

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2021/LIII/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.
2021/LIII/1/5–119/BEOGRAD

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

PSIHIJARIJA DANAS / PSYCHIATRY TODAY

Izdaje / Published by

INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE, Beograd
INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, Belgrade

Časopis Udruženja psihijatara Srbije
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association

Časopis PSIHIJARIJA DANAS osnovala je prof. dr Slavka Morić Petrović 1969.

**Radovi sa TREĆEG SIMPOZIJUMA KLINIKE ZA DECU I OMLADINU
„Komunikacija kao put za zdravo odrastanje“**

Redakcija / Editorial Office

Glavni urednik / Editor-in-Chief

Olivera VUKOVIĆ

Gost urednik / Guest Editor

Smiljka POPOVIĆ DEUŠIĆ

Urednički odbor / Editorial Board

Milica PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ

Nađa MARIĆ BOJOVIĆ

Čedo D. MILJEVIĆ

Bojana PEJUŠKOVIĆ

Maja MILOVANOVIĆ

Milutin KOSTIĆ

Maja MILOSAVLJEVIĆ

Vanja MANDIĆ-MARAVIĆ

Ana MUNJIZA

Izdavački savet / Advisory Board

Salman Akhtar (Philadelphia), Svetomir Bojanin (Beograd), Michel Botbol (Paris),
Jovan Bukelić (Beograd), George N. Christodoulou (Athens), Robert Cloninger (St. Louis),
Aleksandar Damjanović (Beograd), Slavica Đukić-Dejanović (Kragujevac),
Saveta Draganić Gajić (Beograd), Mira Divac Jovanović (Beograd),
Marko Ercegovic (Beograd), Kostas Fountoulakis (Thessaloníki), Xenia Gonda (Budapest),
Olivera Žikić (Niš), Lidija Injac (Podgorica), Maja Ivković (Beograd),
Veronika Išpanović-Radojković (Beograd), Miroslava Jašović-Gašić (Beograd),
Vladimir S. Kostić (Beograd), Latas Milan (Beograd), Zorka Lopičić (Beograd),
Gordana Mandić (Beograd), Juan E. Mezzich (New York), Goran Mihajlović (Kragujevac),
Srđan Milovanović (Beograd), Marko Munjiza (Beograd), Igor Pantić (Beograd),
Mirko Pejović (Beograd), Stefan Pribe (London), Michelle Riba (Ann Arbor),
Norman Sartorius (Geneva), Miodrag Stanković (Niš), Vladan Starčević (Sidney),
Nevenka Tadić (Beograd), Ivana Timotijević (Beograd),
Sanja Totić Poznanović (Beograd), Dragan Švrakić (St. Louis)

Tehnički urednik / Assistant to the Editor

Ivana Gavrilović

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 53

BEOGRAD

BROJ 1, 2021

SADRŽAJ

Komunikacija između roditelja iz autističnog spektra i profesionalaca <i>/E. Garibović</i>	5
Kako razgovarati s decom o seksualnom zlostavljanju? <i>/M. Pejović Milovančević, T. Minčić</i>	15
Komunikacija kao sredstvo prevencije zlostavljanja dece i mladih <i>/R. Grujičić, J. Bogdanović.....</i>	29
Komunikacija unutar sistema <i>/J. Radosavljev Kirčanski</i>	41
Komunikacija majka-beba: prevencija poremećaja u odnosu <i>/O. Aleksić Hil, M. Kalanji</i>	49
Kulturološke specifičnosti komunikacije u radu sa pacijentima <i>/N. Ljubomirović, J. Bogdanović</i>	59
Umetnost komunikacije – kako se snaći u interpersonalnim relacijama <i>/Ž. Košutić, A. Munjiza, D. Todorović, M. Lero, M. Mitković Vončina.....</i>	69
Analiza transakcija između roditelja i adolescenata u komunikacijskom modelu ego stanja <i>/J. Maslak.....</i>	81
Konfliktna komunikacija sa roditeljima i depresija u postadolescenciji: emocionalna regulacija kao posrednik <i>/M. Mitković Vončina, Ž. Košutić, I. Raković Doborslavić, M. Đurić.....</i>	89
Nova tehnologija, nova situacija, nova komunikacija: onlajn individualna i grupna psihoterapija <i>/N. Ljubičić, A. Peulić.....</i>	103
Obaveštenje Uputstva saradnicima.	111

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 53	BELGRADE	NUMBER 1, 2021
---------	----------	----------------

CONTENTS

Communication between parents of children from the autistic spectrum and professionals <i>/E. Garibovic</i>	5
How to talk to children about sexual abuse? <i>/M. Pejovic Milovancevic, T. Mincic.....</i>	15
Communication as a means of prevention of abuse of children and youth <i>/R. Grujicic, J. Bogdanovic</i>	29
Communication within the system <i>/J. Radosavljev Kircanski</i>	41
Mother-baby communication: prevention of disorders in the relationship <i>/O. Aleksic Hil, M. Kalanj</i>	49
Cultural specifics of communication in work with patients <i>/N. Ljubomirovic, J. Bogdanovic</i>	59
The art of communication – How to deal with interpersonal relations <i>/Z. Kosutic, A. Munjiza, D. Todorovic, M. Lero, M. Mitkovic Voncina</i>	69
Analysis of transactions between parents and adolescents in the communication model of the ego state <i>/J. Maslak.</i>	81
Conflict communication with parents and depression in postadolescence: emotional regulation as a mediator <i>/M. Mitkovic Voncina, Z. Kosutic, I. Rakovic Dobroslavic, M. Djuric.....</i>	89
New technology, new situation, new communication: online individual and group psychotherapy <i>/N. Ljubicic, A. Peulic</i>	103
Announcement: Instruction to contributors	115

KOMUNIKACIJA IZMEĐU RODITELJA DECE IZ AUTISTIČNOG SPEKTRA I PROFESIONALACA

Emina Garibović

Institut za mentalno zdravlje

Apstrakt: Poremećaji iz autističnog spektra (PSA) se odlikuju kašnjenjem i devijacijom u socijalnom, komunikativnom i kognitivnom razvoju sa tipičnim početkom u prve tri godine života. Mada postoji trend da se neke od ovih poteškoća ublaže, neke od njih prezistiraju tokom celog života. Autizam predstavlja prepreku u ostvarivanju pune roditeljske uloge i izvor konstantnog stresa za roditelje, kako zbog teškoća u komunikaciji tako i zbog nedostatka adaptibilnosti. Teškoće, neizvesnost, potreba kontinuiranosti adaptacije, pogođenost cele porodice dece sa PSA je samo po sebi stanje koje zahteva konstantno razumevanje, podršku i edukativni rad svih profesionalaca koji se bave decom sa ovim problemom i njihovim porodicama. U tom smislu od prevashodnog je značaja komunikacija profesionalaca i roditelja dece sa PSA kako vezano za tretman i vođenje razvoja, tako i u cilju boljeg psihosocijalnog prilagođavanja.

Ključne reči: autizam, roditeljstvo, komunikacija

Uvod

Budući da je dijagnoza autizma trajna i imajući u vidu da klinička prezentacija može da bude izvanredno kompleksna, roditelji autistične dece se suočavaju sa specifičnim izazovima i poteškoćama. Osobe sa autizmom mogu pokazivati različite stepene ometenosti u razvoju, a simptomi mogu biti prisutni u svakom značajnom aspektu života, mogu biti lokalizovani u određenim segmentima, dok u određenim drugim segmentima osobe mogu pokazivati normalan razvoj ili čak nadarenost.

Uprkos tome što je ovaj razvojni poremećaj dosta proučavan, prepeke sa kojima se roditelji suočavaju i dalje nisu dovoljno proučene. Postoji potreba za detaljnijim i brojnijim studijama koje bi ukazale na specifičnosti problema mentalnog zdravlja i stresora sa kojima se roditelji autistične dece suočavaju. Časopis za popularizaciju nauke *Science Daily* [1] prenosi rezultate ankete roditelja autistične dece obavljenih u Velikoj Britaniji po kojima samo 11% roditelja smatra da su profesionalci u oblasti mentalnog zdravlja u stanju da razumeju izazove sa kojima se oni suočavaju. Pošto je za dugoročnu prognozu i funkcionalnost autistične dece ključna tesna i redovna saradnja stručnjaka za mentalno zdravlje i to pre svega u detinjstvu i periodu nakon postavljanja dijagnoze, statistika poput ove zabrinjava. 70% ispitanika su naveli da od lekara i drugih stručnjaka često dobijaju poruku da su simptomi koje roditelji primećuju i prijavljuju u kontaktu sa lekarima nešto što bi trebalo da prihvate i da „nastave dalje“, te da ih lekari najčešće automatski pripisuju autizmu, umesto da pokušaju da ih razumeju. Na ovaj način, roditeljima se prebacuje i dodatan teret da na alternativne načine pokušaju da razreše neke od problema sa kojima se suočavaju. Za dugoročnu prognozu i funkcionalnost autistične dece ključna je saradnja stručnjaka za mentalno zdravlje i to pre svega u detinjstvu i periodu nakon postavljanja dijagnoze.

Teškoće roditeljstva kod dece sa PSA

Pored pružanja praktičnih rešenja, saveta i pregleda najnovijih istraživanja o autizmu, potrebno je motivisati roditelje da prepoznaju potencijale i mogućnosti svoje dece, umesto da akcenat stavljaju na nedostatke i deficite, kako bi im omogućili da se razvijaju u pravcu što veće nezavisnosti. Značajna je naučna zasnovanost tretmana i teorija o autizmu, kako bi smanjili prostor svim neverifikovanim pristupima autizmu koji promovišu mogućnosti „izlečenja“, ili teorija o autizmu koje nemaju potporu u empirijskim istraživanjima. Autizam predstavlja veliku prepreku za ostvarivanje roditeljske uloge i izvor dodatnog stresa za roditelje koji pokušavaju da adaptiraju ili razviju svoje socijalne veštine oko detetovog problema sa socijalnim interakcijama [2,3].

Drugi faktori koji doprinose poteškoćama u roditeljstvu je nedostatak adaptabilnosti kod autistične dece (4), odnosno, nemogućnosti autističnog deteta da se adaptira na sredinu koja se menja ili na drugačije zahteve ili potrebe, tuđe ili sopstvene. Koegel i saradnici [5] sugerišu da je stres povezan sa roditeljstvom i autizmom strukturisan na precizno određen način, tj. da je

moгуće opisati određene karakteristike po kojima se stres kod ove populacije razlikuje od drugih vrsta stresa koje u toku života mogu da iskuse. Model koji oni predlažu organizovan je oko dva glavna izvora stresa – primarno, oko detetove zavisnosti od roditelja i, sekundarno, oko ograničenja koja briga o autističnom detetu stavlja na celokupan porodični sistem, gde rešenje za jedan ili više problema potom postaju posebni problemi koji imaju dodatne negativne posledice po porodično funkcionisanje. One adaptacije koje se naprave u okviru porodice da bi se akomodirali simptomi autističnog deteta, prouzrokuju druge probleme u funkcionisanju u okviru tog istog sistema. Na taj način se stvara konstelacija problematičnih odnosa koja svakim dodatnim rešenjem na nadređenom nivou postoje komplikovanije.

Autizam mođe da menja svoju kliničku prezentaciju, dete mođe da napreduje do određene mere, ali njegovi problemi nikada ne prestaju, što znači da će od porodice uvek biti traženo da se adaptiraju, i ne samo to, već će biti neophodno menjati adaptacije kako vreme protiče jer će se menjati način na koji dete zavisi od roditelja, pa i to koji će resursi biti na raspolaganju ostalim članovima porodice. Trajni stres koji dolazi od izvanrednih zahteva i detetovih potreba, s jedne strane, i krivice koju roditelji nose, sa druge strane, mođe da bude uzrok depresije u ovoj populaciji [4]. Krivica i osećaj neefikasnosti u roditeljskoj ulozi su dva glavna fenomena koja doprinose depresivnosti ali i ukupnom padu kvaliteta života roditelja [6] i u vezi je sa načinom na koji roditelji razumeju uzroke autizma, ograničenjima u njihovoj moći da pomognu deci, kao i nesigurnom afektivnom vezivanju autistične dece u odnosu na decu koja nemaju autizam, ali i u odnosu na decu sa drugim vrstama razvojnih poteškoća [7].

Istraživanja pokazuju da roditelji autistične dece često odustaju od svojih ambicija i zadovoljavanja različitih psiholoških potreba vođeni osećanjem krivice i time što percipiraju svoje roditeljstvo kao nedovoljno efikasno [8-10]. Vredi napomenuti i to da u odnosu na roditelje čija deca imaju druge razvojne probleme, roditelji dece sa autizmom su izloženi većem stresu zbog generalno teđe kliničke slike [11]. Adekvatna socijalna podrška ima značajnu protektivnu ulogu za roditelje autistične dece.

Volf i saradnici [12] su pokazali da majke koje smatraju da imaju dovoljnu ličnu i institucionalnu podršku pokazuju znatno manje simptoma depresije, nego majke koje smatraju da im nedostaju resursi koji bi pomogli oko brige za dete. Interesantan je podatak koji ukazuje na to da raspoloživost i raznolikost društvenih resursa nije toliko značajna. Nije značajno čak ni to da li majke koriste neke od ovih resursa. Na simptome depresivnosti utiče isključivo način na koji majke konstruišu dostupnost podrške, što ukazuje na psihološke faktore kao dominantne u patogenezi depresivnih simptoma i otvara prostor za osmišljavanje psihoterapijskih intervencija koje bi mogle da utiču na povećanje kvaliteta života [13,14].

Imati dete sa autističnim poremećajem je preplavljujuće iz mnogo razloga. Saznanje da vaše dete ima poremećaj, razne nemogućnosti, je šok koji deluje razarajuće, dezorganizujuće. Žalost, gubitak, ljutnja, težina rada, briga je nešto što pritiska godinama, ponekad i ceo život. Proces nalaženja načina da se bude „dovoljno dobar roditelj“ detetu iz PSA spektra se nikada ne završava, ali može biti korisno razmišljanje o tome. Nensi Kraun [15] analitički terapeut, iz ugla roditelja autistične adolescentkinje, slikovito opisuje put koji mnogi roditelja dece iz ASD prolaze kroz nekoliko faza povezanih sa teškoćama sa kojima se suočavaju: period nesigurnosti i straha, period dijagnoze, dug put adaptacije koji počinje kada potrebe deteta postanu jasne. Proces se nastavlja kroz adolescenciju i odraslo doba kada se detetove potrebe za separacijom i autonomijom moraju izbalansirati prema realnim limitima. Ni jedna od faza nije ista. Tokom vremena većina roditelja se kreće od straha i nesigurnosti, kroz bolan period pun briga, gubitaka, krivice, ljutnje i usamljenosti. Majka jednog autističnog dečaka je to nazvala „heroizam suočavanja sa životom, šta god da život nudi“. Jednom kada roditelji nađu sopstveni balans većina postane predana da pomogne detetu. Oni idu ka tom cilju odlučnošću herojskih razmera, uzimajući svu odgovornost za put napretka svoje dece i spremni su da pomere planine. Enegrija, istrajnosti, kreativnost koju pokazuju je zaprepasujuća.

Kako mi kliničari podržavamo ovu snagu? Šta oni traže od nas?

Ako bi smo mogli da počnemo da razumemo njihovo iskustvo, težinu pod kojom to rade i transformišući proces u koji su uključeni, mislim da bi napravili važnu razliku između njih i njihove dece. Obično roditelji deteta iz ASD zna mnogo pre nego li iko iz njihove okoline to primeti, da nešto nije uredu. Posebno u slučaju ASD, dvosmislnost i mučenje u periodu pre postavljanja dijagnoze je neizbežno. Ovaj poremećaj je kompleksan i zbunjujući, i manifestuje se na mnogo načina kod svakog deteta. Obično ga je teško prepoznati i dijagnostikovati kod veoma male dece jer neki karaktristični ponašajni obrasci (repetitivni obrasci, kompulzije, manirizmi, socijalne veštine), koji razjašnjavaju dijagnozu, se pojavljuju posle treće godine. Paradoksalno je da se sa fizičkim teškoćama i ekstremnom različitošću lakše izlazi na kraj zato što je dijagnostikovanje takvih poremećaja brže i jasniji je rez. Roditelji najčešće pokazuju jasnu zabrinutost za detetovu budućnost: kako će ona izgledati? Da li će moći da razgovaraju sa njom/nijme? Sa druge strane nesigurnost u mogućnosti deteta koja je toliko bolna, može imati i rekaciju tzv. „šalter za želje i nade“ gde roditelji misle da sve sadašnje teškoće dete može da prebrodi ili da njegov razvoj „samo kasni“. Nakon dolaska dijagnoze „sve je moguće“ u prethodnom rečniku biva zamenjeno crnom definitivnošću. Jasnoća za kojom su težili se na neki način sasvim izgubila.

Otac deteta iz ASD kada je čuo dijagnozu rekao je „Nema dublje depresije od dana kada je to rečeno“ [16]. Na jedan način posle iscrpljujućeg i strahujućeg perioda u isčekivanju dijagnoze i nakon utvrđivanja iste, roditelj

može osetiti čak olakšanje. Oni dugo znaju da je njihovo dete „drugačije” na neki način, što ih je potapalo u more samooptuživanja i samokažnjavanja i ostajali su prilepljeni za sva objašnjenja koja su problem locirala van njihove dece. U isto vreme potvrda aktuelnog i značajnog problema je razarajuća i tlo izmiče pod nogama. Posebno osetljiv period za roditelje i staratelje autistične dece je period nakon postavljanja dijagnoze. U ovom periodu često je ozbiljno narušeno porodično funkcionisanje, a način na koji se roditelji nose sa dijagnozom može da ima dalekosežne posledice i po dete, budući da se uskraćivanjem ranog tretmana potencijalno propušta prilika da se detetov razvoj usmeri u periodu velike neuroplastičnosti, dakle i perioda kada bi pravilno određena intervencija mogla imati dalekosežne pozitivne posledice [17].

U ovom trenutku kao kliničari možemo mnogo toga pružiti. Roditelji će otvoreno pričati ako imaju razlog da tom nekom veruju, da ih taj neko sluša i da ih podržava u realističnoj nadi. Njima je potrebno mesto da tuguju. ”U ovoj improvizovanoj kulturi, potrebno je hrabrosti da priznamo lični očaj” [18]. Većina roditelja ima potrebu da priča o svojim strahovima, o gubitku, o sopstvenoj dezorijentisanosti zbog čudnog sveta svoga deteta. Potrebna im je pomoć da metabolišu dijagnozu i da se edukuju o značenju iste. Za mnoge to je traumatizacija. Takođe je potrebna pomoć da prihvate posledice detetovih teškoća i nemogućnosti. Traumatizovani, tužni, preplavljeni, imaju teškoću u prihvatanju informacija, i na neki način moraju iskoračiti iz sebe. Dokle god oni daju deci to što im je potrebno, mislimo da treba poštovati roditeljsku intuiciju i mudrost kako najbolje da se adaptiraju na nesreću. Nijedan roditelj ne može da se foksira na detetove teškoće 24 časa, ali mnoge to plaši, jer ako to ne čine onda misle da ne rade sve što je moguće. Roditelji često ističu da profesionalci nenamerno podstiču ovaj strah u isčekivanju da roditelj funkcioniše kao terapeut sa svojim detetom, ostavljajući malo vremena da roditelj bude roditelj, što je njihova najvažnija uloga.

Roditelji se mogu pokrenuti iz pasivne pozicije primaoca činjenica o limitiranosti svog deteta u one koji žestoko preuzimaju posao u pomaganju detetu. Mnogi od takvih pronalaze način da okrenu traumu u konstruktivnu misiju koja počinje otkrivanjem detetovih problema, a nastavlja se kroz rad za doborbit dece sa takvim poremećajem, npr. roditelji osnivaju ozbiljne organizacije i škole posvećene edukaciji i istraživanju autizma. Potrebna je stalna pomoć roditeljima da razumeju svoju ljutnju. Živeti sa detetom i njegovim opsesijama, rigidnostima je iscrpljujuće. Rastući finansijski izdaci i osećaj nepravедnosti za roditelje i njihovu drugu decu je veoma frustrirajući. Ne razumevanje i neosećajnost na koju nailaze od okoline, familije ili čak profesionalaca, što se dešava u određenom stepenu, su za njih poržavajući. I na kraju, postoji ljutnja na decu, koja po njima nije dozvoljena, a tu ljutnju je najteže nositi, jer zbog teškoća dece roditelji smatraju da deci duguju apsolutnu odanost i ljubav. Mnogim roditeljima je potrebna pomoć da se

zaustave u žrtvovanju. Oni često žive u strahu od detetove eksplozivnosti. Cela porodica može biti taoc deteta koje gubi kontrolu. Afektivne bure, teškoće regulacije ponašanja dece iz PSA mogu biti intenzivni i trajati satima. Zbog takvih stanja mnogi roditelji će očekivati sve manje i manje od svoje dece.

Savetovanje roditelja

Nesto što bi moglo biti od pomoći u ovakvim okolnostima je identifikovati okidače za takva detetova stanja, razmišljati o posledicama labavih granica koja se detetu postavljaju i osnažiti roditelja da bude u poziciji kontrolora kako bi pomogao detetu da se oseća bezbedno. Vođenje, podrška, zajedništvo sa drugim roditeljima, zainteresovanost profesionalaca, porodice, prijatelja su od esencijalne važnosti za proces borbe protiv usamljenosti i iscrpljenosti. Roditelj mora učiti kako da opiše i prikaže svoje dete, kao advokat, i ako je potrebno da se bori za njegove potrebe. To je ključalno za dete, naravno i za roditelja, čija razvojna ekspertiza postaje zaštita od pasivnosti i imobilizacije i donosi sa sobom nov doživljaj nadležnosti i svrhe. Širi oblik terapijske intervencije koja obuhvata celu porodicu, je način savetovanja koji definiše Hilton Dejvis [19] kao međusobni odnos u različitim situacijama, gde postoji zajednički sporazum o pružanju pomoći putem slušanja druge osobe i komunikacije sa njom. To ne uključuje činjenje umesto drugih ljudi ili pružanje njihove odgovornosti, niti snabdevanje lekovima ili davanje preporuka za odgovarajući tretman njihovog deteta. To uključuje razgovor sa njima tako da oni sami mogu da odluče da li su takvi postupci odgovarajući. Ovo zahteva poštovanje slobode pojedinca da izvrši izbor kakav želi; olakšavanje pojedincu u donošenju odluka; pažljivo proučavanje situacije/problema sa stanovišta osobe koja traži pomoć; slaganje u ciljevima i shvatanju dogovora kao neophodnog; pružanje relevantnih informacija, na jasan i delotvoran način. Psihosocijalno prilagođavanje roditelja treba da bude osnovni cilj svakog stručnjaka zbog presudne uloge roditelja u svim aspektima brige o detetu i njegovom lečenju. Kategorijom bolesti koju dete ima se ne može jasno predvideti i mogućnost adaptacije, iako je u dece sa disfunkcijom mozga, nesposobnošću ili oštećenjem čula veća učestalost psihosocijalnih problema. Porodične varijable kao što su otvoreno, pošteno komuniciranje, odsustvo konflikta, porodična kohezija, emocionalna izražajnost i porodična stabilnost prognoziraju sposobnost deteta i porodice da savladaju situaciju i kontrolišu bolest. Takođe društvena ili /i emotivna podrška, uključujući i zadovoljstvo brakom, su u vezi sa stepenom adaptacije roditelja i deteta.

COMMUNICATION BETWEEN PARENTS OF CHILDREN FROM THE AUTISTIC SPECTRUM AND PROFESSIONALS

Emina Garibovic

Institute for Mental Health

Abstract: Autism spectrum disorder describes a behaviorally defined delay and impairment in social interaction and communication, with typical onset in the first three years. Although there is a trend to alleviate some of these difficulties, some of them persist throughout life. Autism is an obstacle to achieving the full role as a parent and a source of constant stress for parents, both due to communication difficulties and lack of adaptability. Difficulties, uncertainty, the need for continuity of adaptation, the involvement of the whole family for children with PSA is in itself a condition that requires constant understanding, support and educational work of all professionals who deal with children with this problem and their families. In that sense, the communication of professionals and parents of children with PSA is of paramount importance, both related to the treatment and management of development, and for the purpose of better psychosocial adjustment.

Key words: *autism, parenthood, communication*

Literatura

1. Brugha T, Cooper SA, McManus S, et al. Estimating the prevalence of autism spectrum conditions in adults: extending the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. The Information Centre for Health and Social Care; National Health Service, UK; 2012.
2. Kasari C, Sigman M. Linking parental perceptions to interactions in Young children with autism. *J Autism Dev Disord.* 1997;27(1):39-57.
3. Sigman M, Mundy P, Sherman T, Ungerer J. Social interactions of autistic, mentally retarded and normal children and their caregivers. *J Child Psychol Psychiatry.* 1986;27(5):647-55.
4. Noh S, Dumas, JE, Wolf C, Fishman SN. Delineating sources of stress in parents of exceptional children. *Family Relations.* 1989;38:456-61.
5. Koegel RL, Schreibman L, Loos LM, Dirlich-Wilhelm H, Dunlap G, Robbin FR. Consistent stress profiles in mothers of children with autism. *J Aut Dev Disorders.* 1992;22:205-16.
6. Blacher J. A dynamic perspective on the impact of a severely handicapped child on the family. In: Blacher J, editor. *Severely handicapped children and their families.* New York: Academic; 1984.
7. Moes D, Koegel RL, Schreibman L, Loos LM. Stress profiles for mothers and fathers of children with autism. *Psychol Rep.* 1992;71:1272-4.
8. Blacher J, McIntyre LL. Syndrome specificity and behavioural disorders in young adults with intellectual disability: cultural differences in family impact. *J Intel Disability Res.* 1990;50(3):184-98.
9. DeMyer MK. *Parents and children with autism.* New York: Wiley; 1979.
10. Rutgers AH, van IJendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35:859.
11. Holroyd J. The questionnaire on resources and stress: An instrument to measure family response to a handicapped family member. *J Community Psych.* 1974;2:92-4.
12. Milgram NA, Atzil M. Parenting stress in raising autistic children. *J Autism Perv Dev Disord.* 1988;19:415-24.
13. Tunali B, Powe TG. Coping by redefinition: Cognitive appraisals in mothers of children with autism and children without autism. *J Autism Perv Dev Disorder.* 2002;32:25-34
14. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of preschool children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res.* 2010;54(3):266-80
15. Crown NJ. Parenting a Child with Disabilities: Personal Reflections. *J Infant Child Adolesc Psychother.* 2009;Vol.8:1.

16. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev.* 1998;59(1):135-46.
17. Blacher J, McIntyre LL. Syndrome specificity and behavioural disorders in young adults with intellectual disability: cultural differences in family impact. *J Intellect Disabil Res.* 2005;50(3):184-98.
18. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2):226-44.
19. Dejvis H. Savetovnje roditelja hronično obolele dece ili dece ometene u razvoju. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 1995.

Dr Emina GARIBOVIĆ, spec. dečje psihijatrije, supspecijalista psihoterapije, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija,

Emina GARIBOVIC, MD, PhD, spec. child psychiatry, sub. medical psychotherapy, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: egaribovic@gmail.com

KAKO RAZGOVARATI S DECOM O SEKSUALNOM ZLOSTAVLJANJU?

Milica Pejović Milovančević^{1,2}, Teodora Minčić¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Apstrakt: Seksualno zlostavljanje dece predstavlja najteži oblik lošeg postupanja prema detetu od strane odrasle osobe koju najčešće dete poznaje i s kojom ima razvijen odnos. Pokazatelji seksualnog zlostavljanja se mogu podeliti na fizičke i emocionalne pokazatelje, zatim promene u socijalnom ponašanju, pojavu neprimerenog seksualizovanog ponašanja, samodestruktivnog ponašanja i promena vezanih za funkcionisanje u školi. Deca sa iskustvom zlostavljanja su vulnerabilna, nepoverljiva, zatvorena i neophodan je poseban pristup u ostvarivanju kontakta sa njima. Treba imati na umu i da je ispitivanje dece vezano za seksualno zlostavljanje stresna i retraumatizujuća situacija i da su, na žalost, mnoga deca izložena višestrukim ispitivanjima. Očuvanje najboljeg interesa deteta i čuvanje njegovog dostojanstva i prava su prioritetni u odnosu na sam proces prikupljanja relevantnih podataka. Potrebno je razgovor prilagoditi uzrastu deteta i time uvažiti sve njegove razvojne potrebe. Poštovanje dostojanstva i ličnosti deteta pokazuje se kroz informisanje deteta i pružanje mogućnosti da ono iznese svoj stav i mišljenje, pokazivanje razumevanja pozicije deteta i njegovih potreba (empatijom). Deca kojom su odrasli konstantno manipulisali nisu spremna da veruju ostalim odraslim ljudima. Da bi se obavilo efikasno ispitivanje, ispitivač mora da zadobije detetovo poverenje i da uspostavi odnos neophodan za dobru komunikaciju.

Ključne reči: seksualno zlostavljanje, deca, intervju

Uvod

Seksualno zlostavljanje predstavlja jedan od najtežih oblika traume koji deca mogu doživeti. Ono postoji verovatno od kada postoji i čovek i zastrašujuće je kako za samu decu tako i za odrasle koji rade s decom žrtvama. Seksualnim zlostavljanjem dece odrasla osoba krade njihovo detinjstvo i mladost, otimajući im poverenje u odrasle, nevinost i sigurnost. Zbog toga je podrobno bavljenje ovom temom od veoma velikog značaja za žrtve, ali i za one koji rade s žrtvama.

Šta je seksualno zlostavljanje?

Seksualno zlostavljanje je uključivanje deteta u seksualnu aktivnost koju ono ne shvata u potpunosti, sa kojom nije saglasno ili za koju nije razvojno doraslo i nije u stanju da se sa njom saglasi, ili onu kojom se krše zakoni ili socijalne norme društva [1].

Pod seksualnim zlostavljanjem podrazumeva se seksualni odnos sa detetom koje prema važećoj pravnoj regulativi nije dostiglo uzrasnu dob za koju je seksualna aktivnost dopuštena (što je po važećim zakonima Republike Srbije uzrast ispod 14 godina); to je stupanje u seksualni odnos sa detetom pod prinudom, korišćenjem sile ili pretnje zloupotrebom položaja od strane osobe kojoj dete veruje, koja ima autoritet ili uticaj nad detetom; podrazumeva i podvođenje i posredovanje u dečijoj prostituciji; podrazumeva i iskorišćavanje deteta za proizvodnju slika, audio-vizuelnih ili drugih materijala pornografske sadržine i polno uznemiravanje, tj. svako verbalno, neverbalno ili fizičko ponašanje, koje ima za cilj ili predstavlja povredu dostojanstva deteta u sferi polnog života, a koje izaziva strah ili stvara neprijateljsko, ponižavajuće ili uvredljivo okruženje [2,3].

Za seksualno zlostavljanje je odgovorna odrasla osoba koja je tražila da dete učini jednu ili više nabrojanih radnji ili je dete primoravala: da je gleda razgolićenu, odnosno da gleda njene polne organe (polno uznemiravanje); da se skine i pokaže svoje polne organe (polno uznemiravanje), ili da dete dodiruje njene polne organe ili posmatra kako masturbira (polno uznemiravanje); da je dete miluje po telu ili da ona miluje dete, da ga slika ili da s detetom gleda slike, audio-vizuelni materijal ili časopise sa pornografskim sadržajem. Za seksualno zlostavljanje je takođe odgovorna i osoba koja je detetu slala pisma, cedulje, poruke, slike i audio-vizuelni materijal sa seksualnim sadržajem putem SMS-a, interneta ili zahtevala ili prisilila dete da stavi prste ili predmet u polni organ ili primenom pretnje, ucene i slično primoravala dete na seksualni odnos, tako što je došlo do kontakta polnim organima i dr [2,3]

Postoji nekoliko oblika seksualnog zlostavljanja. Beskontaktno seksualno zlostavljanje podrazumeva izlaganje deteta nemoralnim i neprihvatljivim sadržajima, pokazivanje pornografskih slika i sl. Kontaktno seksualno zlostavljanje podrazumeva nepenetrativni kontakt s detetom putem dodirivanja, masturbacije i sl., penetrativni kontakt sa detetom koji može biti ostvaren prstima ili korišćenjem predmeta kao i potpun seksualni odnos.

U Konvenciji Saveta Evrope o zaštiti dece od seksualnog iskorišćavanja i seksualnog zlostavljanja izričito se navodi da seksualno zlostavljanje deteta uključuje i sledeće vidove namernog ponašanja, koji treba da budu kriminalizovani [4]: a) bavljenje seksualnim aktivnostima sa detetom koje nije navršilo pravni uzrast u kome su seksualne aktivnosti dopuštene; b) stupanje u seksualne aktivnosti sa detetom kada je pri tom primenjena prinuda, sila ili pretnja; ili, zloupotrebljen priznati položaj poverenja, autoriteta ili uticaja nad detetom, uključujući tu i položaj u porodici; ili, zloupotrebljena posebno osetljiva situacija u kojoj se dete nalazi, njegov ranjivi položaj, prvenstveno zbog mentalnog ili fizičkog hendikepa ili zavisnosti [2,3]. U seksualno nasilje spada i iskorišćavanje deteta u prostituciji i pornografiji koje se opisuje kod eksploatacija deteta.

Brojni su pokazatelji seksualnog zlostavljanja koji se pojavljuju u ponašanju i osećanjima deteta [5]. Oni se iz didaktičkih razloga mogu podeliti na fizičke i emocionalne pokazatelje, zatim promene u socijalnom ponašanju, pojavu neprimerenog seksualizovanog ponašanja, samodestruktivnog ponašanja i promena vezanih za funkcionisanje u školi. Pokazatelji su predstavljeni u Tabeli 1.

Tabela 1. Pokazatelji seksualnog zlostavljanja

Fizički pokazatelji	genitalne infekcije, povrede na grudima, bradavicama i ispod trbuha, povrede u genitalnom, analnom regionu, krvarenja i modrice, problemi s mokraćnom bešikom, bolovi prilikom mokrenja, česte psihosomatske smetnje, trudnoća, menstrualne smetnje, iznenadno gubljenje ili dobijanje u telesnoj težini, često tuširanje, pokrivanje, dr.
Emocionalni pokazatelji	ljutnja, teskoba, bespomoćnost, strah od odlaska kući nakon škole, strah od mraka i odlaska u krevet, strah od zatvorenih vrata, kupatila, tuša i sobe s jednim vratima, izolovanost, sram, krivica, strah od fizičkog kontakta, plač, depresija, konfuzija, osećaj da je izdato.
Socijalno ponašanje	konfuzija uloga u porodici, odbijanje ili molba da ne ostane s određenom osobom, mokrenje u krevet, tepanje, sisanje palca, konstatno „dobro ponašanje“, perfekcionizam, poslušnost, vrlo kontrolisano ponašanje, povučenost ili hiperaktivnost, noćne more.
Seksualizovano ponašanje	neuobičajeno interesovanje za svoje i tuđe genitalije, česta masturbacija, upotreba „prostih“ reči, strah od svlačenja na časovima fizičkog, crteži s naglašenim seksualizovanim detaljima, crteži koji pokazuju genitalije, guranje objekata u debelo crevo ili vaginu, promiskuitet i prostitucija.
Samodestruktivno ponašanje:	uzimanje droga, alkohola, pokušaj suicida, promene u ishrani u smislu redukcije ishrane ili preteranog uzimanja hrane, samopovređivanje, bežanje iz kuće i škole.
Ponašanje u školi	smetnje pažnje, sanjarenje, izostanci, često spominjanje seksualizovanih tema za vreme nastave u pisanim ili domaćim zadacima i sl.

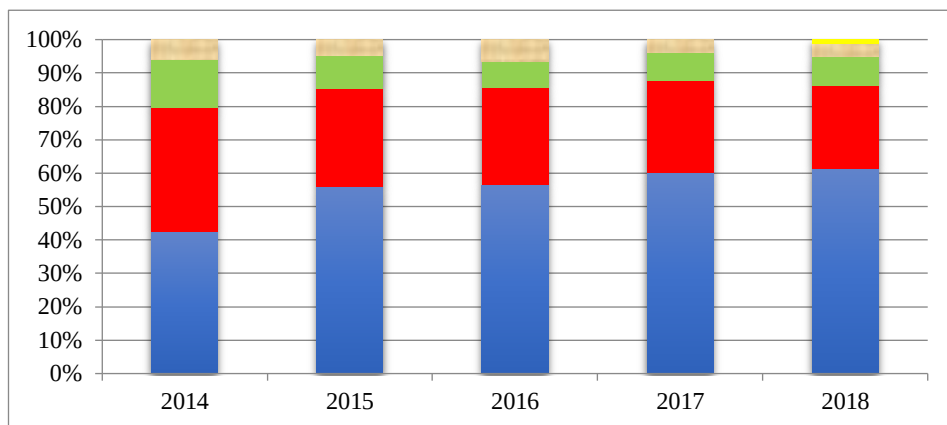
Prevalencija seksualnog zlostavljanja

Prema izveštajima Svetske zdravstvene organizacije (SZO) seksualno zlostavljanje dece u odnosu na sva druga loša postupanja sa njima čini oko 10% svih zlostavljanja. Takođe, 82% svih žrtava ispod 18 godina su devojčice [6]. Devojčice uzrasta 16-19 godina su četiri puta češće izložene silovanju, pokušajima silovanja ili uopšte seksualnim napadima nego opšta populacija [7]. Analiza prevalencije seksualnog zlostavljanja u studijama rađenim u periodu od 2000 do 2017 godine pokazuje veliku raznovrsnost dobijenih podataka u zavisnosti od pola, kontinenta i metodologije, pa tako studije na tri kontinenta pokazuju prevalencu kod devojčica od 20.4% za Severnu Ameriku, 9% za Aziju i 14.3% za Evropu, a kod dečaka 14.1%, 6.7% i 6.2% [8].

Na žalost, samo mali broj seksualno zlostavljane dece je prijavilo isto, odnosno smatra se da skoro 90% seksualnog zlostavljanja ostane neprijavljeno odnosno neregistrovano.

Kada se govori o efektima seksualnog zlostavljanja na žrtve oni mogu trajati doživotno, pogotovo kada se misli na mentalno zdravlje. S tim u vezi žrtve u odraslom dobu mnogo češće razvijaju određene simptome u poređenju sa onima koji nisu imali ta iskustva: četiri puta češće razvijaju zavisnost od različitih supstanci, zatim četiri puta češće imaju posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) i tri puta češće imaju depresivni poremećaj [9].

U našoj sredini se od 2012. godine primenjuje Registar dece žrtava zlostavljanja i zanemarivanja što je omogućilo dobijanje podataka o prevalenciji koji su prikazani na grafikonu za period 2014-2018 godina [3]. Prosečno, 10.9% svih registracija zlostavljane i zanemarene dece je bilo usled seksualnog zlostavljanja.



Plavo – fizičko zlostavljanje, crveno – emocionalno zlostavljanje, zeleno – seksualno zlostavljanje, oker – svedok porodičnog nasilja, žuto – digitalno

Grafikon 1. Prevalencija zlostavljanja i zanemarivanja u periodu 2014-2018

Studije pokazuju da se seksualna zlostavljanja najčešće dešavaju u uzrasnoj grupi od 6-11, odnosno 12-18 godina. Počinilac je obično detetu poznata osoba (u 70-90% slučajeva) [10]. Iste te studije sugerišu da više od 90 posto zločina seksualnog zlostavljanja čine muškarci. Procenjuje se i da 30 do 40 posto seksualnih delikata nad decom vrše stariji maloletnici [11]. Posebni faktori rizika koji se povezuju s većom verovatnoćom da će dete biti žrtva seksualnog zlostavljanja su: da dete ima malo prijatelja, da su roditelji bili odsutni ili često nedostupni, da dete živi s očuhom, da je dete sa smetnjama u razvoju, da su roditelji razdvojeni, da jedan od roditelja ima problem s mentalnim zdravljem odnosno zloupotrebom alkohola, kao i da je dete štićenik neke od ustanova za smeštaj dece (domovi za nezbrinutu decu, internati i sl.) [12].

Deca sa iskustvom zlostavljanja su vulnerabilna, nepoverljiva, zatvorena i neophodan je poseban pristup u ostvarivanju kontakta sa njima. Iako je značajno prikupiti detalje samog zlostavljanja, pogotovo uzimajući u obzir sudskomedicinski značaj istih, važno je misliti na najbolji interes deteta i strpljivo prikupljati podatke, bez pritiska i insistiranja. Treba imati na umu i da je ispitivanje dece vezano za seksualno zlostavljanje stresna i retraumatizujuća situacija i da su, na žalost, mnoga deca izložena višestrukim ispitivanjima samo zarad zadovoljenja legalnih procedura [13]. U praksi se susrećemo i sa decom koja su bila čak 6-7 puta ispitivana o detaljima seksualnog zlostavljanja koja su pretrpela, što je nedopustivo uzimajući u obzir naučna znanja o traumatizaciji i retraumatizaciji [3].

Za većinu ljudi zlostavljanje dece, a posebno seksualno zlostavljanje, nalazi se na vrhu liste najtežih mogućih događaja [14]. O tome svedoče i primeri snažnih reakcija javnosti kada se obelodane slučajevi seksualnog zlostavljanja dece. Koliko su u razgovorima o seksualnom zlostavljanju sa decom žrtvama važni faktori ličnosti deteta, toliko su bitni i oni koji su vezani za ličnost samog ispitivača [15].

Koliko god da su stručnjaci koji imaju zadatak da razgovaraju sa detetom iskusni, neophodno je da se izbore sa sopstvenim osećanjima tuge, gađenja, mučnine, zaprepašćenja, straha. Očuvanje najboljeg interesa deteta i čuvanje njegovog dostojanstva i prava su prioritetni u odnosu na sam proces prikupljanja relevantnih podataka [3]. Razgovor se mora prilagoditi uzrastu deteta i time uvažiti sve njegove razvojne potrebe.

Poštovanje dostojanstva i ličnosti deteta pokazuje se kroz informisanje deteta i pružanje mogućnosti da ono iznese svoj stav i mišljenje, pokazivanje razumevanja pozicije deteta i njegovih potreba (empatijom) [15]. Prilikom razgovora neophodno je pomno praćenje deteta dok daje iskaz – da li je umorno, izloženo prevelikom stresu, da li pokazuje znake retraumatizacije i sl.

Uspostavljanje odnosa

Cilj intervjuja je da se stvori mogućnost za razgovor i prikupljanje informacija, uz minimalnu reaktivaciju traume kod deteta. Kada se prvi put

sretne dete koje je možda bilo zlostavljano, izuzetno je važno da se uspostavi određen stepen poverenja i komunikacije. Deca kojom su odrasli konstantno manipulisali nisu spremna da veruju ostalim odraslim ljudima. Da bi se obavilo efikasno ispitivanje, ispitivač mora da zadobije detetovo poverenje i da uspostavi odnos neophodan za dobru komunikaciju [16]

Mnoga deca, naročito mala, nemaju dovoljno razvijen rečnik da bi verno prenela šta im se dešavalo. Ovo je pogotovo slučaj kod seksualno zlostavljane dece, pa se ispitivač može osetiti neprijatno i zbunjeno kada dete koristi tipične dečije nazive za polne organe, ili kolokvijalne, vulgarne izraze, neprimerene uzrastu [3]. Stoga je poželjno da svoj rečnik na neki način prilagodi rečniku deteta kako bi komunikacija mogla nesmetano da se odvija. Osoba koja razgovara s detetom treba da bude precizna i da koristi reči koje dete može da razume. Kako su deca obično naučena da o seksualnim stvarima ne govore javno, biće im potrebno vreme da shvate da ispitivač dozvoljava i podržava da se o tome razgovara. Ispitivač treba da prepozna i uvaži ovakva osećanja, posebno ako je detetu neprijatno da imenuje i na sebi pokazuje seksualne organe i aktivnosti.

Deca imaju slabije kapacitete da duže zadrže pažnju u razgovoru o jednoj temi [17]. Pored toga njihov specifičan način mišljenja i doživljavanja stvari, čine neophodnim da dobro poznamo dečiji razvoj, šta deca razumeju, kako doživljavaju svet oko sebe i kako interpretiraju naša pitanja. Posebno je važno da razumemo zašto većina dece ne govori nikome o zlostavljanju koje im se dešava, već ponekad veoma dugo ćutke i usamljeno trpe svoju tužnu sudbinu.

Ovaj razgovor kojim treba da se uspostavi odnos je vrlo važan za dete. To je trenutak u kome dete treba da donese odluku o tome da li je ispitivač odrasla osoba koja je stvarno zainteresovana, hoće da sluša i u koju se može imati poverenja. Ispitivač treba da mu pruži dovoljno informacija, tako da dete može da se oseća kao saradnik, ali količina informacija ne treba da bude prevelika kako ga ne bi nepotrebno opterećivali. Ispitivač treba da pokuša da ohrabri dete da kaže nešto o sebi [16]. Može ga pitati o njegovim interesovanjima ili drugim temama o kojima bi se dete moglo osećati sigurno da govori. Kada dete podeli nešto sa ispitivačem, ovaj treba da mu pokaže poštovanje i interesovanje, tako što će sa njim podeliti nešto od svojih interesovanja ili pitati dete da mu kaže još nešto o tome [3,16].

Kako razgovor o seksualnom zlostavljanju najčešće predstavlja problem i deci i stručnjacima, razmatranje pojma privatnosti često pomaže kada dete, za koje se sumnja da je možda seksualno zlostavljano ostane ćutljivo. Ispitivač mora biti veoma pažljiv kako ne bi sugerisao ili nagoveštavao detetu da se desilo nešto neprikladno ili protivzakonito, jer bi se to kasnije, ako dođe do sudskog postupka, moglo protumačiti kao usmeravanje intervjua. Privatnost može biti krupna reč za mnogu decu i može imati mnogo različitih interpretacija u zavisnosti od pravila u porodici deteta [3,16]. Detetu treba objasniti da privatnost znači da neko ima mogućnost da bude sam kada to želi, a zatim ga treba pitati da li postoje trenuci kada ono želi da ima privatnost. (Npr. u kojim

prostorijama kod kuće može da ima privatnost? Šta želi da radi u privatnosti?). Ovaj razgovor treba nastaviti pitanjem o svakoj osobi koja živi u njegovoj kući. Treba pitati dete kako svaka od tih osoba reaguje na njegovu želju za privatnošću. Ovo često otvara vrata razgovoru o seksualnom zlostavljanju.

Komunikacija sa detetom u ranom uzrastu (do 8 godina)

Na početku je važno izgraditi dobar odnos sa decom zasnovan na otvorenoj i jasnoj komunikaciji. Ovo pomaže detetu da se ne oseća previše neprijatno kada otkriva potencijalno neprimerena iskustva koja je imalo. Prilikom razgovora s malom decom važno je podstaći ih da izraze svoja osećanja [3]. Neophodno je pomoći im da verbalizuju svoja osećanja kako bi bolje razumeli i bili svesniji onoga što se u njima događa. Ovako mala deca imaju problem da precizno definišu kako se osećaju i zadatak osobe koja s njima razgovara jeste da ih nauče da kada se osećaju tužno, besno ili uplašeno to umeju i da pretvore u reči. Takođe je važno da deca nauče da osećaj povrede i besa mogu bezbedno podeliti sa drugima koji ih mogu razumeti i pružiti im podršku.

Radoznalost je prirodna za decu mlađeg uzrasta. Prilikom razgovora sa malom decom za očekivati je da mogu da postavljaju pitanja o ličnim odnosima, seksualnim problemima i ljudskom telu. Na dečja pitanja vezana za sopstveno ili tuđe telo ili pitanja o privatnim delovima tela, razlikama između dečaka i devojčica – važno je iskreno odgovoriti i to poštujući rečnik koji koriste ili igru koju primenjuju. Međutim, važno je biti oprezan i pružiti informacije koje odgovaraju detetovom nivou razumevanja. Ukoliko je reč o forenzičkom ispitivanju ili ukoliko se očekuje da stručnjak koji razgovara sa detetom učestvuje kasnije u sudskom procesu, ili će sud koristiti detetov iskaz dobijen u ovom razgovoru, važno je voditi računa da se ne kontaminira detetov iskaz pružanjem novih saznanja koja do tada nije imalo ili interpretacija ispitivača [3,16].

Iako je tema vrlo delikatna neophodno je pomoći deci da se osećaju maksimalno moguće prijatno razgovarajući o takvim pitanjima. Važno je jasno i pažljivo uputiti decu o tome šta jeste, a šta nije prikladan fizički ili seksualni kontakt između njih i odraslih ili starije dece. Sve vreme je važno ohrabriti decu da iskreno i slobodno podele svoja iskustva, strahove ili zabrinutosti o stvarima seksualne prirode [17,18].

Razgovor o zlostavljanju dece odrasla osoba od poverenja treba da obavlja sa detetom u prostoru koji je što više prilagođen detetu (ali bez preteranih distrakcija kao što je mnoštvo igračaka i drugih stvari koje bi mu skrenule pažnju sa razgovora). Neophodno je biti nežan i iskren ispitivač, a razgovor treba da teče tako da istovremeno povećava svest i smanjuje strah. Deca treba da budu ohrabrena da postavljaju pitanja i osećaju poverenje da bi mogla da podele sa ispitivačem tako osetljive teme.

Takođe je važno usmeriti malu decu ka razumevanju fizičkih i seksualnih granica [19]. Posebno je važno izbegavanje podsticanja „paranoje“ ili stalnog straha kod dece, odnosno izazivanje traume kroz grafički opis seksualnog

zlostavljanja [20]. Važno je detetu pružiti informacije i odgovoriti na pitanja sa naglaskom na zdravim granicama, sigurnosti, otkrivanju.

Smernice za razgovor s decom ovog uzrasta podrazumevaju [3]:

- Koristiti termine prilagođene detetovom uzrastu (koristiti konkretne pojmove; koristiti jednostavne rečenične konstrukcije);
- Postavljati pitanja otvorenog tipa, unositi u razgovor što manje informacija, kako bi se osiguralo da detetov iskaz bude autentičan; („Ispričaj mi o...”)
- Proveriti da li je dete pravilno razumelo ono što mu je rečeno;
- Ohrabrivati dete da kaže kada nešto ne razume;
- Izbegavati određivanje tačnog vremena u vezi s događajem (kada se nešto desilo); ako je forenzički intervju onda mora da se pita kada i da se ispita svaki pojedinačni incident, vreme se određuje kod male dece okvirno, tipa pre rođendana, posle Nove godine, kad si bio na raspustu
- Ispitivati redosled događaja (od pete godine);
- Ukoliko dete pokaže emocije tokom razgovora (rasplače se, veoma uznemiri, i sl.), važno je prihvatiti emocije („Vidim da te to rastužuje.”), uveriti dete da je u redu što se tako oseća i što je osećanje pokazalo;
- Ne postavljati detetu pitanje zbog čega je nešto uradilo u cilju prikupljanja informacija o događaju, pošto ono kod dece izaziva osećanje krivice (čuje ga kao optužbu);
- Najbolje je postavljati pitanja tipa „Ko?” „Šta?” „Gde” jer ih deca ovog uzrasta mogu razumeti i na njih odgovoriti
- Ne uzimati zdravo za gotovo da određena reč za dete ima isto značenje kao i za odrasle (treba proveriti kako dete razume ključne reči);
- Ne ponavljati ispitivanja o istoj temi; tokom razgovora jasno postaviti pitanje i što manji broj puta ga ponavljati (da dete ne bi pogrešno shvatilo da mu ne verujemo ili da je nešto pogrešno reklo);
- Ispitati dete o jednom događaju, a ne o više njih;
- Pozitivno reagovati na odgovore deteta; ohrabrivanje i pohvale mogu podstaći otvorenosti deteta;
- Sedeti u ravni sa detetom, kako bi se u što većoj meri stvarila opuštena i podržavajuća atmosfera;
- Na kraju razgovora zahvaliti detetu na učešću u postupku i omogućiti mu da nam kaže još nešto ako želi

Komunikacija sa detetom u starijem uzrastu (od 9 do 13 godina)

Razgovor sa decom u ranoj adolescenciji od 9 do 13 godina podrazumeva uveravanje deteta da mogu i da treba da dele bilo kakve brige i da ne

treba da čuvaju „tajne“ koje su podstaknute pretnjama, prinudom ili ubeđivanjem bilo kakve vrste [3].

Važno je uveriti decu da i ako su im neke osobe pretile da će njih ili njima blisku osobu povrediti ili ubiti da je takve aktivnosti moguće sprečiti. Neophodna je koordinisana aktivnost svih aktera uključenih u postupak u cilju zaštite deteta. Počinioци zlostavljanja manipulišu ili prete detetu govoreći stvari poput „ne govori nikome ili ću te povrediti“ ili „čuvaj ovu tajnu ili ću povrediti nekog tvog“. Deca koja su bila žrtve verovatno veruju u takve pretnje. Decu treba podsticati da se povere odrasloj osobi kojoj veruju ako joj neko pretili na taj način. Važno je i naučiti ih da postoje „dobre“ i „loše“ tajne, za slučajeve da saznaju od druga i drugarice da ih neko zlostavlja, to je „loša“ tajna koju smeju i treba da povere nekom odraslom.

Međutim, u ovom uzrastu javljaju se i situacije lažnih prijava, što se dešava kao rezultat besa, osvete ili razočaranja u druge, a sve češće i kao deo manipulacije roditelja u procesu visokokonfliktnih razvoda kada jedan roditelj ubedi dete da govori neistine o lošem postupanju drugog roditelja. Tada je potrebno naglasiti im da šaliti se ili lagati o navodnom činu zlostavljanja nije prikladno, i da može trajno da dovede do posledica po osobu o kojoj je reč [21].

Važno je da osoba koja razgovara sa detetom koje je potencijalno žrtva seksualnog zlostavljanja mu pomogne da reuspostavi osećaj lične vrednosti i samopouzdanja.

Posebno je važno pomoći deci ovog uzrasta, koja se približavaju ili su u pubertetu, da razumeju uobičajeno i odgovarajuće izražavanje misli, osećanja ili ponašanja u vezi sa seksualnim pitanjima. To se pre svega odnosi na fizičku privlačnost prema drugima, razvoj seksualnih organa i funkcija, povećano interesovanje za svoja i tuđa tela i diskusiju o seksualnim temama sa vršnjacima ili drugima. Decu ovog uzrasta takođe treba naučiti ograničenjima sopstvenog ponašanja u ovim oblastima tako da ne povređuju granice i potrebe drugih osoba [22].

Sve smernice koje su važile za mlađi uzrast mogu se donekle primeniti i na ovaj uzrast.

- Prilagoditi termine stepenu kognitivnog razvoja deteta (apstraktne pojmove prevoditi na konkretne);
- Proveriti da li dete razume ono što mu je rečeno, posebno termine kojima se objašnjavaju profesionalne uloge i formalne procedure;
- Proveriti detetovu orijentaciju u vremenu pre nego što se traže vremenske odrednice događaja; ukoliko se traže vremenske odrednice, imati na umu da će dete ovog uzrasta pre moći da sastavi vremenski niz događaja (šta je bilo pre, šta zatim, itd.), nego što će moći da se snađe u apstraktnijem vremenskom kontinuumu (šta se desilo septembra prošle godine?);
- Na kraju razgovora zahvaliti detetu na učešću u postupku i omogućiti mu da nam kaže još nešto ako želi

Komunikacija sa detetom adolescentnog uzrasta (od 13 do 18 godina)

Veoma je važno prepoznati znake i simptome anksioznosti i depresije kod tinejdžera, jer se oni mogu poklapati sa iskustvima seksualnog zlostavljanja [23]. Znaci depresije mogu uključivati osećaj tuge, prekomernu potrebu za snom ili nemogućnost spavanja, gubitak ili dobijanje telesne težine, fizički i emocionalni umor, stalnu anksioznost, socijalno povlačenje od prijatelja ili škole, zloupotrebu droga ili alkohola i srodne simptome [24]. Važno je biti direktan i iskren u razgovoru sa tinejdžerom. Grupe vršnjaka često obeshrabruju razmenu informacija sa odraslim ljudima iz okruženja. Zbog toga je potrebno pre svega uveriti adolescenta da neke informacije moraju biti podeljene sa odraslom osobom od poverenja, koja tada može postupiti tako da spreči dalje povrede ili zlostavljanje.

Adolescenti vole da budu uvaženi kao ravnopravni odraslim osobama. Važno je razviti pozitivan stil komunikacije sa tinejdžerima uz izbegavanje pretnji, naredjenja, kritika. Slušati njihove misli, osećanja i želje uz pokušaj razumevanja i poštovanja njihovih stavova je ključ do poverenja između ispiti-vača i adolescenta [25].

Sve smernice koje su važile za mlađi uzrast mogu se donekle primeniti i na ovaj uzrast.

- Mogu se koristiti apstraktni pojmovi, ali je potrebno dati objašnjenje za one pojmove koji se koriste kako bi se objasnile profesionalne uloge i formalne procedure jer one nisu deo iskustva tinejdžera; ako se proverava koje značenje dete pridaje određenom terminu, činiti to vrlo oprezno, kako se adolescent ne bi uvredio i zatvorio za komunikaciju (na primer: „Ljudi misle na različite stvari kada govore o emotivnom maltretiranju. Na šta ti misliš? Šta to mama/tata radi?);
- Ne treba koristiti žargon mladih jer je to nesiguran put do poverenja tinejdžera, treba zadržati svoju ulogu odrasle osobe;
- Kada se razgovara sa dečacima, treba biti oprezan u suočavanju sa emocijom tuge (pre treba reći „Vidim da si uznemiren“, nego „Vidim da te to rastužuje“); zbog rodni stereotipa sa kojima se suočavaju tokom odrastanja, dečaci u ovom uzrastu ne prihvataju tugu kao deo svoje ličnosti;
- Ne nazivati ih decom, već koristiti izraz „mladi“, izuzev u kontekstu da su deca svojih roditelja;
- Naglasiti značaj učešća deteta, njegovog doprinosa postupku; Na kraju razgovora zahvaliti detetu na učešću u postupku i omogućiti mu da nam kaže još nešto ako želi

Principi vođenja razgovora sa zlostavljanom decom

Veoma je važno uzeti u obzir individualne razlike među decom, i pokazati osetljivost na dečije reakcije tokom intervjuisanja. Preporučuje se omogućavanje dobijanja spontanog iskaza deteta te je važno što više koristi pitanja otvorenog tipa (npr. „Šta se dešavalo kad si bio sam sa stricem?“ (pitanje

otvorenog tipa), umesto „Da li te je stric dodirivao kako nisi želeo kada ste bili sami?“ (pitanje zatvorenog tipa).

Struktura intervjua

Početna faza

Na samom početku važno je utvrditi opšte funkcionisanja deteta kroz procenu razvojnog nivoa i načina uspostavljanja odnosa [3]. Dobro je upoznati dete sa metodom i pravilima intervjua kroz npr. sledeća uputstva: „Postaviću ti mnogo pitanja“; „Ispričaj mi samo ono što se stvarno dogodilo“; „Ako ti postavim pitanje na koje ne znaš da odgovoriš, samo reci – ne znam“; „Ako ne razumeš pitanje, kaži mi i ja ću pokušati da te pitam na bolji način“.

Predlaže se na početku razgovor o opštim temama vezanim za informisanje o detetu (npr. pitanja otvorenog tipa o porodici, školi, slobodnom vremenu kako bi se dete motivisalo da odgovara u obliku priče). Posebno je važan deo utvrditi da li dete pravi razliku između istine i laži, odnosno da li je podložno sugestiji i da je neophodno da govori istinu u okviru sudskog procesa.

Faza fokusirana na zlostavljanje

U ovoj fazi preporuka je da se počne s ispitivanjem otvorenog tipa o mogućem zlostavljanju (npr. „Ispričaj mi šta ti se desilo kad si bio kod ujaka“). Ukoliko nije moguće dobiti odgovore kroz otvorena pitanja ispitivač će možda morati da postavi specifičnija pitanja. Ukoliko ni kroz specifična pitanja nije moguće dobiti neki odgovor, postavljaju se direktna pitanja o mogućem zlostavljanju.

Završna faza intervjua

Ova faza sastoji se od ponavljanja prethodne izjave deteta, upoznavanja deteta sa time šta će se dalje dešavati i pomaganja da ponovo uspostavi psihološku ravnotežu. Poželjno je i zahvaliti se detetu što je pristalo na razgovor i informisati ga na koji način može doći do nas ili druge adekvatne osobe ukoliko bude imalo potrebu da još razgovara.

Zaključak

Cilj ovog pregleda je bio da ukaže na značaj obavljanja razgovora s detetom koje je žrtva seksualnog zlostavljanja. Većina profesionalaca se usteže od obavljanja ovakvog razgovora misleći da su nedovoljno obučeni i težeći da razgovor ima strukturu forenzičkog intervjua. S tim u vezi, svrha ovog rada nije podučavanje forenzičkom intervju već davanje neophodnih informacija svakom profesionalcu, polazeći od pretpostavke da svako ko radi s decom radi i sa zlostavljanim decom. Kao profesioni u radu s decom naš zadatak je da naučimo osnovne smernice za vođenje razgovora s decom koja su žrtve, jer samo pravovremenim reagovanjem i postupanjem možemo sprečiti nastavak zlostavljanja i dete spasiti iz kruga nasilja.

HOW TO TALK TO CHILDREN ABOUT SEXUAL ABUSE?

Milica Pejovic Milovancevic^{1,2}, Teodora Minčić¹

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Abstract: Child sexual abuse is the most difficult of all types of maltreatment of children by adults and it is mainly committed by the person known to the child and with whom it has some kind of previous relationship. The following indicators may indicate sexual abuse: physical and emotional indicators, changes in social behavior, signs of inappropriate sexualized behavior, auto destructive behavior or changes of the school performance. Sexually abused children are vulnerable, distrustful, reserved and thus we need special approach to make contact with them. It is necessary to remember that the inquiry about sexual abuse is stressful and a kind of retraumatization. Despite that, it is sad that many children are exposed to multiple interviews. The best interest of the child and the respect of its dignity and its rights have priority over the process of collecting relevant data. It is necessary to adapt the communication style to child's age and thus take care of its developmental needs. By informing the child and by giving it the opportunity to state its attitude we respect the child's dignity and its personality and by expressing empathy we show that we understand its position and its needs. The children who have been manipulated by the adults are not ready to trust other adults. To accomplish successful inquiry, the inquirer firstly needs to gain the child's trust and to establish good relation in order to communicate effectively with the child.

Key words: *children, sexual abuse, interview*

Literatura

1. World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva. Geneva, World Health Organization, 1999 (document WHO/HSC/PVI/99.1)
2. Alempijević Đ, Kalanj D, Milojković O, Minčić T, Radosavljev-Kirćanski J, Stojadinović A, Šulović M et al. Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Drugo, dopunjeno izdanje protokola. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2018.
3. Alempijević Đ, Vidojević O, Lakić A, Mažibrada I, Milojković O, Mitković M et al. Priručnik za primenu Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Treće izdanje. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2019.
4. Murray LK, Nguyen A, Cohen JA. Child sexual abuse. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014 Apr;23(2):321-37.
5. Shapiro DN, Kaplow JB, Amaya-Jackson L, Dodge KA. Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. J Trauma Stress. 2012 Apr;25(2):157-63.
6. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. The Lifetime Prevalence of Child Sexual Abuse and Sexual Assault Assessed in Late Adolescence. J Adolesc Health 2014;329:329-33.
7. United States Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child Maltreatment Survey, 2016.
8. Moody G, Cannings-John R, Hood K et al. Establishing the international prevalence of self-reported child maltreatment: a systematic review by maltreatment type and gender. BMC Public Health 2018;18:1164.
9. Guha A, Luebbbers S, Papalia N, Ogloff JRP. A follow-up study of mental health service utilization in a cohort of 2433 sexually abused Australian children utilizing five years of medical data. Child Abuse Negl. 2019;90:174-84.
10. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert JM. Sexual violence against children: authors, victims and consequences. Cien Saude Colet. 2018;23(4):1019-31.
11. Singh MM, Parsekar SS, Nair SN. An epidemiological overview of child sexual abuse. J Family Med Prim Care. 2014;3(4):430-5.
12. Assink M, van der Put CE, Meeuwssen MWCM, de Jong NM, Oort FJ, Stams GJJM, Hoeve M. Risk factors for child sexual abuse victimization: A meta-analytic review. Psychol Bull. 2019;145(5):459-89.
13. Roberts SJ, Chandler GE, Kalmakis K. A model for trauma-informed primary care. J Am Assoc Nurse Pract. 2019;31(2):139-44.
14. Tener D, Murphy SB. Adult Disclosure of Child Sexual Abuse: A Literature Review. Trauma Violence Abuse. 2015;16(4):391-400.
15. Themeli O, & Panagiotaki M. Forensic Interviews With Children Victims of Sexual Abuse: The Role of the Counselling Psychologist. *The European Journal of Counselling Psychology*. 2014;3(1):1-19.
16. Seshadri S, Ramaswamy S. Clinical Practice Guidelines for Child Sexual Abuse. Indian J Psychiatry. 2019;61(Suppl 2):317-32.

17. Lyon TD, Scurich N, Choi K, Handmaker S, Blank R. „How did you feel?”: increasing child sexual abuse witnesses' production of evaluative information. *Law Hum Behav.* 2012;36(5):448-57.
18. Broaddus-Shea ET, Scott K, Reijnders M, Amin A. A review of the literature on good practice considerations for initial health system response to child and adolescent sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 2019;9:104225.
19. Rudolph J, Zimmer-Gembeck MJ, Shanley DC, Hawkins R. Child Sexual Abuse Prevention Opportunities: Parenting, Programs, and the Reduction of Risk. *Child Maltreatment.* 2018;23(1):96-106.
20. Döring N, Walter R. Media Coverage of Child Sexual Abuse: A Framework of Issue-Specific Quality Criteria. *J Child Sex Abus.* 2020;29(4):393-412.
21. Kaufman KL, Erooga M, Mathews B, McConnell E. Recommendations for Preventing Child Sexual Abuse in Youth-Serving Organizations: Implications From an Australian Royal Commission Review of the Literature. *J Interpers Violence.* 2019;34(20):4199-224.
22. Seth R, Srivastava RN. Child Sexual Abuse: Management and Prevention, and Protection of Children from Sexual Offences (POCSO) Act. *Indian Pediatr.* 2017;15;54(11):949-53.
23. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl.* 2018;Dec;86:167-77.
24. Mullen S. Major depressive disorder in children and adolescents. *Ment Health Clin.* 2018 Nov 1;8(6):275-83.
25. Crawford-Jakubiak JE, Alderman EM, Leventhal JM. Committee on child abuse and neglect; committee on adolescence. Care of the Adolescent After an Acute Sexual Assault. *Pediatrics.* 2017;139(3):e20164243. Erratum in: *Pediatrics.* 2017 Jun;139(6): PMID: 28242861.

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

Milica PEJOVIC MILOVANCEVIC, MD, PhD, Associate Professor, Institute of Mental Health, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

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

KOMUNIKACIJA KAO SREDSTVO PREVENCIJE ZLOSTAVLJANJA DECE I MLADIH

Roberto Grujičić¹, Jasmina Bogdanović¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Apstrakt: Zlostavljanje i zanemarivanje dece i mladih može da izazove ozbiljne psihološke, telesne, socijalne i profesionalne posledice. Ovakve posledice mogu trajati kratko ili ostavljati dugotrajni trag na život deteta. Takođe, posledice zlostavljanja i zanemarivanja se često prenose u odraslo doba i utiču na funkcionisanje osobe. Jedna od efikasnijih strategija prevencije ovakvih posledica jeste unapređenje rezilijentnosti kod zlostavljane dece, koje se najbolje postiže adekvatnom i podržavajućom komunikacijom u porodičnoj sredini (primarno sa roditeljima ili starateljima). Osim saniranja posledica zlostavljanja, otvorena i podržavajuća porodična komunikacija može da dovede i do prevencije samog nastanka zlostavljanja, kako edukacijom deteta, tako i stvaranjem mreže poverenja u porodici.

Ključne reči: komunikacija, porodica, zlostavljanje i zanemarivanje dece, ćutanje o zlostavljanju

Uvod

Zlostavljanje dece je svaki oblik fizičkog (telesnog) i/ili emocionalnog zlostavljanja, seksualnog zlostavljanja, zanemarivanja i nemarnog postupanja ili iskorišćavanja deteta (eksploatacija), što rezultira stvarnom ili potencijalnom opasnošću po detetovo zdravlje, preživljavanje, razvoj ili dostojanstvo u kontekstu odnosa odgovornosti, poverenja i moći [1].

Postoje 4 osnovna tipa zlostavljanja dece, iz kojih se izdvaja veliki broj podtipova i specifičnih oblika zlostavljanja. U literaturi se kao četiri osnovna tipa zlostavljanja najčešće navode:

- Fizičko zlostavljanje – upotreba fizičke sile (udaranje, šutiranje, prženje) ili primena bilo kakve druge sile nad detetom
- Seksualno zlostavljanje – uključivanje ili primoravanje deteta na seksualne aktivnosti, kao što su: penetracija, neprimereno dodirivanje ili prikazivanje pornografskog sadržaja detetu
- Emocionalno zlostavljanje – uključuje ponašanja koja štete detetovom psihičkom blagostanju (pretnje, psovke, nazivanje pogrdnim imenima, uskraćivanje pažnje i ljubavi)
- Zanemarivanje – predstavlja nesipunjavanje osnovnih emocionalnih i fizičkih zahteva deteta (ishrana, odeća, obrazovanje, briga o zdravlju) [2].

Zlostavljanje i zanemarivanje dece je učestala pojava rasprostranjena u svim kulturama i delovima sveta. Rasa i socioekonomski status (SES) se navode u literaturi kao dva faktora koja se najčešće povezuju sa učestalošću zlostavljanja [1]. Shodno navedenom, deca koja žive u porodicama sa niskim SES imaju do pet puta veću mogućnost da budu žrtve zlostavljanja u poređenju sa decom iz porodica sa visokim SES. Epidemiološki podaci ukazuju na to da je jedno od sedmero dece izloženo nekom vidu zlostavljanja u jednoj godini [2,3]. Međutim, bitno je naglasiti da ne iskuse sva deca isti nivo zlostavljanja; mlađa deca su mnogo češće žrtve ozbiljnih, pa čak i fatalnih vidova zlostavljanja, dok su adolescenti češće izloženi lakšim vidovima zlostavljanja i zanemarivanja.

Postoje mnogi identifikovani faktori rizika udruženi sa zlostavljanjem i zanemarivanjem i mogu se podeliti na individualne faktore, faktore porodice i sredinske faktore. Navedeni faktori često se međusobno prepliću i vremenom dovode do povećanja ili smanjenja kumulativnog rizika od zlostavljanja [1]. Individualni faktori rizika obuhvataju pol i godine deteta, kao i posebne potrebe (npr. intelektualna ometenost, razvojne poteškoće, problemi mentalnog zdravlja, hronične telesne bolesti). Faktori rizika u porodici najčešće se odnose na komunikaciju i odnose u samoj porodici, broj članova porodice (broj dece, samohranost, uključenost familije u odgoj deteta), SES, psihičke probleme roditelja, upotreba psihoaktivnih supstanci, rana iskustva roditelja i njihova

prethodna viktimizacija, socijalna izolacija. Od sredinskih faktora najčešće se pojavljuju stigmatizacija, nedovoljna podrška u zajednici i edukacija sredine.

Istraživanja su identifikovala i neke od protektivnih faktora koji preveniraju ili povoljno deluju na smanjivanje zlostavljanja [4]. Tu se najčešće izdvajaju: dobra i otvorena porodična komunikacija, SES roditelja, stepen obrazovanja članova najbliže porodice, kao i adekvatan pristup službama zdravstvene i socijalne zaštite [3].

Zlostavljanje „u tišini”

Kada se govori o počiniocima zlostavljanja nad decom i mladima, istraživanja ukazuju na to da su zlostavljači najčešće članovi porodice deteta, i to često najbliži srodnici [4]. Veliki problem u sprečavanju takvog zlostavljanja jeste što deca često čute o zlostavljanju i prikrivaju svoje zlostavljače. Ovo se dešava iz mnogo razloga, a neki od najčešćih su:

1. Zlostavljana deca prolaze kroz čitav spektar negativnih emocija (strah, sram, bes). Često ni sama ne znaju šta tačno osećaju, pa im je teško je da se otvore nekome po pitanju zlostavljanja. Neretko se dešava da deca budu preokupirana osećajem krivice i da smatraju da su uradila nešto čime su zaslužila zlostavljanje.
2. Ljubav prema zlostavljaču. Ukoliko je slučaj da je zlostavljač neko koga dete poznaje ili kome veruje, dešava se da dete određene neprimerene radnje ne prepozna kao pogrešne. Štaviše, s obzirom na potrebe dece za vezivanjem u detinjstvu, dešava se da se dete dodatno emocionalno veže za svog zlostavljača.
3. Strah od posledica. Kada je dete izloženo nekom vidu zlostavljanja i kada je svesno da se nad njim vrši neki vid neprimerenog ponašanja, često bira da nastavi da čuti usled straha da će upasti u nevolju. Dete se često plaši reakcije i osude starijih osoba, i/ili se plaši šta će se desiti sa njegovom/njenom budućnošću ili budućnošću porodice. Zlostavljači neretko u sklopu zlostavljanja prete deci da će ukoliko se nekome povere snositi određene posledice, kao i da mu okolina neće verovati.
4. Nemogućnost da kažu. Mlađa deca, deca sa razvojnim poteškoćama, mentalnom ometenošću i sličnim problemima, često nemaju adekvatne veštine da se povere nekome o zlostavljanju koje im se dešava.
5. Nikada nisu bili pitani. Neretko, deca sama čekaju da neko stariji primeti da se nešto loše dešava i da ta osoba inicira razgovor o tome. Iz ovog razloga, potrebno je edukovati roditelje da uvek budu na oprezu i imaju na umu da se ovakve stvari mogu desiti i njihovom detetu [5].

Ne treba zaboraviti da je u kulturi mnogih zemalja, uključujući i našu, normalno da se deca vaspitavaju da slušaju i rade ono što im stariji kažu, što zlostavljači često zloupotrebljavaju. Prema istraživanju britanske humanitarne organizacije NSPCC iz 2012. godine prosečan „period ćutanja” o zlostavljanju kod mladih osoba varirao je od jedne nedelje do 18 godina, ali je u proseku trajao 7.8 godina. Takođe je pokazano da što duže zlostavljanje traje i što je dete mlađe na početku zlostavljanja, to je duži period ćutanja [5].

Sa druge strane, mladi prijavljuju svoje zlostavljače na razne načine. Ovo prijavljivanje može biti direktno (npr. verbalno razotkrivanje), ili indirektno, preko promene svog ponašanja. Iako se deca otvaraju raznim ljudima, istraživanje pokazuje da se o zlostavljanju najčešće poveravaju majkama i najboljim prijateljima. Ono što je poražavajuće je činjenica da je samo 30% majki pokrenulo određeni postupak zaustavljanja zlostavljanja, dok je čak 17% majki negiralo da se zlostavljanje uopšte dešava [5].

Osim detetovog ćutanja o zlostavljanju, neretko se dešava i da cele porodice prikrivaju da se zlostavljanje u porodici dešava. Razlozi za ćutanje o zlostavljanju unutar porodice mogu biti različiti. Najčešće ju u takvim porodicama međuzavisnost članova porodice velika. Članovi porodice mogu imati duboka osećanja prema nasilniku, bez obzira na zlostavljanje, te shodno tome ne žele da ga izlože prijavama. Takođe, ukoliko dođe do prijave zlostavljanja promeniće se i sam ciklus zlostavljanja, što bi narušilo obrazac porodičnog ponašanja. Potrebna je velika hrabrost svih članova porodice da se pokrene promena. Jedan od razloga za odlaganje prijave zlostavljanja može biti i „porodični ponos“. Porodica brineda će saznanje o postojanju zlostavljanja narušiti njenu reputaciju. Negativna stigma koja je u našem društvu i dalje vezana za žrtve zlostavljanja igra veliku ulogu u sprečavanju zlostavljanja u porodici. Pored svega navedenog, ne sme se izostaviti ni finansijska situacija porodice. Materijalni dohodak porodice često određuje njihovu reakciju na zlostavljanje. Nekada je upravo zlostavljač jedini izvor prihoda, te su ostali članovi porodice egzistencijalno zavisni od njega [6]. Takođe, deca najčešće veruju u obećanja zlostavljača da se to ponašanje nikada više neće ponoviti, da o tome ne bi trebalo da razgovaraju sa drugim ljudima, da je to normalno i da postoji u svakoj porodici.

Ovo je zabrinjavajuća činjenica, jer kada deca nisu u stanju da otkriju da su žrtve seksualnog ili bilo kog drugog oblika zlostavljanja, neposredni i dugoročni efekti viktimizacije su poražavajući. Mogućnost da se suzbije talas zlostavljanja i zaustave dugotrajne posledice koje imaju tendenciju da razviju ozbiljne mentalne probleme kod dece – najviše je u postupanju odraslih, posebno roditelja.

Porodična komunikacija, dinamika i zlostavljanje

Porodica, kao i svaka druga zajednica, trebalo bi da svojim članovima na sve načine obezbedi mentalno zdravlje i blagostanje. Kako bi se ovaj cilj postigao, činioci mentalnog zdravlja i prilagođavanja se moraju identifikovati

što je preciznije moguće. Jedan od neizostavnih činioca je komunikacija među članovima porodice. Uopšteno govoreći, komunikacija među članovima porodice se uvek smatrala glavnim aspektom dinamike porodičnih odnosa. U studiji koja se bavi povezanošću obarazaca komunikacije u porodici i mentalnog zdravlja ističe se da u poređenju sa porodicama koje imaju neke probleme sa decom, optimalne porodice imaju prijatniju komunikaciju među članovima i veću i češću mogućnosti da se izraze.

Drugi autori ukazuju da su porodice u kojima postoji neka vrsta zlostavljanja manje kohezivne (emocionalno povezane), imaju više problema u suočavanju sa stresom i prilagođavanjem, socijalno su izolovanije, više kontrolišu, visoko su konfliktna, pokazuju siromašnu komunikaciju, posebno u porodičnim dijadama [7].

Rezultati različitih studija sugerisu da su porodične karakteristike i vrednosti važnije od demografskih varijabli u predviđanju stepena i vrste zlostavljanja. Istraživanje iz 1987. godine ukazuje da je seksualno zlostavljanje bez obzira na počinioca, povezano sa određenim jedinstvenim porodičnim karakteristikama kao što su manja kohezivnost, manja fleksibilnost, ili pak preterana prepletenost članova, kao i nedostatak empatije kod oba roditelja [8].

Shodno iznetom, nesumnjivo je da nam razumevanje porodične komunikacije može mnogo pomoći u otkrivanju čina zlostavljanja i zanemarivanja u porodici. Međutim, pregled literature ukazuje da je uticaj porodične dinamike na zlostavljanje i zanemarivanje dece još uvek nedovoljno proučavano područje.

Modeli porodične komunikacije

Ficpatrik i Riči su identifikovali dve osnovne dimenzije komunikacije u porodici, a to su: orijentacija na razgovor i orijentacije na usaglašenost. Orijetacija na razgovor definisana je kao „mera u kojoj porodice pružaju osnovu za podsticanje svojih članova da se ponašaju slobodno i udobno u svojim interakcijama, diskusijama i komunikaciji o širokom spektru pitanja” [9]. Orijetacija na usaglašenost je definisana kao „stepen u kojem porodice ističu sličnost stavova, vrednosti i uverenja“. Kombinacija ove dve dimenzije formira četiri porodične komunikacione šeme koje se nazivaju porodični obrasci komunikacije [9], a svaki obrazac opisuje određeni tip porodice. Ova četiri obrasca ili četiri porodična tipa, nastaju kombinacijom pomenute dve dimenzije na dvodimenzionalnom kontinuumu. U odnosu na to postoje: sporazumne porodice, pluralističke porodice, zaštitničke porodice i porodice *lessez-faire*.

- *Sporazumne porodice* imaju visok nivo na obe dimenzije, na orijentaciji na razgovor i na orijentaciji prema usaglašenosti. Ovakve porodice stavljaju akcenat na međusobno slaganje, i podstiču jedni druge da izraze različite ideje. Članovi porodice slobodno komuniciraju o svojim mislima, osećanjima i aktivnostima, ali u isto

vreme roditelji su konačni donosioci odluka o važnim pitanjima. Sa jedne strane ove porodice imaju težnju ka otvorenosti, a i težnju da roditelji imaju svu kontrolu, što dovodi do svojevrzne tenzije. Ovakve porodice pokušavaju da izbegnu sukob, jer to ugrožava hijerarhijsku strukturu u kojoj roditelji donose odluke za porodicu [9].

- *Pluralističke porodice* postižu visok rezultat u orijentaciji na razgovor, ali nizak u orijentaciji prema usaglašenosti. Odlike ove porodice su otvorena, slobodna, ugodna komunikacija i emocionalna zaštita. Pluralističke porodice su orijentisane na razgovor a roditelji veruju u vrednost „životnih lekcija“ i očekuju da se njihova deca razvijaju kroz interakciju sa ljudima izvan porodice. Odluke se donose porodično, i svi imaju jednak doprinos. Ove porodice otvoreno rešavaju sukobe, ne plaše se neslaganja i razvile su dobre strategije za prevladavanje razlika. Deca iz pluralističkih porodica uče da budu nezavisna i imaju poverenja u svoju sposobnost donošenja odluka [9].
- *Zaštitničke porodice* postižu nizak rezultat u orijentaciji na razgovor, ali visok u orijentaciji prema usaglašenosti. Ove porodice se mogu prepoznati po visokom potenciranju dečije poslušnosti i po izbegavanju otvorene komunikacije. Očekivanje je da deca poslušaju roditelje, te roditelji obično ne dele obrazloženje svojih odluka. U ovim porodicama je malo sukoba, jer su deca orijentisana na ponašanje u skladu sa porodičnim normama i očekivanjima. Ako do sukoba I dođe, članovi ovih porodica nisu spremni da se nose sa situacijom. Deca iz ovih porodica ne uče da veruju u sopstvene sposobnosti donošenja odluka [9].
- *Laissez-faire porodice* imaju nisko postignuće ona obe dimenzije. Članovi se opisuju kao „emocionalno distancirani“ jedni od drugih. Među članovima porodice se ne razgovara mnogo, a roditelji često nemaju uvid u odluke koje donose njihova deca. Kod njih su sukobi retki, jer je svako slobodan da se ponaša kako želi, i shodno tome deca ne uče vrednost razgovora. Deca iz ovakvih porodica najčešće dovode u pitanje svoju sposobnost donošenja odluka.

Prevencija zlostavljanja i zanemarivanja

Koristeći komunikaciju kao komplet alata, roditelji mogu snažno da utiču na prevenciju zlostavljanja svoje dece. Komunikacija roditelja i dece o dečijim aktivnostima, strahovima i svakodnevnim dešavanjima povećava verovatnoću da će dete biti slobodno da se poveri o teškim zbivanjima kao što je zlostavljanje. Ako do zlostavljanja i dođe od strane druge osobe, roditelji mogu pomoći u sprečavanju traumatskog iskustva, i poboljšanju daljeg funkcionisanja deteta. Pored veština komunikacije, ne smemo izostaviti značaj potrebe da roditelji imaju izgrađenu svest i znanje o štetnom uticaju svakog oblika zlostavljanja i zanemarivanja na decu.

Tokom 2019. godine sprovedena je studija u Saudiskoj Arabiji kako bi se procenilo kakva komunikacija i koje preventivne prakse mogu uticati na smanjenje seksualnog zlostavljanja u ovoj državi [10]. Studija je pokazala da 76% ispitanika ima dobru roditeljsku komunikaciju, i da 19,22% roditelja komunicira sa svojim decom o njihovim intimnim temama. Većina roditelja je upozoravala svoju decu da ne idu sa nepoznatim ljudima ili poznatim odraslim osobama bez njihovog prethodnog odobrenja. Takođe, roditelji su ukazivali deci da ne bi trebalo da primaju poklone ukoliko roditelji to prethodno ne odobre. Roditelji su u studiji istakli da razgovaraju sa svojom decom o njihovoj telesnoj sigurnosti, ali je relativno malo roditelja dalo podatak da razgovara sa decom o seksualnim pitanjima. Nalazi studije ukazuju da je komunikacija roditelja sa decom dobra praksa koju treba podsticati [10].

Studija u Nigeriji je istraživala značaj roditeljske komunikacije u sprečavanju seksualnog zlostavljanja među srednjoškolcima. Instrument za prikupljanje podataka, dizajniran je od strane istraživača i označen je kao „Roditeljska komunikaciona strategija za sprečavanje seksualnog zlostavljanja“. U istraživanju je učestvovalo 686 ispitanika (266 muških i 420 ženskih). Nalazi otkrivaju roditeljsku neodgovornost, nepoznavanje znakova seksualnog zlostavljanja, nemogućnost uviđanja i zaustavljanja seksualnog zlostavljanja pre nego što se dogodi, kao i nespremnosti za komunikaciju sa decom o seksualnim pitanjima. Nalazi studije otkrivaju značajnu razliku u obrascu komunikacije roditelja o sprečavanju seksualnog zlostavljanja na osnovu pola, religija i tipa porodice, a i utvrđena je značajna razlika u tipu roditeljstva i geo-političkim zonama. Preporuke ove studije ukazuju da postoji velika potreba za povećanjem svesti kod roditelja o mogućnostima sprečavanja seksualnog ili bilo kog drugog oblika zlostavljanja [4].

Pre više od 30 godina, Finkelhor je u svojoj studiji iz 1984. godine pronašao da je 29% roditelja razgovaralo sa svojom decom o prevenciji seksualnog zlostavljanja [2]. Sadržaji tih razgovora ukazuju da su roditelji upozoravali decu na nepoznate ljude, automobile i slatkiše, a samo 23% roditelja je napomenulo mogućnost da će neko pokušati da detetu dodiruje genitalije. Mali broj roditelja ukazao je detetu da nasilnik može biti član porodice (6%) ili poznata odrasla osoba (15%). U studiji Bindera i Mekneila nekoliko godina kasnije, tačnije 1987. godine, 22% roditelja je dalo podatak da sa svojom decom „veoma“ razgovora o seksualnom zlostavljanju, dok 36% roditelja je učestalost razgovora ocenio kao „retko“ [11].

U studiji sprovedenoj u Americi 1992. godine 59% roditelja je izvestilo je da sa svojim predškolicima razgovaraju o potencijalnom seksualnom zlostavljanju. Čak 52% roditelja je reklo deci da neko može da pokuša da im dodiruje genitalije, a 50% roditelja uči decu da kažu roditelju ako se to dogodi. Roditelji upozoravaju svoju decu o nepoznatim osobama (53%), ali manje ih upozoravaju o poznatim odraslim osobama (36%), rođacima (21%) ili braći i sestrama (11%). U novijoj američkoj studiji, rezultati

su znatno bolji, što govori u prilog tome da roditelji sve više posvećuje pažnju ovoj temi. 64% roditelja je istaklo da su rekli svom detetu da bi neko mogao da pokuša da mu dodirne genitalije. Roditelji su upozoravali decu o nepoznatim osobama (73%), o poznatim odraslima (50%), rođacima (34%) i braći i sestrama (19%) [12].

Sve navedene studije ukazuju da su roditelji najviše odgovorni za način komunikacije unutar porodice, kao i upućivanje dece u mogućnosti i načine zaštite od bilo kog vida zlostavljanja. Jedno od najmoćnijih sredstava za prevenciju zlostavljanja jeste komunikacija. Mnogo je verovatnije da će roditelji koji komuniciraju sa svojom decom podsticati u njih pozitivne obrasce ponašanje, modelirati njihovo ponašanje i podstaći razvoj osnažne dece koja će moći da se i samostalno zaštite od različitih oblika zlostavljanja.

Smernice za komunikaciju o zlostavljanju i zanemarivanju

Razgovor sa detetom o zlostavljanju predstavlja zastrašujući predlog za mnoge roditelje. Postoji nekoliko načina na koje roditelji mogu razgovarati sa decom kako bi im pomogli da se osećaju sigurnije i samopouzdanije. U slučaju dece mlađeg uzrasta, potrebno je spustiti se na njihov nivo i uspostaviti kontakt očima. Ukoliko su deca starijeg uzrasta potrebno je pokazati im poštovanje kao individuumima. Ni u kom slučaju roditelji ne bi trebalo da drže predavanja već da uključe decu u dijalog. Potrebno je da se svi učesnici dijaloga osećaju prijatno i da roditelji ne budu samo autoritativna figura. Bez obzira na to jesu li deca tinejdžeri ili mlađeg uzrasta važno je razgovarati otvoreno i nazivati stvari pravim imenom [13].

Kada i gde?

Važno je pronaći pravo vreme i mesto za razgovor sa decom o zlostavljanju i njegovom sprečavanju.

Pronalaženje reči

Reči bi trebalo birati i ne bi trebalo koristiti reči koje su povezane sa stvarima koje deci zvuče strašno. Upotreba reči poput „bezbedno i nebezbedno dodirivanje“, umesto silovanja ili seksualnog zlostavljanja je adekvatnija. Takođe, ovakav izraz obuhvata čitav niz nasilnih radnji, a ne samo jednu što deci može pomoći da lakše prepoznaju zlostavljanje.

Fokus

Najbolji način da se poveća samopouzdanje i smanji strah kod deteta jeste fokusiranje razgovora na ono šta dete može da učini ako se suoči sa opasnom ili neprijatnom situacijom.

Samopouzdanje

Samopouzdanje igra veliku ulogu. Ukoliko verujemo da možemo nešto da uradimo veća je verovatnoća da ćemo to i pokušati. Deca, kao i

odrasli, moraju verovati u svoje sposobnosti da bi uspela. Roditelji mogu na različite načine pomoći u izgradnji samopouzdanja. Oni mogu uveriti dete da će se ono setiti bezbednosnih veština ukoliko to bude potrebno.

Vežbajte

Efikasne veštine bezbednosti se uče postepeno. Veštine i naučene informacije moraju se preispitati. Deca različito uče, usvajaju znanja i zadržavaju informacije zavisno od uzrasta i stadijuma razvoja. Zbog toga bi roditelji trebalo da kontinuirano sa svojim detetom razmenjuju informacije o sprečavanju zlostavljanja.

Sigurno dodirivanje

Roditelji mogu naići na različite informacije o dodirivanju. Mnogi roditelji, posebno tate, brinu se zbog dodirivanja svoje dece iz straha da će to biti pogrešno protumačeno. Međutim, istina je da fizički kontakt deci pomaže da osećaju ljubav. Grljenje i ljubljenje na neseksualan način su važni za dečiji razvoj. Na isti način, roditelji svoju decu uče da bezbedni dodiri nikada ne moraju biti tajni.

Fizičko kažnjavanje (engl. „Spanking”)

Fizičko kažnjavanje dece nije dozvoljeno. Većina stručnjaka to ne odobrava, ali ipak mnogi priznaju da je to uobičajena roditeljska praksa. Bilo kakvo udaranje deteta smatra se nasilnim. Mnoge službe za zaštitu dece definišu udaranje deteta bilo čime, pa čak i otvorenom rukom – kao nasilje. Ukoliko roditelji očekuju da deca koriste reči, a ne agresivne udarce kada su ljuta ili uznemirena, moraju ih tome naučiti svojim primerom.

Stranac kao opasnost

Većina roditelja svojoj deci u ranom uzrastu objasni da ne uzimaju slatkiše od nepoznatih ljudi i na tome je lekcija o sprečavanju zlostavljanja završena. Istraživanja jasno pokazuju da većinu dece zlostavljaju poznati odrasli kojima ona veruju. Deca moraju da znaju da će ponekad, odrasla osoba koju porodica poznaje i kojoj veruje, možda pokušati da ih neprimereno dodirne, i da to nipošto nije u redu.

Informacije prilagođene uzrastu

U različitim uzrastima deci su potrebne različite informacije. Važno je da roditelji koriste odgovarajuće informacije koje su primerene uzrastu i svakodnevnici deteta.

Sigurno, snažno i slobodno

Svi roditelji žele da njihova deca odrastaju osećajući se sigurno, snažno i slobodno. Komunikacija je najvažniji alat koji roditelji moraju da obezbede

kako bi njihovoj deci obezbedili zdravlje i sigurnost. Slušanje dece i iskren razgovor sa njima pružaju dobru osnovu za uvežbavanje preventivnih veština.

Veštine u slučaju opasnosti

Sva deca bi trebalo da imaju na raspolaganju znanje o različitim mogućnostima ukoliko se nađu u opasnosti [13].

- **Beg od opasnosti.** Roditelji bi trebalo da pomognu deci da identifikuju sve bezbedne lokacije duž redovne trase kojom putuju i načine na koje mogu do istih doći.
- **Vikanje i dozivanje pomoći.** Ova strategija zahteva vežbanje jer deca često nauče da vikanje nije u redu. Da bi se vika iskoristila u opasnoj situaciji, odrasli i deca moraju vežbati.
- **Definišite „sigurne i nesigurne” tajne.** Iznenađenja i pokloni su primeri sigurnih tajni jer ne stvaraju nelagodu i strah kod deteta. Nesigurne tajne često čine da se deca osećaju uplašeno i nelagodno. Deca bi trebalo da znaju da nesigurne tajne nikada ne treba čuvati.
- **Prodite zajedno imena „pouzdanih” odraslih sa vašim detetom.** Pouzdane odrasle osobe su odrasle osobe koje će slušati, verovati detetu i pomoći mu. Osim roditelja, dete mora imati još osoba od poverenja u svom okruženju, a to su najčešće: učitelji, babe, dede i komšije.
- **Dajte svojoj deci dozvolu da kažu „Ne”.** Mnoga deca veruju da je odbijanje odrasle osobe pogrešno i da će biti kažnjeno. Deci bi trebalo dozvoliti da kažu ne bilo kojoj odrasloj osobi koja ih uplaši svojim zahtevima.
- „Kad god imaš problem, bez obzira koliko zastrašujuće ili neugodno delovalo, slušaću te, verovati ti i pomagati ti”. Ovo je možda jedna od najvažnijih rečenica koju deca moraju da čuju od svojih roditelja. Roditelji moraju svojoj deci da daju do znanja da će ih uvek štititi od nepovoljnih i štetnih okolnosti [13].

Zaključak

Zlostavljanje u detinjstvu se sve više prepoznaje kao važna etiološka komponenta brojnih psihijatrijskih poremećaja. Porodična komunikacija i porodična dinamika ne bi smele biti zanemarene kada se govori o postojanju ili preveniranju zlostavljanja i zanemarivanja dece u porodici. Stručnjaci bi trebalo mnogo više pažnje da obrate na obrasce komunikacije u porodici. bilo da je zlostavljanje i zanemarivanje dece prisutno u porodici ili roditelji nisu u stanju da zaštite decu od zlostavljanja izvan porodice. Deca i adolescentima bi trebalo pružiti bolje znanje o granicama, njihovim pravima na zaštitu i sigurnost, kao i informacije o tome gde i kako mogu potražiti pomoć. Pregled literature ukazuje na važnu ulogu roditelja i drugih odraslih u uočavanju znakova zlostavljanja, kao i na potrebu senzibilisanja celog društva na zlostavljanje i zanemarivanje dece u svim njihovim oblicima.

COMMUNICATION AS A MEANS OF PREVENTION OF ABUSE OF CHILDREN AND YOUTH

Roberto Grujicic¹, Jasmina Bogdanovic¹

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Child abuse and neglect can cause serious psychological, psysical, social, and professional consequences. Such consequences can last for a short period of time or leave a long-lasting mark on children's lives. These consequences can even be transmitted to adulthood and affect a person's social and emotional functioning. One of the most effective strategies for preventing consequences is to improve resilience in abused children, which is best achieved through adequate and supportive communication in the family environment (primarily with parents or guardians). In addition to remedying the consequences of abuse, open and supportive family communication can also lead to the prevention of the very occurrence of abuse, both by educating the child and by creating a network of trust in the family.

Key words: *communication, family, child abuse and neglect, silence about abuse*

Literatura

1. Bradshaw J, Hooper C-A. Child maltreatment. well-being Child UK. 2012;191-211.
2. Leeb RT, Paulozzi LJ, Melanson C, Simon TR, Arias I. Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0. Annu Rev Clin Psychol [Internet]. 2008;1:409-38. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-33744936533&partnerID=40>
3. Forston BL, Kleven J, Merrick MT, Gilbert LK, Alexander SP. Preventing Child Abuse and Neglect: A Technical Package for Policy, Norm, and Programmatic Activities. Centers Dis Control Prev. 2016.
4. Lidchi VG. Cross cultural transferability in child protection: Challenges and opportunities. Child Abus Rev. 2003.
5. Allnock D, Miller P. No one noticed, no one heard: a study of disclosures of childhood abuse. 2013;1-60. Available from: <https://www.nspcc.org.uk/globalassets/documents/research-reports/no-one-noticed-no-one-heard-report.pdf>
6. Yoon S. Why Do Victims Not Report?: The Influence of Police and Criminal Justice Cynicism on the Dark Figure of Crime. City Univ New York Acad Work. 2015;1-105.
7. Alaggia R, Kirshenbaum S. Speaking the unspeakable: Exploring the impact of family dynamics on child sexual abuse disclosures. Fam Soc. 2005;86(2):227-34.
8. Alexander PC, Lupfer SL. Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. Arch Sex Behav. 1987;16(3):235-45.
9. Koerner AF, Fitzpatrick MA. Family type and conflict: The impact of conversation orientation and conformity orientation on conflict in the family. Commun Stud. 1997;48(1):59-75.
10. AlRammah AA, Alqahtani SM, Al-Saleh SS, Wajid S, Babiker AG, Al-Mana AAK, et al. Parent-child communication and preventive practices for child sexual abuse among the general population: A community-based study. J Taibah Univ Med Sci [Internet]. 2019;14(4):363-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.06.005>
11. Finkelhor D. Implications for Theory, Research & Practice (From Educator's Guide to Preventing Child Sexual Abuse, P 133-146, 1986, Mary Nelson & Kay Clark, eds. - See NCJ-104251). Implications for Theory, Research & Practice (From Educator's Guide to Preventing Child Sexual Abuse, P 133-46, 1986, Mary Nelson & Kay Clark, eds. - See NCJ-104251). 1986.
12. Rudolph J, Zimmer-Gembeck MJ, Shanley DC, Hawkins R. Child Sexual Abuse Prevention Opportunities: Parenting, Programs, and the Reduction of Risk. Child Maltreat. 2018;23(1):96-106.
13. Para P, Abuso P. All Children Deserve to be Safe, Strong & Free! Empowering Children to be Safe.

Dr Roberto GRUJIČIĆ, doktor medicine, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Dr Roberto GRUJICIC, MD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: roberto.grujicic@imh.org.rs

KOMUNIKACIJA UNUTAR SISTEMA

Jelena Radosavljev Kirćanski^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje

²Fakultet za medije i komunikaciju, Univezitet Singidunum

Apstrakt: Rad u zdravstvenom sistemu, a naročito sa psihijatrijskim pacijentima, spada u poslove sa većim stepenom stresa. Kako bi se pacijentima pružila što bolja usluga, a među zaposlenima smanjio nivo stresa, rad se odvija u timovima. Faktori koje utiču na zadovoljstvo zaposlenih su: vreme provedeno u direktnom radu sa klijentima, vreme provedeno na timskim sastancima, vrsta klijenata, dobra organizacija radnog dana uključujući i predviđene dnevne, nedeljne i godišnje pauze, mogućnost stručnog usavršavanja. Ključni faktor je komunikacija između članova tima, odnosi unutar tima i odnosi tima kao zasebnog entiteta ka drugim, spoljnim akterima. Ona se odvija na više nivoa – uzlazno, silazno i kolateralno. Poštovanje pravila komuniciranja omogućava nove, kreativne poglede na problem i na njegova rešenja.

Ključne reči: komunikacija, tim, sistemski pristup, zdravstveni sistem

Uvod

Rad sa ljudima, a naročito sa onima koji ispoljavaju teškoće u kognitivnom, emocionalnom ili socijalnom funkcionisanju, ume da bude veoma iscrpljujući. Studije pokazuju da posao psihijatar, psihologa, psihoterapeuta, socijalnih radnika, medicinskih sestara i tehničara, dakle svih stručnjaka zaposlenih na psihijatriji, spada među stresogenije poslove [1]. Kumulativni efekat suočavanja sa ljudskom patnjom dovodi do sagorevanja zaposlenih. Ipak, studenti i dalje biraju da se školuju za ova zanimanja, a zaposleni ostaju na svojim radnim mestima. Način da se ovi problemi ublaže je mogućnost deljenja sa drugima – timski rad.

Osnovni model rada u zdravstvenom sistemu je timski rad. Profesionalci različitih struka i primarnog obrazovanja zajednički nastoje da pomognu pacijentu. Tim predstavlja „grupu pojedinaca koji su međusobno zavisni u svojim zadacima, dele odgovornost za ishode, a koji sebe vide i koje drugi vide kao netaknuti društveni entitet ugrađen u jedan ili više većih društvenih sistema“ [2].

Kada razmišljamo o timu, izlazimo iz domena interpesonalnih odnosa „jedan na jedan“ i posmatramo tim kao entitet za sebe, kao sistem. Stoga ćemo u razumevanju funkcionisanja tima i načinu na koji njegovi članovi funkcionišu zajedno koristiti sistemski pristup.

Sistemski pristup u sagledavanju timskog rada

U sistemskom pristupu fokus se pomera sa komunikacije između pojedinaca na ceo entitet- tim. Moto sistemskog pristupa je da se celina razlikuje od zbira njenih delova, pa se tako i interakcije ne svode samo na pojedinačne, već se posmatraju sve relacije koje se javljaju između članova, između tima i ostatka (zdravstvenog) sistema i između zdravstvenog i drugih sistema sa kojima se ostvaruje saradnja.

Koncepti koji su značajni za razumevanje odnosa unutar tima su: celina, podsistemi, granice i hijerarhija. Celina se odnosi na ceo kolektiv ili na pojedinačne timove u okviru kolektiva. Podsystem je manja jedinica i može se odnositi na tim u okviru jedne organizacione jedinice (npr. Tim za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja je u okviru Klinike za decu i omladinu), ali i u okviru jednog tima mogu postojati podsistemi (npr. po profesijama: psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, medicinske sestre/tehničari... po godinama staža, godinama života...). Između pojedinaca i podistema postoje granice-pojedinica u odnosu na tim, profesija/manjih timova u okviru tima, granice ka spoljnim sistemima (prema pacijentima, drugim timovima, organizacijama sa kojima se sarađuje). Da bi svi oni mogli uspešno da funkcionišu i sinhronizuju se važno je da se uspostavi hijerarhija, koja može biti ustanovljena prema različitim kriterijumima: po profesijama (zdravstveni radnik – zdravstveni saradnik – medicinsko osoblje – nemedicinski radnici), po pozicijama (šefovi organizacionih jedinica, timovi u okviru jedinica), po stažu u ustanovi.

Komunikacija u timovima

Broj članova nekog tima igra važnu ulogu u njegovoj uspešnosti. Najefikasniji su oni timovi koji imaju najmanje četiri, a najviše dvanaest članova. Ukoliko je broj manji od četiri, korisnost tima je smanjena jer se smanjuje kreativnost, a povećava pritisak da se postigne konsenzus. Kada u timu ima više od dvanaest članova dolazi do čestih konfliktnih situacija, podeljenog mišljenja i mogućnosti stvaranja podgrupa.

U kontekstu timskog rada, komunikacija je sredstvo pomoću kojeg pojedinci prvo dizajniraju tim, a zatim međusobnim prenošenjem informacija ostvaruju postavljene ciljeve. U timovima se komunikacija odvija na više nivoa. Ona je uvek interpersonalna, jer se odvija između dve ili više osoba „licem u lice“ i tada pruža mogućnost trenutnog dobijanja povratnih informacija. Ali, s obzirom na broj ljudi, komunikacija je i grupna, u njoj učestvuje veći broj (3-15 ljudi), pa sem individualnih odnosa uzima u obzir i odnose između grupa i pojavu koalicija i alijansi.

Kad god je veći broj ljudi na istom zadatku, potrebno je postaviti hijerarhiju, i po pitanju raspodele poslova i po pitanju odgovornosti koju članovi imaju. U zavisnosti od hijerarijskog položaja osoba koje učestvuju u komunikaciji ona može biti: vertikalna, lateralna i neformalna [3].

- **Silazna vertikalna komunikacija** se odvija od rukovodioca ka zaposlenima. Na ovaj način se prenose informacije o novim politikama, uslugama, procedurama, opisu poslova, novim imenovanjima, budžetu. Za ovu vrstu komunikacije koriste se kratki timski sastanci, na kojima rukovodilac većem broju ljudi u isto vreme prenosi poruku, a zaposleni mogu direktno da postave pitanja.
- **Uzlazna komunikacija** se odvija u suprotnom smeru, od odozdo na gore. Zaposleni mogu da iznesu svoje probleme, da prodiskutuju o organizacionoj praksi i politici. Ovaj vid komunikacije je naročito značajan, jer omogućava rukovodiocima da čuju mišljenja zaposlenih koji su u direktnom radu sa pacijentima. „Rukovodioci su navikli da drugima govore, a ne da druge slušaju. Da bi se uspostavili dobri odnosi u radnoj grupi i lojalnost članova, mora se uspostaviti otvorena i ravnopravna komunikacija među svim njenim članovima“ [4].
- **Lateralna komunikacija** je najčešći način prenošenja informacija, kada protok ide kroz celu organizaciju, između ljudi na isti radnim zadacima. Uglavnom je tehničke prirode i odnosi se na konkretne zadatke. Ova vrste komunikacije podstiče kooperativnost grupe, retko će neki član biti izostavljen i svi će imati istu informaciju.

Savremene tehnologije nameću i nove vidove komunikacije, putem sms, e-mail, društvenih mreža (Viber, WatsApp...), kao i online sastanke. Osim što je potrebno da za njih imamo adekvatnu tehničku opremljenost, ovaj vid komunikacije zahteva i poznavanje specifičnih pravila koja važe online.

Digitalna komunikacija zahteva konciznost, sažetost i jasnoću, jer način na koji primalac „čita“ poruku nije uvek identičan onome što je pošiljaoc želeo. Naglašavanje pojedinih delova teksta upotrebom velikih slova, podebljavanjem ili senčenjem (boldiranjem) ili menjanjem fonta/upotrebom italika može da olakša, ali i da oteža razumevanje pomerajući fokus sa važnih na manje bitne aspekte. Ne postoji mogućnost da se emocija adekvatno prenese, niti da se direktno iskomuniciraju nejasnoće.

Faktori koji utiču na komunikaciju u grupi

Značaj komunikacije u organizaciji ogleda se u uticaju koji ona ostvaruju u sferama kontrole (posla, ali i ponašanja članova tima), motivacije, međuljudskih odnosa, informisanosti. Da li će komunikacija u grupi biti efikasna ili ne zavisi od većeg broja faktora [5]. Jedan od ključnih faktora je odnos pretpostavljenog prema zaposlenima. U ovoj hijerarhiji otvaraju se pitanja profesionalne i lične pozicije podređenog u odnosi na nadređenog, socijalnog pritiska i prestiža (npr. koga je šef pitao za mišljenje), a samim tim i količine i vrste informacija koje će svaki član tima dobiti. Informacije se razmenjuju formalnim kanalima komunikacije, ali često i neformalno, unutar manje grupe ljudi koja je po određenoj hijerarhiji pozicionirana u kolektivu.

Neki timovi su uspostavili dobru organizaciju i komunikaciju, posao obavljaju efikasno, pa se i njihovi članovi osećaju zadovoljnije. Još davne 1978. godine, navodeći faktore koji utiču na stres zaposlenih u zdravstvenom sistemu u oblasti mentalnog zdravlja, Pines i Maslach su ukazali na važnost komunikacije kao potencijalnog stresnog ili protektivnog faktora [6]. Neke od navedenih kategorija se odnose direktno na komunikaciju (sa korisnicima usluga/klijentima ili sa drugim zaposlenim u zdravstvenom sistemu/timu), neke na organizaciju posla, a neke na položaj zaposlenih zdravstvenih radnika u timu i organizaciji u kojoj rade.

1. *Broj korisnika.* Što je veći broj ljudi/pacijenata sa kojima se dolazi u kontakt, to je veći nivo stresa, jer zaspoleni imaju doživljaj „rasipanja“ energije.
2. *Populacija sa kojom se radi.* Što je veći broj „hronično problematičnih korisnika“ to je veći stepen profesionalnog sagorevanja.
3. *Frekvencija sastanaka osoblja.* Iako se ne odnosi direktno na kontakt sa klijentima, učestali sastanci sa drugim zaposlenim (koji iziskuju komuniciranje) takođe dovode do povećanja doživljaja stresa, a posredno do većeg otpora i prema korisnicima usluga.
4. *Vreme provedeno sa ostalim članovima osoblja osoblja.* Kao i prethodna kategorija, i ova se odnosi na dužinu komunikacije sa osobama koje nisu direktni klijenti/pacijenti. Što se više vremena provodi sa ostalim članovima osoblja bez direktne prakse – to više napetosti i apatije, što su preduslovi za sagorevanje.
5. *Vreme provedeno u direktnom kontaktu sa korisnicima.* Za razliku od dužine vremena provedenog na sastanku sa kolegama, vreme

provedeno u direktnom radu sa klijentima predstavlja protektivni faktor. Od ovoga je izuzetak rad sa problematičnim korisnicima, što je već ranije rečeno.

6. *Pauza*. Autori ukazuju na značaj mogućnosti da se profesionalci iz oblasti mentalnog zdravlja povremeno, ali redovno, „sklone“ sa svog posla, odnosno da na neko vreme obavljaju poslove koji nisu u direktnoj vezi sa svojom primarnom delatnošću.
7. *Godine staža*. Same godine provedene kontinuirano na istom ili sličnom radnom mestu omogućavaju sagorevanje.
8. *Radni raspored*. Predugačak radni dan korelira sa stresom i negativnim stavovima prema poslu.
9. *Raspodela posla*. Omogućavanje individualnog stila u institucionalnoj politici organizacije smanjuje sagorevanje.
10. *Vreme provedeno u administrativnim obavezama*. Sem ako to zaposlenom nije primarna profesija pokazuje se da preobimno bavljenje administrativnim obavezama opterećuje i negativno utiče na stav prema primaocima usluga.
11. *Formalna edukacija*. Osobe sa više formalne edukacije teško nalaze zadovoljstvo u poslu samom po sebi, već teže kontinuiranoj samoaktualizaciji.
12. *Rang*. Radnici koji se visoko rangiraju u jednoj instituciji i malo vremena provode u direktnoj praksi, stvaraju sve negativnije stavove prema praksi, tokom radnog staža.

Iako je ovo istraživanje sprovedeno pre više od 40 godina rezultati su i dalje aktuelni. Stoga je zanimljivo da se, naročito u vreme pandemije, kada se mnogi poslovi premeštaju u online zonu, ne obaziremo na savete koje iz ovog i sličnih istraživanja možemo da izvučemo. Mogućnost da se sastanku pristupi sa različitih mesta i momentalno (sa posla, od kuće, bez gubljenja vremena na odlaženje/dolaženje) stvara privid viška vremena koji zaposleni imaju i briše granicu između radnog i slobodnog vremena.

Specifičnost komunikacije unutar psihijatrijskog tima

U odnosu na druge timove, tim stručnjaka koji rade na psihijatriji ima svoje dodatne osobenosti. Ovde tim čini grupa zdravstvenih profesionalaca različitih struka koje zajednički nastoje da pomognu pacijentu i njegovoj porodici da prevladaju aktuelne teškoće i da unaprede kvalitet života. Prednosti ovakve organizacije rada je mogućnosti da se iskoriste različita znanja svih profesija, da se brže razmene informacije, rasporede zaduženja i odgovornosti čime se smanjuje mogućnost greške. Naravno, ovakva vrsta rada ima i veću finansijsku isplativost [7]. Svakodnevno zajedničko čitanje izveštaja o stanju pacijanata, zajedničke vizite i pravljenje dnevnih i nedeljnih planova, kao i razmena relevantnih informacija na dnevnom nivou omogućava svim

zaposlenim da budu u toku sa svim pitanjima bitnim za pacijenta. Svaki profil zdravstvenog radnika i saradnika ima definisano polje rada, ali se neretko aktivnosti koje sprovode preklapaju, pa je stoga neophodno da postoji kontinuirana razmena i dobra koordinacija. Zajedničko sagledavanje pacijenata omogućava da se problem, ali i rešenja sagledaju iz različitih uglova. Kao pridruženi članovi timu se priključuju i sami pacijenti i njihove porodice, koji iz svoje pozicije nude dodatne neophodne informacije.

Izazovi sa kojima se članovi tima uobičajeno susreću su: nedostatak podrške sistema, česte promene članova, nejasno definisani ciljevi ili zadaci i odgovornost pojedinaca u okviru tima, nejasan proces odlučivanja i nejasna odgovornost vođe tima, nespremnost za preuzimanje odgovornosti. Značaj timskog rada nije adekvatno prepoznat, što se vidi kroz nedovoljan broj usluga koje se prepoznaju i finansiraju od strane Fond za zdravstveno osiguranje. Tako na primer, timski sastanak stručnjaka koji se bave zaštitom dece od zlostavljanja i zanemarivanja ne postoji kao posebna usluga, iako u procesu dijagnostikovanja i pravljenja plana zaštite za dete uvek učestvuju različite struke, a gotovo uvek je potrebno kontaktirati i druge sisteme (socijalne zaštite, policiju, tužilaštvo). Timski rad profesionalaca koji rade u psihijatrijskim ustanovama dodatno je opterećen prirodom sadržaja sa kojima dolaze u kontakt (teški, često višeznačni i kompleksni sadržaji koje pacijenti iznose), ličnim neprorađenim iskustvima koja se pokreću, projektivnom identifikacijom, probijanjem granica od strane pacijenata. Da bi tim mogao da opstane i efikasno vrši svoju funkciju članovi treba da imaju sposobnosti i kompetencije za saradnju, za uspostavljanje dobrog komunikacijskog odnosa, spremnost za slušanje i uvažavanje mišljenja drugih članova tima.

Upravo je poslednja navedena komponenta-slušanje i uvažavanje, ključna za efikasno obavljanje posla, koje dovodi do zadovoljstva pacijenata i zaposlenih u psihijatrijskim službama. Dobra atmosfera u kolektivu, podržavajući odnosi među kolegama, mogućnost usavršavanja i aktivnosti koje su i van uskog opisa posla, kao i raznolikost svakodnevnih zadataka predstavljaju protektivne faktore koji smanjuju nivo stresa i povećavaju stepen zadovoljstva poslom [8].

Uvažavajući preporuke različitih istraživanja, za bolju timsku komunikaciju trebalo bi obezbediti zaposlenima prostor da otvoreno iznesu svoje stavove i mišljenja, redukovati poslove koji nisu u direktnoj vezi sa primarnim poslovima (rad sa pacijentima), a timske sastanke svesti na meru koja je neophodna, ali ne i opterećujuća. Takođe je važno definisati pitanja lične i kolektivne odgovornosti za postupke, kao i odgovornosti za donošenje odluka u skladu sa pozicijom na kojoj se zaposleni nalazi. Ova pitanja se mogu urediti opštim i posebnim politikama i internim aktima. Ali, najvažnije od svega je otvorenost i tolerantnost za mišljenja koja su drugačija, spremnost za komuniciranje, jer različitost često kreira originalna i efikasna rešenja.

COMMUNICATION WITHIN THE SYSTEM

Jelena Radosavljev Kircanski^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

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

Abstract: Working in the healthcare system, especially with psychiatric patients, is one of the jobs with a higher degree of stress. In order to provide patients with the best possible service and reduce the level of stress among employees, the work is organized in teams. Factors which affect employee satisfaction are: the amount of time spent in direct work with clients, time spent in team meetings, type of clients, good work organization, including daily, weekly and annual breaks and the possibility of professional development. The key factor is the communication between team members, the relationships within the team and the relationships of the team as a separate entity to other, external actors. Communication takes place on several levels – ascending, descending and collateral. Adherence to the rules of communication enables the new, creative views on the problem and its solutions.

Key words: *communication, team, system approach, healthcare system*

Literatura

1. Fischer J, Shailesh K, Hatcher S. What makes psychiatry such a stressful profession? A qualitative study. The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2007;417-21.
2. Cohen SG, Bailey DE. What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. Journal of management. 1997 Jun;23(3):239-90.
3. Rot, N. Psihologija grupa. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2006
4. Katz D, Kahn RL. The social psychology of organizations. New York: Wiley; 1978
5. Hirst G, Mann L. A model of R&D leadership and team communication: The relationship with project performance. R&d Management. 2004 Mar;34(2):147-60.
6. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. Psychiatric services. 1978 Apr;29(4):233-7.
7. Levi D, Slem C. Team work in research and development organizations: The characteristics of successful teams. International Journal of industrial ergonomics. 1995 Jul 1;16(1):29-42.
8. Grabovica M, Franić I. Multidisciplinarni rad i intersektorijska saradnja u Priručnik za obuku medicinskih sestara/tehničara u oblasti mentalnog zdravlja. Sarajevo; 2011

Jelena RADOSAVLJEV KIRĆANSKI, dr sci, profesor, specijalista medicinske psihologije, Institut za mentalno zdravlje, Fakultet za medije i komunikaciju, Univerzitet 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: jelena.radosavljev.kircanski@imh.org.rs

KOMUNIKACIJA MAJKA-BEBA: PREVENCIJA POREMEĆAJA U ODNOSU

Olivera Aleksić Hil¹, Marko Kalanj¹

¹Institut za mentalno zdravlje

Apstrakt: U radu razmatramo rane interakcije između majke i bebe, sa stanovišta psihodinamskih teorija i neurobioloških osnova za psihodinamske koncepte. Rani odnos sa majkom predstavlja prvo ogledalo, i kroz tačno prepoznavanje emotivnih signala bebe, majka obezbeđuje osnovu za izgradnju pravog selfa. Ukoliko majka ne odražava tačno emotivna stanja bebe, izostaju pozitivni odgovori koji bi služili kao organizatori iskustva deteta. Na nivou razvoja mozga, navedeni procesi oblikuju sazrevanje funkcija kao što su emocionalna regulacija, odgovor na stres, autobiografsko pamćenje, uz pomoć prefrontalnih regija koje integrišu navedene funkcije. Reparatorno ogledanje u terapijskom procesu daje priliku za rekonstrukciju negativnih iskustava.

Ključne reči: rane interakcije, attachment, ogledanje

Uvod

Attachment (afektivno vezivanje, privrženost) je primarna potreba svakog ljudskog bića. Javlja se još na samom rođenju, već prvim kontaktom sa majkom, a ostvaruje svoje aspekte kroz odnos sa roditeljima i iskustvima koja stičemo kroz sve druge odnose tokom života. Kada je ovaj odnos između potreba deteta i odgovora roditelja usklađen, kod deteta se formira siguran attachment, koji omogućuje detetu osećaj blagostanja i otpornosti na stres. U slučaju da ovaj odnos nije usklađen, formiraju se različiti oblici nesigurnog attachmenta [1].

Vinikot [2] je formulisao koncepte „dovoljno dobre majke“, „primarne materinske preokupacije“ i „dovoljno dobrog holding okruženja“. Dovoljno dobra majka je definisana kao takva da uvažava detetov tempo razvoja i pravilno dozira podršku i izazov na takav način da ne ugrozi dete, ali i da, kada za to dođe vreme, podrži njegov put ka autonomiji. Primarna materinska preokupacija se formira krajem trudnoće, da bi majka bila u stanju da sa detetom gradi takav odnos koji se rukovodi potrebama deteta, odlikuje je stavljanje deteta i njegovih potreba u centar majčinog subjektivnog sveta. Majka obezbeđuje dovoljno dobro (holding) okruženje ako u „malim dozama“ donosi svet detetu i empatijski anticipira i reaguje na detetove potrebe. Najvažnija uloga majke jeste da sa bebom ostvari takav odnos koji dozvoljava rađanje i razvoj selfa. Prema Vinikotu [2], odlike dovoljno dobrog materinstva, tj. holding sredine su toplina i sigurnost, briga, ogledanje (reagovanje na gestove i neintruzivno podržavanje – prihvatanje i validacija bebinih stanja), odsustvo osvetništva, postepeno odvajanje i nezavisno istraživanje i postavljanje jasnih i doslednih granica. Poseban značaj za razvoj selfa, prema Vinikotu, ima funkcija ogledanja u majčinom licu – „U individualnom emocionalnom razvoju preteča ogledala je majčino lice.“ [3].

Ogledanje

Ogledanje je ubikvitarni fenomen. Javlja se na ranom uzrastu kroz ogledanje deteta i majke, roditelja sa detetom da bi se kasnije ispoljavalo kroz vršnjačku grupu i društvo uopšte. U fokusu rada nam nisu društveni fenomeni ali zaključci se mogu primeniti i na tu vrstu dijada, trijada. Kada pogledamo u nečije lice (oči) možemo se osećati voljeno, prihvaćeno, omraženo, odbačeno ili shvaćeno. Čak i u odraslom dobu to moćno rano iskustvo dovodi nas iznova u kontakt sa dugotrajnim odjekom detinjstva, intenzitetom našeg prvog ogledala- ranog odnosa sa sopstvenom majkom. Šta beba prvo vidi ogledajući se u majčinim očima: majčinu ljubav tj. čarobnog sebe. Ovaj proces je važan za izgradnju bebinog selfa. Kada to nije usklađen ples sa strane mame i/ili bebe, beba u ogledalu (očima majke) ne vidi očaravajućeg sebe već prazninu, bezobjektnost, ne vidi ni razmenjujućeg drugog. Situacije u kojima je majka depresivna, nezainteresovana ili nije u stanju da tačno odražava emotivno stanje deteta, predstavljaju izostanak pozitivnih odgovora koji bi služili kao organizatori iskustva deteta, te se kao odgovor na to dete povlači. Međutim,

ukoliko je majka depresivna, nenasmejana ili je ne gleda, beba sebe može doživeti kao nevidljivu, odsutnu. Kad majka tačno prepoznaje emotivne signale bebe – kada je beba srećna, potvrđuje sa osmehom, kada je tužna ili ljuta, toleriše i može da misli o tome bez preuzimanja tih stanja na sebe, majka tako obezbeđuje osnovu za izgradnju pravog selfa. Kada je majka u stanju da sadrži ova stanja deteta bez iskrivljenja, otvara mu put da i ono samo može da „drži” razna svoja stanja. Kad majka usled svoje depresije, okrenutosti sebi ili nezainteresovanosti, ne odražava tačno emotivna stanja deteta, izostaju pozitivni odgovori koji bi služili kao organizatori iskustva deteta, i dete se povlači.

Ovaj proces ranog ogledanja opisan je i u radovima Kohuta koji se uglavnom bavio reparatornom terapijskom ulogom (boljeg) ogledala tj. self objekta koji omogućava razvoj empatije i izgradnje pravog umesto krhkog, vulnerabilnog, oklopnog lažnog selfa [3,4]. Mnoge bebe imaju iskustvo produženih perioda kada im nije uzvraćeno ono što daju. Gledaju i ne vide sebe. Dolazi do posledica – kreativni kapacitet deteta slabi, dete pronalazi alternativne načine da dobije povratnu informaciju od okruženja. Ako majčino lice ne služi da bi se dete ogledalo, ogledalo postaje predmet koji se gleda, ali ne istražuje. U tipičnom razvoju, npr. kada devojčica proučava svoj lik u ogledalu, ona potvrđuje sebi da je lik majke tu, da je vidi i da su one u skladnom međusobnom odnosu. Roditelj i dete zajedno stvaraju iluziju u kojoj veruju u obostranu savršenost. Takva iluzija jedinstvene, blažene, grandiozne izvrsnosti oba člana para neophodno je iskustvo u razvojnoj istoriji čvrstog i kohezivnog selfa. Majka koja odbija da deli sa detetom ovu iluziju, raskrinkava je i insistira na realnosti, i ukazujući mu na njegove slabosti, ruši self u izgradnji i seje seme budućem poremećaju selfa. Tokom tog perioda dete pokušava da spase savršenstvo primarnog narcizma, narušeno neizbežnim propustima u materinskoj nezi. Tokom optimalnog razvoja arhaična grandioznost i egzibicionizam grandioznog selfa postepeno se pripitomljavaju, i postaju deo integrisane odrasle ličnosti. Idealizovana roditeljska slika u optimalnom razvoju se introjektuje i postaje idealizovani superego, i ima važnu ulogu u zalaganju i ostvarivanju ideala. U slučaju postojanja ozbiljnih narcističkih razočaranja, ne dolazi do preobražaja ovih grandioznih konfiguracija. Roditeljima je često teško da prihvate dečja intezivna afektivna stanja radosti i bola, ranjivosti i stida, na osnovu čega dete zaključuje da je to što oseća loše, neprihvatljivo i da ih na neki način treba odbaciti, kao i da je ono samo loše, nepodnošljivo i nevoljeno. I Kohut i Winnicott naglašavaju važnost iskustva ranog i bar reparatornog ogledanja. [2,3],

Važnost ogledanja u majčinom licu je opservirana i eksperimentalno, u okviru tzv. „Still face” paradigme [5]. Osnovna postavka je da u eksperimentalnoj situaciji, majka i beba stupaju u interakciju licem u lice u trajanju od nekoliko minuta, nakon čega majka ima instrukciju da narednih nekoliko minuta prekine svu komunikaciju sa bebom i da održava nepomičan izraz lica.

Beba u početku reaguje pokušajima da privuče majčinu pažnju, tj. da nastavi interakciju, a kada to ne uspe, pokazuje negativne emocionalne reakcije i izbegavajuća ponašanja u odnosu na majku [6]. Ova specifična negativna reakcija na simuliranu nedostupnost kod majki je među najviše puta replikovanim nalazima u razvojnoj psihologiji, a eksperimentalna paradigma je adaptirana za ispitivanje različitih teorijskih modela i specifičnosti u odnosu na pol, kulturu ili prisustvo razvojnih poremećaja [7].

Neurobiološke osnove

Bolbi je u svojim radovima zastupao ideju da je attachment više od manifestovanog ponašanja, tj. da predstavlja evolutivni mehanizam zajednički ljudima i životinjama, te je smatrao da će se u daljim istraživanjima potvrditi i neurobiološke strukture na kojima počiva taj sistem [1]. Najistaknutiji istraživač koji je dalje tragao u tom pravcu je Alan Shore, koji naglašava važnost brzog rasta i strukturacije desnog orbitofrontalnog korteksa za razvoj osećanja selfa, kao i uticaja ranih iskustava na maturaciju kortikolimbickog sistema [8].

Emocionalna komunikacija sa majkom reguliše psihobiološku pobuđenost bebe, kao relevantni vizuelni, auditivni i taktilni stimulusi registruju se facijalna ekspresija, prozodija, gestovi, tj. neverbalne, afektivno obojene razmene, koje se procesiraju dominantno u desnoj hemisferi. Vizuelni input koji se obrađuje u desnoj hemisferi je od esencijalnog značaja za razvoj kapaciteta za efikasnu obradu facijalnih informacija [9]. Razmena navedenih stimulusa u okviru dijade majka – beba tako izaziva pozitivna afektivna stanja kod bebe, što je praćeno pojačanim lučenjem endogenih opijata, što dalje oblikuje razvoj prefrontalnog korteksa [10]. Ova zona prolazi značajnu promenu u maturaciji na uzrastu od oko deset do dvanaest meseci. Orbitofrontalne zone su povezane sa limbičkim sistemom i autonomnim nervnim sistemom, a ova veza je izraženija u desnoj hemisferi u odnosu na levu. Glavna funkcija ovako povezanog sistema je da obezbedi integraciju informacija o okruženju koje se obrađuju na kortikalnom nivou (kao što su auditivni i vizuelni stimulusi koje emituje objekat afektivnog vezivanja) sa proprioceptivnim informacijama koje se obrađuju subkortikalno. Prenos senzornih informacija u limbički sistem dalje dozvoljava da stimulacija iz sredine pokrene procese regulacije emocija [11]. Epizode sinhronizovanja afektivnih stanja između bebe i majke imaju funkciju regulacije preterane afektivne pobuđenosti bebe, dešavaju se tokom najranijih manifestacija igre, i proizvode sve veći nivo radosti u dijadi [8]. Kao krajnji rezultat, prefrontalni korteks može da generiše interaktivne reprezentacije, tj. neverbalni unutrašnji radni model interakcija bebe sa primarnom figurom afektivnog vezivanja koje maksimizuju pozitivan i minimizuju negativan afekat [11]. Rana iskustva formiraju detetov mozak i boje sva njegova ponašanja u formiranju kasnijih odnosa u životu. Analitičar zato, da bi spoznao klijentov narativ, osim verbalizacije značajno obraća pažnju na sva ona neverbalna ponašanja klijenta koja

prebojavaju celokupan utisak koji obeležava taj dugačak, zajednički put – „shared feeling voyage” [12].

Kako se ogledanje može primeniti u terapiji

U analizi, ali i u odnosima uopšte svaki od dvoje u odnos unosi želje, očekivanja, nadu za bezrezervnim prihvatanjem, strah od različitosti i nerazumevanja. Svako od dvoje traži tu magičnu rezonancu zajedničkog razumevanja. Ono što razlikuje sve druge odnose jeste reparirajuća analitička funkcija bazirana na ovim saznanjima. Postoji sličnost između bebinog ogledanja u majčinom licu i procesa psihoanalitičke psihoterapije, psihoanalize, gde se ne podrazumeva stvaranje brzih i mudrih interpretacija, već u većini slučajeva dugoročno vraćanje klijentu onoga što sam u terapiju unese, pri čemu klijent pronalazi sebe, sposoban je da postoji i da se oseća autentično. Kada gledam, ja sam viđen, dakle, postojim – sada mogu da dozvolim sebi da gledam i vidim. Da li bi onda psihoterapija bila sekantnija za one oštećene majčinim sveprisutnim i donekle konkretnim ne ogledanjem, već repetitivnim traganjem za istim, gubeći u tom bezdanu reči analitičara koje poniru kao i nada. Psihoanaliza pak daje veću mogućnost sanjarenja doticanja psihološkog holdinga bez konkretnog slepljivanja pogledom. Ogledanje je ovde drugačije, manje traumatično, kao na platnu gde je projektor naš um. U analizi fantazije i fantazmi su burniji ali nema provokativnog ogledanja već ostaju empatične reči onog drugog koji leči.

Sklupčana beba

Tako u psihoterapiji četrnaestogodišnje pacijentkinje čija je majka bovala od postpartalne depresije saznajemo o bolnim odnosima sa oštećenim drugim(a) u kojima onaj drugi uvek odlazi, povređuje, ne čuje, ne vidi njene potrebe njen plač, njenu teškoću da bude sama. Samoća je dovela do izgladnjivanja, čekajući ruku koja hrani. Svaki susret sa njom crpeo me je, bilo da govorim žmureći, šara pogledom ili fiksira, sedela bih kao hipnotisana kao da nije dopuštala ni sekund odsutnosti. Reči su imale malo značenja, a ona bi često uzdahnula sklupčavši se u fotelju i piljeći u mene. Činilo mi se da nije bitno o čemu pričam samo da sam tu, za nju. Uvek bi kasnila, mislila sam o teškoći da spozna „moje druge bebe”. Meseci su prolazili, činilo mi se bez pomaka. Često bih uhvatila sebe u strahu zbog njenog gladovanja u brizi koliko ću moći da čekam i pričam bez kašike u ruci, kao mama za svoje čedo. Slepljenost mi je ulivala teskobu, piljenje nelagodu, činilo mi se da ne idemo nikuda, a ona je dolazila, mislila sam, da je ljuljuškam kao bebu u kolenjima kojoj su reči samo umirujuća i monotona uspavanka. Bez obzira na sve to, izdržala sam da je „ne hranim na silu”, „da silom formiram značenja”, za koja ona još, očigledno, nije bila spremna. Promenu je unela ona kada je prvi put sela na kauč. Ta promena je i mene ohrabrila da joj ponudim analizu da koristi kauč. Pričale smo o okolnostima, bila je spremna i rada. Bez piljenja u mene mogla je slobodnije da

misli i fantazira, igra se rečima i čuje me iz pozadine. „Moja” beba je rasla... Bila sam ponosna na njenu hrabrost da se odvoji i otisne iz slepljenosti u novi, ne tako opasan svet u kome je mogla da bude svoja i sama ali i kreativna, mlada umetnica u usponu... Psihoanalitičarka Mery Ayres u svojoj knjizi o doprinosu odnosno štetnosti (ne) ogledanja u razvoju rane privrženosti tj.povezanosti sa detetovim osećanjima odbačenosti, krivice, srama, koje ne samo da oštećuju detetovu interakciju sa drugim već i onemogućavaju osobi da podnese samoću bez osećanja krhkosti [13].

Pipi

A. je buckasta četrnaestogodišnjakinja. Došla je na razgovor sa ocem koga nije bilo moguće slušati. Svaka njegova reč je bila ispravno – racionalno tačna, kompjuterski proverena i izvagana mišljenjem bar dva stručnjaka. A. je bila naizgled obična adolescentkinja koja je probijala granice. Međutim, njene reakcije na moja mišljenja bile su više nego čudne: smeškala mi se nelagodno, svaka moja interpretacija je za nju predstavljala otkrovenje, moja poduža priča kao da ju je uspavljivala, prenula bi se iz „dremeža” kada bih ja izgovorila „kao da je moj glas uspavljuje”, nasmejala bi mi se vragolasto. Za nju sam bila neko čudno biće, kao da do tad takve nije srela. Malo je govorila, reči su kapale polako, dok je mimika bila veoma izražajna. Otac mi je tiho i gotovo usput rekao, dok je izašla na tren, da je ostala bez majke, na uzrastu bebe, „da nikad ni u čemu nije oskudevala”, „ali da sad sa njom sad niko ne može da se izbori, ne prepoznaju je više”. Tada mi je osećaj postao jasniji, doživljaj čudnog prepoznavanja i majčinskog ogledanja, upijajućeg pogleda, potom detinje razdraganosti kad čuje majčin glas i vidi majčino lice koje je prati... Počela je da se menja: od robusne „kečerke” postajala je zanimljiva bucka zainteresovana za svet umetnosti, udaljavajući se se od vizure kockastog mašinka, zaplivala je radosno u svet mode i muzike, počela da fotografishe lica oko sebe. Uspevala je sa tačnošću analitičara da uhvati senku tuge, trzaj jedva prepoznatog ushićenja, dobro sakrivenu strepnju i odsjaj pritajene želje...Mogle smo otvorenije da razgovaramo o svim tim pojedinačnim, do sada skrupčanim osećanjima...odrastala je vođena senkom (ne)postojeće majke...

Beba Laza (opservacija bebe)

Otelotvorenje svih bebaćih stanja pojavio se jednog sunčanog dana u obližnjem parku. Njegove okice su očaravale sve koji bi ga ugledali. Mama je bila smorena naučnica, on je ležao u kolicima okrenut od mame ka deci, uvek je to činila. Laza je „pecao” poglede, treptao zavodljivo i pozivao na druženje. Nije bilo osobe koja mu ne bi dodelila makar osmeh. Sestra je skakutala okolo koristeći svaki trenutak da mu se unese u lice baš blizu, pipne ili uštine. Laza bi se samo trgao i nastavio bez promene izraza lica. To ga naizgled nije mnogo remetilo u traženju novih vidova vezivanja. Mrdao se u kolicima... Sestra bi ga potom izvukla iz kolica, vukla rukama kao krpenu lutku... majka bi zalepljena pogledom za laptop rešavala matematičke probleme. Laza kao da

se držao sleđenim, večno osmehnutim licem za nešto tamo daleko, izgledao je sve bespomoćnije jer pomoći nije bilo.

Umesto zaključka

Istraživanja neurorazvojnih procesa ukazuju na to da iskustva ranog vezivanja mogu oblikovati neuronske veze koje nastaju u mozgu koji se razvija, što omogućuje da se utiče na genetski programirani proces sazrevanja funkcija kao što su emocionalna regulacija, odgovor na stres, autobiografsko pamćenje, uz pomoć prefrontalnih regija koje sve ove pojedinačne procese integrišu u funkcionalnu celinu. Kada se pravilna diferencijacija udruži sa integracijom, mozak dostiže visoko adaptivan, fleksibilan i stabilan način funkcionisanja. Kada su integrativni delovi mozga, delovi neokorteksa uključujući prefrontalnu regiju integrisani sa limbičkim sistemom i nižim regijama, mozak u celini postiže visoko adaptivni nivo funkcionisanja, kada su procesi rasuđivanja, samorazumevanja, empatije i moralnosti postignuti („*high road*”). Ukoliko prefrontalna regija postane privremeno isključena, kao i njena integrativna funkcija u odnosu na limbički sistem i moždano stablo, mozak ulazi u tzv. „*low road*” oblik funkcionisanja, kada su procesi rasuđivanja, samospoznaje, empatije, moralnosti privremeno nedostupni [14]. Određena stanja (umor, glad, iscrpljenost) povećavaju šanse da um uđe u ovu fazu funkcionisanja. Nesigurna privrženost, nerazrešene traume i tugovanje, dovode do toga da se ova stanja lakše izazivaju, da se brže u njih ulazi, da se duže održavaju kada se jave, dovode do štetnijih ponašanja, da se teže iz njih izađe a i kada do toga dođe, da je proces reparacije odnosa sa detetom ređi. Iako rana iskustva oblikuju mozak sudbina depriviranog deteta sudbina ne mora biti „zapečaćena”. Ukoliko možemo (kroz psihoterapijski proces) da rekonstruišemo negativna iskustva, da razumemo kako su ta iskustva uticala na njihov život u celini, iako ovo nije prijatan proces, stvaraju se uslovi da ovi klijenti postanu otvoreni za nove mogućnosti, tzv. korektivna iskustva, da postanu autori sopstvene životne priče. Takođe, i roditelji mogu da nauče da prepoznaju svoja „*low road*” stanja. Važno je da razumemo da čak i roditelji koji imaju najbolje namere i vole svoju decu, mogu da imaju nerazrešene traume i gubitke koji mogu dovesti do ovakvih stanja. Ne samo kroz psihoterapijski, psihoanalitički rad sa klijentima već psihodinamski usmereno savetovanje sa roditeljima o ovim stanjima, oni mogu uvideti svoja nerazrešena stanja, a prethodno doživljeni sram i krivica mogu biti zamenjeni saosećanjem i samorazumevanjem, koji povećavaju šanse za reparaciju odnosa sa detetom. Kada roditelji imaju saosećanje i razumevanje za sebe same, uz razumevanje svojih ranih iskustava, tada mogu i da obezbede emocionalno senzitivnu, uzajamnu komunikaciju koja detetu treba da bi napredovalo.

MOTHER-BABY COMMUNICATION: PREVENTION OF DISORDERS IN THE RELATIONSHIP

Olivera Aleksić Hil¹, Marko Kalanj¹

¹Institute of Mental Health

Abstract: In this paper, we consider the early interactions between mother and baby, from the standpoint of psychodynamic theories and neurobiological foundations for psychodynamic concepts. An early relationship with the mother is the first mirror, and through accurate recognition of the baby's emotional signals, the mother provides the basis for building a true self. If the mother does not accurately reflect the baby's emotional state, there are no positive responses that would serve as organizers of the child's experience. At the level of brain development, these processes shape the maturation of functions such as emotional regulation, stress response, autobiographical memory, with the help of prefrontal regions that integrate these functions. Reparative mirroring in the therapeutic process provides an opportunity to reconstruct negative experiences.

Key words: *early interactions, attachment, mirroring*

Literatura

1. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. American journal of Orthopsychiatry. 1982 Oct;52(4):664.
2. Abram Jan. The language of Winnicott. Mother (190-216), and Primary Maternal Preoccupation (231-234). Karnack books.
3. Baker HS, Baker MN. Heinz Kohut's self psychology: An overview. American Journal of Psychiatry. 1987 Jan 1;144(1):1-9.
4. Kohut, H. (1971). The analysis of the self. New York: International
5. Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, and Brazelton TB. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. J. Am. Acad. Child Psychiatry 17, 1-13. doi: 10.1016/S0002-7138(09)62273-1
6. Tronick EZ& Weinberg MK. Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), Postpartum depression and child development (p. 54-81). Guilford Press. 1997.
7. Adamson LB, Frick JE. The still face: A history of a shared experimental paradigm. Infancy. 2003 Nov 1;4(4):451-73.
8. Schore AN. Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. Pediatrics in review. 2005 Jun 1;26(6):204-17.
9. Le Grand R, Mondloch CJ, Maurer D, Brent HP. Expert face processing requires visual input to the right hemisphere during infancy. Nature neuroscience. 2003 Oct;6(10):1108-12.
10. Swain JE, Mayes LC, Leckman JF. Endogenous and exogenous opiates modulate the development of parent-infant attachment. Behavioral and Brain Sciences. 2005 Jan 1;28(3):364-365.
11. Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. Attachment & human development. 2000 Apr 1;2(1):23-47.
12. Stern DN. The present moment in psychotherapy and everyday life (norton series on interpersonal neurobiology). WW Norton & Company, 2004.
13. Ayers MY. Mother-infant attachment and psychoanalysis: The eyes of shame. Routledge; 2014 Jun 11.
14. Yu CL, Chou TL. A dual route model of empathy: a neurobiological prospective. Frontiers in psychology. 2018 Nov 13;9:2212.

Prim. dr Olivera ALEKSIĆ HIL, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Primarius Olivera ALEKSIC HIL, MD, PhD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Mail: olivera.aleksic-hil@imh.org.rs

KULTUROLOŠKE SPECIFIČNOSTI KOMUNIKACIJE U RADU SA PACIJENTIMA

Nataša Ljubomirović¹², Jasmina Bogdanović¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd

²Visoka škola socijalnog rada, Beograd

Apstrakt: Komunikacija sa pacijentima koji i maju probleme u oblasti mentalnog zdravlja je od izuzetne važnosti za njihovo izlječenje i oporavak. Kultura igra značajnu ulogu u načinu oblikovanja vrednosti, uverenja i ponašanja povezanih sa zdravljem pacijenata i utiče na to kako pacijenti i zajednice pristupaju dijagnozi i lečenju mentalnih poremećaja, kao i na njihovo poverenje prema zdravstvenim radnicima i institucijama. Shodno tome, za optimalne medicinske ishode, neophodno je da lekari i medicinski radnici vode računa o kulturološkim specifičnostima svojih pacijenata i da u skladu sa tim postupaju. Da bi pružili najbolju negu, stručnjaci za mentalno zdravlje moraju da poznaju kulturno verovanje klijenta. U suprotnom, klijent se neće osećati potpuno shvaćenim. Mnogi transkulturalni psihijatri i psiholozi smatraju da je važno uključiti uverenja pacijenata o uzrocima njihovih poremećaja u planove lečenja. Bez obzira na bilo kakav lični skepticizam, i postmoderno priznanje valjanosti alternativnih okvira, objašnjenja u skladu sa kulturnim verovanjem pacijenta može biti od suštinske važnosti za terapijski napredak.

Ključne reči: kulturološke specifičnosti, klijent

Uvod

Kultura se može definisati kao sistem verovanja, vrednosti, pravila i običaja koje grupa ljudi deli i koristi za tumačenje iskustava i usmeravanje svog ponašanja. Kultura pomaže jednoj grupi ljudi da žive u zajednici, u istom geografskom okruženju, u određenom vremenskom periodu. Pripadnike iste kulture najčešće odlikuju zajedničko poreklo, jezik, tradicija, etnicitet, vera, telesne karakteristike i mnogi drugi elementi [1].

Kultura nije statičan, već višeslojan entitet i na njega se može uticati kroz više aspekata, uključujući nacionalna, regionalna, verska, rodna, klasna i pojedinačna pitanja. Shodno navedenom, kultura utiče na naše razumevanje zdravlja i bolesti, načine lečenja, stavove o preventivnoj i kurativnoj nezi, i stavove prema pružaocima usluga zdravstvenog sistema [2]. Usled povećanja faktora kao što su globalizacija i migracije, kulturna i etnička raznolikost širom sveta raste i povećava se kulturni diverzitet. Kulturni diverzitet (ili kulturni pluralizam) označava „*postojanje različitih kulturnih zajednica i grupa u okviru istog društva*” [1-9]. Kulturni diverzitet odlikuje društva u kojima postoje kulturne razlike, tj. različiti jezici, običaji, tradicije. Prema tome, lekari i zdravstveni saradnici koji rade u oblasti mentalnog zdravlja treba da nastoje da uvažavaju kulturne različitosti svojih pacijenata da budu dodatno senzibilisani za kulturološke razlike.

Šta je to što povezuje kulturu i mentalno zdravlje?

Zdravlje predstavlja kulturni koncept, jer kultura uokviruje i oblikuje način na koji doživljavamo svet i svoja iskustva. Zajedno sa drugim odrednicama zdravlja i bolesti, kultura pomaže u definisanju toga kako pacijenti, a i pružaoci zdravstvenih usluga gledaju na zdravlje i bolest. Mentalno zdravlje predstavlja koncept koji dodatno zavisi od kulture i skoro svaka kultura ima svoj pogled na mentalno zdravlje i lečenje mentalnih bolesti. Nacionalna alijansa za mentalne bolesti (NAMI) definiše kulturnu kompetenciju kao „ponašanje, stavove i veštine koje pružaocu zdravstvene zaštite omogućavaju efikasan rad sa različitim kulturnim grupama“ [3].

Pokazano je da kultura utiče na pristup profesionalaca i institucija ka pacijentima iz manjinskih grupa i značajno doprinosi razlikama u pristupu zdravstvenoj zaštiti za pacijente koji pripadaju drugačijim kulturama. Medicinski radnici i lekari često moraju da komuniciraju sa pacijentima iz različitih kultura, različitog porekla i jezika, te je važno da razumeju ulogu koju kultura igra u zaštiti mentalnog zdravlja i podstaknu lečenje kada je to najpotrebnije. Uverenja, vrednosti i ideje koje dolaze iz kulturnog konteksta mogu uticati na to da li će osobe potražiti pomoć ili ne, kakvu vrstu pomoći će potražiti i kakvu podršku će očekivati od profesionalaca u oblasti mentalnog zdravlja [4].

U nekim kulturama pacijenti nisu upoznati sa pojmom i mogućnošću zaraze, i umesto toga veruju u fatalizam i demone. Pacijenti iz ovakvih kultura uglavnom neće prihvatiti dijagnozu, niti lečenje jer veruju da oni ne mogu da

promene okolnosti. U mnogim kulturama npr. depresija predstavlja „zaposjedanje duhova”, a poseta psihijatru znači da je osoba „luda”. U ruralnom Avganistanu stanovnici veruju npr. u pojam „džina”, zlog duha koji hvata novorođenčad i odgovoran je za bolesti novorođenčadi slične tetanusu [5].

Kultura i mentalno zdravlje

Kroz literaturu se pojavljuje nekoliko načina na koje kultura može uticati na mentalno zdravlje.

- *Kulturna stigma.* Svaka kultura ima drugačiji pogled na mentalno zdravlje. Za mnoge postoji stigma oko mentalnog zdravlja, a izazovi u oblasti istog smatraju se slabošću i nečim što bi trebalo sakriti. U mnogim zemljama ljudi nerado razgovoraju o problemima mentalnog zdravlja i u otporu su da potraže lečenje. Pojedine kulture i ne priznaju mentalne bolesti, već pripisuju simptome verskim ili duhovnim uzrocima. Osobama koje imaju poteškoće u mentalnom zdravlju ovakav pristup može otežati otvoreni razgovor i traženje pomoći. Takođe, pojedincima je možda ugodnije da potraže pomoć od duhovnog vođe nego od stručnjaka za mentalno zdravlje [4].
- *Razumevanje simptoma.* Verska uverenja i prakse jedne kulture u drugoj kulturi se mogu smatrati psihijatrijskim simpotomima. Kultura može uticati na to kako ljudi opisuju i osećaju svoje simptome. To može uticati na to da li neko odluči da prepozna i govori samo o fizičkim simptomima, samo o emocionalnim ili o oba [4].
- *Podrška zajednice.* Kulturni faktori mogu odrediti koliko podršku neko dobija od porodice i zajednice kada je reč o mentalnom zdravlju. Zbog postojeće stigme, manjinama je ponekad prepušteno da same pronađu lečenje i podršku za mentalno zdravlje [4].
- *Porodica.* Postoje jasne razlike u ulogama koje porodice mogu igrati unutar različitih kultura. U mnogim kulturnim grupama proširena porodica je često veoma uključena u sve aspekte života pojedinca. Za one koji se bore sa mentalnim problemima, porodica može imati ključnu ulogu u podršci i obezbeđivanju sigurnog okruženja za oporavak. Sa druge strane, porodica može imati negativnu ulogu zbog stigme i diskriminacije bolesti koja postoji unutar porodice. Porodični faktori mogu ili zaštititi ili doprineti riziku od razvoja mentalne bolesti, kao i uticati na procese oporavka. Ako određene kulture povezuju porodičnu sramotu sa iskustvom mentalnih bolesti to može imati značajne efekte na proces traženja pomoći, kao i na poštovanje procesa tretmana. Nedostatak porodične podrške bi mogao osobu sa mentalnim problemima osuditi na formalne mreže socijalne podrške koji često u nerazvijenim zemljama mogu biti na niskom nivou [6].

- *Resursi.* Kada se osobe odvažaju da se uključe u tretman mentalnog zdravlja, važno im je da razgovaraju sa profesionalcem koji razume njihova specifična iskustva i nedoumice i senzibilisan je za drugo i drugačije. Pronalaženje resursa i opcija lečenja koji uzimaju u obzir specifične faktore i potrebe kulture ponekad može biti teško ili dugotrajno. Potrebno je imati na umu da kulturne vrednosti (verska uverenja) često mogu biti podrška protiv određenih psihijatrijskih problema kao što je suicid. Religiozna uverenja i vera deo su organizacije ličnosti i kada ih pacijenti koriste kao strategiju protiv patologije, mogu biti komplementarna u psihoterapiji [4].
- *Istorijski kontekst.* Ovo takođe može igrati značajnu ulogu u načinu kako i stručnjaci za mentalno zdravlje doživljavaju i rade sa svojim klijentima. Postavke u oblasti mentalnog zdravlja u mnogome zavise od stava šta je normalno, a šta nenormalno, te to može uticati na procenu, intervenciju, planiranje i evaluaciju procesa [2].

Odnos profesionalaca u odnosu na kulturološke specifičnosti

Obrasci traženja lečenja takođe se razlikuju u zavisnosti od kulture. Priпадnici etničkih manjina će verovatno u manjoj meri tražiti pomoć u poređenju sa većinskom zajednicom. Prema različitim istraživanjima, dostupnost usluga zdravstvene zaštite u oblasti mentalnog zdravlja za etničke manjine u Sjedinjenim Američkim Državama i dalje postoji. U poređenju sa belcima, manjine imaju 20 – 50% manje šanse da započnu lečenje i verovatnije je da će imati kraći psihijatrijski tretman. Manjine takođe imaju 80% manje šanse da dobiju negu zasnovanu na smernicama, i od 40% do 80% je verovatnije da će pre vremena prekinuti lečenje. Prema proceni istraživača ove nejednakosti opstaju zbog nedostatka medicinskog osiguranja i nedostatka usluga prilagođenih jeziku i kulturi. Psihijatri često nisu upoznati sa kulturološkim pogledima pacijenata oko iskazivanja simptoma, uzroka bolesti, oklevanja da uzimaju lekove i preferencija za lečenje [7]. Psihijatrijske intervencije psihijatara koji su upoznati sa kulturološkim kontekstom pacijenata dovode do povećanja učešća pacijenta tokom intervjua, bolje razmene informacija između psihijatra i pacijenta, boljeg međusobnog odnosa i ukupnog zadovoljstva pacijenta [4].

Da bi istražili prethodno pomenute kulturološke stavove pacijenata, stručnjaci za mentalno zdravlje u kulturi kreirali su *Pregled kulturnih specifičnosti (OCF)* koji se pojavljuje u DSM-IV. OCF procenjuje kulturu kroz četiri domena:

1. kulturni identitet pojedinca,
2. kulturna objašnjenja bolesti,
3. kulturni nivoi psihosocijalne podrške i funkcionisanja i
4. kulturni elementi odnosa pacijent-lekar.

Postoji i peti domen za informacije koje utiču na dijagnozu i lečenje. To je najčešće korišćena inicijativa kulturnih kompetencija u psihijatrijskoj obuci

i rutinski je ugrađena u međunarodne ambulante. Kasnije, za DSM-V grupa stručnjaka je revidirala je OCF u *Intervju za kulturnu specifičnosti* (CFI) radi uključivanja u revidirani priručnik [7].

Jako je važno uzeti u obzir jezik kojim govore lekar i pacijent. Osobe se najbolje izražavaju na svom maternjem jeziku. Čak i ako postoji znanje i fluentni govor na drugom jeziku, pozitivni ishodi lečenja su verovatniji ukoliko pronađete lekara koji govori na vašem jeziku. Kada pronađemo terapeuta ili psihijatra koji razume našu jedinstvenu kulturnu perspektivu, biće nam ugodnije da slobodno razgovoramo o svom problemu. Za vreme bombardovanja bivše Jugoslavije, mnoga deca sa područja bivše Jugoslavije su našla utočište u Velikoj Britaniji. Nisu poznavala jezik, i uglavnom su crtala odvojena od roditelja, nisu ništa ili su minimalno govorila. Tada je bilo potebno da se angažuju profesionalci iz bivše Jugoslavije koji rade i žive u Velikoj Britaniji, kako bi se deci traumatizovanoj ratom pomoglo.

U NHS hospital Notrhampton u Ujedinjenom Kraljevstvu, oformljene su grupe etničkih manjina, koje su vodili terapeut iz sredine UK i terapeut iz etničke manjine kojoj deca pripadaju.

Pored jezika za dobar terapijski savez, ishod tretmana i lečenja potrebno je poštovanje u odnosu na kulturološke specifičnosti koje klijent ima. Ako uzmemo u obzir da je neverbalna komunikacija 70% razgovora, poštovanje tih specifičnosti može imati primat u odnosu na verbalnu komunikaciju. U različitim kulturama poštovanje možemo iskazivati pozdravom na pacijentu blizak način, načinom sedenja da mu budemo bliži, i poštovanje običaja kao što je izuvanje cipela, sedenja na podu, neodbijanja ponuđene hrane, obedovanje za sofom. Potrebno je obratiti pažnju i na nemešanje polova prilikom grupnih razgovora, ili odbijanje nekih kultura da se žene mešaju sa muškarcima [8].

Primeri iz prakse

Kada govorimo o nerazumevanju drugog i drugačijeg kao i mogućnosti pogrešne dijagnoze, postoje značajni prikazi koji sugerišu da se verska uverenja i prakse, posebno tamo gde su kulturološki stranci, mogu smatrati psihijatrijskim simptomima [9]. Ne možemo da razmišljamo o mentalnom zdravlju, religiji i kulturi bez kratkog osvrta na uverenja kao što su „zaposedanje duhova” i „bacanja čini”. Da li su ovakva verovanja prevaziđena i primitivna objašnjenja mentalnih bolesti, a zapravo su raprostranjena u mnogim kulturama, uključujući i zapadnu kulturu?

Primer br. 1: Mlada Afroamerikanka je radila u domaćinstvu u SAD početkom prošlog veka, adaptacija na novu sredinu bila joj je teška. Posle izvesnog vremena dobila je intenzivne bolove u stomaku. Kako nije bila u mogućnosti da ode kod lekara svoje vere, otišla je kod zapadno indijskog travara. Biljni tretman koji je primenio travar bio je neuspešan, a i pojavile su se nus pojave. Ponašanje mlade Afroamerikanke postalo je neobično. Postala je veoma sigurna da je travar bacio čini i neprestano je čitala Bibliju kako bi čini otklonila. Njena sestra je nakon toga odvela u psihijatrijsku bolnicu, gde

je odbijala da jede i razgovara. Imala je ubeđenje da je hrana „nesveta” (nečista), kao i da su ljudi koji se brinu o njoj „nesveti”. Ustanovljeno joj je da pati od shizofrenije.

Uloga religije u sramoti, krivici i teskobi, glasovima, vizijama i posedom duha zahtevaju bliže ispitivanje u svetlu dokaza različitih kulturnih grupa. Klinički praktičari žele da bolje razumeju ulogu koju religijski faktori igraju u različitim kulturama u uticaju na mentalno zdravlje [10].

Primer br. 2: Saleh je rođen u Egiptu, u porodici muslimanske veroispovesti. U određenim godinama otišao je na studije u London, gde je nastavio da živi. Saleh je imao loš odnos sa rođakom Mohamedom, verujući da je Mohamed ljubomoran na njega. Mohamed se bavio magijom, iako je to bilo zabranjeno u islamu. Jednog dana, nakon svađe, Mohamed je opsovao Saleha, rekavši mu da će umreti. Saleh je prestao da jede i pije, postao je vrlo povučen i nije napuštao svoju sobu. Saleh je prinudno primljen u bolnicu, gde mu je uvedena infuzija i dijagnostikovana depresija. Salehu je rečeno da je njegovo verovanje u prokletstvo bila zabluda. Međutim, Salehovo stanje nije bilo bolje i postojala je velika zabrinutost za njegov život. Salehovi roditelji su se dosetili i pozvali „čoveka koji skida kletve”. Nakon toga, Saleh je počeo da jede i pije i njegovo raspoloženje se brzo popravilo. Otpušten je iz bolnice dva dana kasnije [11].

Smernice za kulturološko senzitivnu praksu

Procena čovekovih mentalnih problema, osećanja, uverenja i ponašanja u svrhu postavljanja psihijatrijske dijagnoze neizbežno je opterećeno kulturom jednog društva. Način na koji se sa ljudskim bićem postupa u psihijatrijskom tretmanu uglavnom je povezano sa vrednostima, verovanjima i načinom izražavanja emocija. Kako bi se izbegle greške u „nametanju dijagnostičke kategorije” izvedene iz jednog kulturnog konteksta, važno je da stručnjaci u oblasti mentalnog zdravlja imaju znanja o mentalnim problemima zastupljenim u drugim kulturama [6]. Shodno tome, stručnjaci mentalnog zdravlja moraju biti kulturno senzitivni. Kulturna senzitivnost predstavlja toleranciju, poštovanje ili osetljivost prema kulturnim normama i pravilima pripadnika drugih kultura [1].

Lekari, posebno psihijatri i zdravstveni saradnici u oblasti mentalnog zdravlja moraju imati znanja i veština, kao i puno razumevanja za kulture različite od sopstvene ili većinske kulture. Bez obzira na bilo kakav lični skepticizam, poštovanje i priznanje valjanosti alternativnih okvira lečenja može biti od suštinske važnosti za terapijski napredak. Prema tome, trebalo bi da se što češće praktikuje kulturno kompetetna praksa i pristup u oblasti mentalnog zdravlja. Kulturno kompetetna praksa je uvažavanje kulturnog konteksta osobe pri pružanju usluge [1]. Kulturno kompetetna praksa podrazumeva upotrebu znanja i razumevanja pacijentove pozicije, njegovo funkcionisanje u odgovarajućem kulturnom kontekstu, kao i intervencije i usluge koje pacijent smatra adekvatnim. Kroskulturalni pristup označava svesnost da je potrebno da se problemu pristupa iz ugla nekoliko različitih kultura. Mnogi transkulturalni psihijatri i psiholozi smatraju da je važno uključiti uverenja pacijenata o

uzrocima njihovih poremećaja, kao i u planove lečenja [12]. U suprotnom, pacijent se neće osećati potpuno shvaćenim. Kulturna kompetencija je nešto što se može i mora naučiti, jer kao referentnu tačku imamo samo svoju kulturnu pozadinu.

Da bi pružili optimalnu negu i pomoć, stručnjaci za mentalno zdravlje bi trebalo da:

- Razmotre kako njihova kulturna uverenja, vrednosti i ponašanja mogu uticati na interakciju sa pacijentima. Ukoliko sumnjaju da je na interakciju negativno uticala kulturna pristrasnost, trebalo bi da razmisle o mogućnosti da potraže pomoć.
- Poštuju, razumeju i rade sa različitim kulturološkim percepcijama efikasnog ili odgovarajućeg tretmana.
- Raspitaju se i zabeleže kako njihovi pacijenti preferiraju da dobijaju informacije o zdravstvenoj zaštiti i lečenju.
- Pažljivo slušaju svoje pacijente i potvrde da su razumeli njihove poruke.
- Obavezno uvažavaju kako pacijent razume svoje zdravlje ili bolest.
- Pregovaraju o planu lečenja na osnovu zajedničkog dogovora.

Kulturološke razlike utiču na različite aspekte mentalnog zdravlja, uključujući percepciju zdravlja i bolesti, stilove suočavanja, obrasce kojima se traži lečenje. Poznavanje različitih kultura, ili bar kulture osoba iz okruženja bi trebalo da pruži praktičarima mogućnost da dalje istražuju, i da dođu do jasnijeg uvažavanja problema.

Zaključak

Praksa i literatura sugerišu da bi zdravstveni radnici u oblasti mentalnog zdravlja trebalo da obrate pažnju na specifične pristupe mentalnom zdravlju, koji podrazumevaju kros-kulturalni pristup i komunikaciju. Ovakav pristup je neophodan kada lekari i zdravstveni saradnici imaju kontakt sa pacijentima iz drugih kultura. U susretu sa drugim kulturama neophodno je uvažavati njihove kulturne norme i pravila i uvrstiti ih u plan lečenja i izbor intervencija. Važno je napomenuti da pored toga što kulturološke razlike pokreću brojna značajna pitanja u pogledu rada u oblasti mentalnog zdravlja, one takođe pružaju brojne mogućnosti za rad na jedinstven i efikasan način ka pozitivnim ishodima.

CULTURAL SPECIFICS OF COMMUNICATION IN WORK WITH PATIENTS

Natasa Ljubomirovic^{1,2}, Jasmina Bogdanovic¹

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²College of Social Work, Belgrade, Serbia

Abstract: Communication with patients who have mental health problems is extremely important for their healing and recovery. Culture plays a significant role in shaping values, beliefs and behaviors related to patient health and influences how patients and communities approach the diagnosis and treatment of mental disorders, as well as their trust in health professionals and institutions. Accordingly, for optimal medical outcomes, it is essential that physicians and health care professionals take into account the cultural specificities of their patients in terms of health care and respond accordingly. To provide the best care, mental health professionals must know the client's cultural beliefs. Otherwise, the client will not feel fully understood. Many transcultural psychiatrists and psychologists believe that it is important to include patients' beliefs about the causes of their disorders in treatment plans. Notwithstanding any personal skepticism, and postmodern recognition of the validity of alternative frameworks, explanations consistent with the patient's cultural beliefs may be essential to therapeutic progress.

Key words: *cultural specifics, client*

Literatura

1. Žegarac N, Kišjuhas A & Koprivica I. Pojmovnik kulturno kompetentne prakse. Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu, 2016.
2. Gopalkrishnan N & Babacan H. Cultural diversity and mental health. *Australasian Psychiatry*. 2015;23(6_suppl);6-8. <https://doi.org/10.1177/1039856215609769>.
3. Fairfax, N. (2003). Cultural Competence A Key for Success. 1999.
4. Bennegadi R. Cultural Competence and Training in Mental Health Practice in Europe: Strategies to implement competence and empower practitioners, 2009:1-20. [http://www.migrant-health-europe.org/files/Mental Health Practice_Background Paper\(1\).pdf](http://www.migrant-health-europe.org/files/Mental%20Health%20Practice_Background%20Paper(1).pdf)
5. Loewenthal KM. Psychology of religion. In P. Clarke & P. Beyer (Eds.) *Encyclopedia of world religions* London: Routledge. pp 867-89, 2009.
6. Fernando S. Dsm-5 and the ‘psychosis risk syndrome.’ *Psychosis*, 2010;2(3):196-8. <https://doi.org/10.1080/17522431003770450>
7. Aggarwal NK, Glass A, Tirado A, Boiler M, Nicasio A, Alegría M, Wall M& Lewis-Fernández R. The development of the DSM-5 Cultural Formulation Interview-Fidelity Instrument (CFI-FI): a pilot study. *Journal of health care for the poor and underserved*, 2014;25(3):1397-417. <https://doi.org/10.1353/hpu.2014.0132>
8. Bulatao RA & Anderson NB. Understanding Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life: A Research Agenda, 2005.
9. Cook CCH, Powell A & Sims A. (Eds.) *Spirituality and psychiatry*. London: Royal College of Psychiatrists Press, 2009.
10. Loewenthal KM. Psychology of religion. In P. Clarke & P. Beyer (Eds.) *Encyclopedia of world religions* London, Routledge. pp.867-89, 2009.
11. Dein S. Psychogenic death: Individual effects of sorcery and taboo violation. *Mental Health, Religion & Culture*, 2003;6;195-202.
12. Coyle A & Lochner J. Religion, spirituality and therapeutic practice. *Psychologist*, 2011;24(4);264-6.

Doc. dr Nataša LJUBOMIROVIĆ, dr sci. psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Visoka škola socijalnog rada, Beograd, Srbija

Assoc. Prof. Natasa LJUBOMIROVIC, MD, PhD, psychiatrist, Assistant Professor, Institute of Mental Health; College of Social Work, Belgrade, Serbia

E-mail: natasa.ljubomirovic@imh.org.rs

UMETNOST KOMUNIKACIJE – KAKO SE SNAĆI U INTERPERSONALNIM RELACIJAMA

**Željka Košutić¹, Ana Munjiza^{1,2}, Dejan Todorović¹,
Marija Lero³, Marija Mitković Vončina^{1,2}**

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd

³Univerzitetski klinički centar Srbije, Beograd

Apstrakt: Čovek je društveno biće za čiji su optimalni rast i razvoj važni odgovarajući međuljudski odnosi, čiji kvalitet zavisi od komunikacijskih veština ličnosti. Jedan od korisnih i pozitivnih načina komunikacije je asertivni način komuniciranja u odnosu na pasivnu i agresivnu komunikaciju. Mnoge studije pokazale su da asertivnost povoljno utiče na samopouzdanje, interpersonalno funkcionisanje i smanjenje anksioznosti. Asertivnost podrazumeva korišćenje sopstvenih prava bez narušavanja prava drugih, odnosno izražavanje sopstvenih osećanja bez doživljaja značajne anksioznosti. Asertivni treninzi mogu predstavljati uvod u sve bitne aspekte asertivne komunikacije i prevazilaženje strahova vezanih za socijalne interakcije što doprinosi boljem funkcionisanju u socijalnim interakcijama, pa samim tim i boljem školskom i radnom funkcionisanju.

Ključne reči: *komunikacija, asertivnost, asertivni trening*

Komunikacija

Čovek je društveno biće čijem rastu i razvoju doprinose kvalitetni međuljudski odnosi, koji zavise od načina i veština komunikacije. Dobra komunikacija je socijalna veština koja povećava sposobnost prilagođavanja i bolju adaptaciju na životne okolnosti kroz adekvatnije savladavanje životnih situacija i izazova u svakodnevnom životnom funkcionisanju. Komunikacijom prenosimo informacije, ali ona obuhvata i način prenošenja informacija zavisno od mišljenja i stavova učesnika komunikacije. Složenost komunikacije se ogleda u različitim stilovima pa razlikujemo pasivnu, agresivnu, pasivno agresivnu i asertivnu komunikaciju [1].

Komunikacija i interpersonalne relacije u adolescenciji

Adolescencija, kao prelazni životni period između detinjstva i odraslog doba [2], predstavlja doba tokom kojeg mladi razvijaju znanje i socijalno-emocionalne veštine, i stiču osobine i sposobnosti važne za preuzimanje uloga odraslih i aktivan doprinos društvu [3]. Samim tim, ovaj period obeležen je brojnim poteškoćama i emocionalnim sukobima usled uspostavljanja sopstvenog identiteta [4], pri čemu jedan od centralnih razvojnih zadataka predstavlja formiranje interpersonalnih relacija [5]. Kao najvažnije područje formiranja interpersonalnih relacija smatra se transformacija odnosa sa roditeljima i vršnjacima [5]. Tokom adolescencije relacije roditelja i deteta prelaze iz vertikalnog odnosa u kojem roditelji imaju više znanja i moći od svoje dece u horizontalni odnos, sa ravnopravnijim, međusobno zavisnim i uzajamnim interakcijama. To može dovesti do konflikata i smanjenja bliskosti adolescenata i roditelja [6], što je bitno jer interpersonalna komunikacija između roditelja i dece predstavlja osnov za emocionalni razvoj deteta [7], i ima značajnu ulogu u razvoju osobina i ponašanja adolescenta [8]. Ukoliko je adekvatna, doprinosi učenju komunikacije sa drugima, pomaže da se protumači ponašanje drugih osoba i stvori sposobnost doživljavanja različitih emocija [7].

Kada je reč o vršnjačkim grupama, tokom adolescentnih godina one postaju sve važnije, jer sa porastom emocionalne zrelosti, relacije sa vršnjacima postaju ranjivije i emocionalno bliske. Ovako povećano oslanjanje na vršnjake predstavlja još jedan način na koji adolescenti pokazuju svoju rastuću nezavisnost. Prihvatanje vršnjačke grupe postaje izuzetno važno, što može dovesti do modifikacije ponašanja adolescenata, kao odgovor na pritisak vršnjaka [9]. Jedan od načina prevazilaženja negativnih aspekata ovog pritiska jeste upravo adekvatna odnosno asertivna komunikacija [7].

Asertivnost

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” [10]. Agresivno i pasivno ponašanja

možemo posmatrati kao dva pola komunikacionog kontinuuma [11], dok asertivnost podrazumeva korišćenje sopstvenih prava bez narušavanja prava drugih, odnosno izražavanje sopstvenih osećanja bez doživljaja značajne anksioznosti [12]. Asertivnost doprinosi prosperitetu [13] kod zdravih osoba i kod osoba sa nekim mentalnim poremećajem [14]. Takođe, doprinosi unapređenju kako emocionalnih, tako i profesionalnih odnosa [15].

Za uspešno uspostavljanje odnosa sa socijalnom sredinom potreban je aktivan i konstruktivan odnos prema njoj i dobro prilagođavanje na njene promene, odnosno efikasan proces socijalizacije. Pokazano je da je za to potreban adekvatan nivo ekscitacije regulatornih sistema CNS-a, dobra kontrola anksioznih, agresivnih i histeriformnih reakcija na frustracione i pseudofrustracione situacije, dobra ego formacija i odsustvo disocijativnih, regresivnih, infantilnih, narcističnih reakcija, kao i asocijalne i antisocijalne agresivnosti [16] što se može posmatrati kao odlika socijalne zrelosti. Kako je asertivno reagovanje povezano sa adaptiranim interpersonalnim funkcionisanjem, moglo bi se dovesti u vezu sa kvalitetom i stepenom zrelosti socijalizacije.

Na asertivnost utiču genetske predispozicije, ličnost i okolina, tako da možemo reći da predstavlja odraz kako samih crta ličnosti, tako i stečene socijalne sposobnosti, koja se vremenom može poboljšavati [7]. Jedan od osnovnih faktora koji doprinosi razvoju asertivnosti je porodica. Porodica predstavlja okruženje koje omogućava učenje socijalnih interakcija, utiče na celokupan fizički i mentalni sklop ličnosti [7,17], posebno u periodu adolescencije, koji predstavlja kritičan period i u razvoju asertivnosti [7]. Ovo bi se moglo objasniti teorijom učenja po modelu [18], gde skladan roditeljski odnos sa adekvatnom komunikacijom, pruža osnovu razvoja kod dece. Pokazano je da adolescenti koji imaju siguran tip vezivanja (atačmenta) sa roditeljima, presvashodno sa figurom oca, imaju bolje razvijene komunikacijske veštine u ophođenju sa vršnjacima kao i veći nivo samopoštovanja u odnosu na adolescente sa nesigurnim atačmentom [5]. Ovo je u skladu sa tim da je samopoštovanje bitan korelat asertivnosti [19], kao i sa tim da postoji pozitivna značajna veza između sigurnog atačmenta i asertivnosti [20].

Veći nivo asertivnosti, a samim tim i manji stepen agresivnosti, primećen je kod dece zaposlenih roditelja i roditelja sa većim akademskim učinkom što se može objasniti sposobnošću roditelja da na pravi način zadovolje socijalne, ekonomske i akademske potrebe svoje dece [21].

Takođe, asertivnost je, kao što je navedeno, povezana sa stepenom i kvalitetom socijalne zrelosti, čije je dostizanje kod adolescenata u direktnoj vezi sa kućnim okruženjem i relacijom sa roditeljima, pri čemu je važno da roditelje doživljavaju kao voljene i negujuće, a ne kao kontrolišuće, odnosno one koji ih lišavaju slobode [22].

Prisustvu asertivne komunikacije među vršnjacima, takođe doprinosi podstrek roditelja da deca komuniciraju na ovaj način, da bi eliminisali pritisak od strane vršnjaka [7].

Asertivnost je blisko povezana i sa strukturom ličnosti. Pokazano je da je asertivnost veća kod osoba sa izraženijom dimenzijom ekstroverzije [23] i manje izraženom dimenzijom neuroticizma [24]. U istraživanju na nekliničkom uzorku adolescenata sa naše teritorije, veća asertivnost bila je zastupljena kod mladih sa izraženijim dimenzijama ekstroverzije, prijetnosti, svesnosti, otvorenosti, a manje izraženom dimenzijom neuroticizma [25]. Do sada nisu rađena istraživanja koja povezuju uspešnost sticanja asertivnih veština sa crtama temperamenta i karaktera po Cloninger-ovom modelu ličnosti [26], što bi moglo biti od značaja za utvrđivanje psihobioloških predispozicija za sticanje asertivnih veština. Nivo socijalne zrelosti, iako predstavlja specifičnu karakteristiku ličnosti koja se odnosi na stečene obrasce socijalne (emocionalne i profesionalne) komunikacije, takođe nije ispitivana u kontekstu učenja asertivnosti.

Kada govorimo o asertivnosti u okviru psihijatrijskih poremećaja, ona je najpre proučavana u domenu anksioznih poremećaja. Istraživanja su ukazala na korist asertivnog treninga kada u pitanju socijalna fobija [27] jer smanjuje nivo anksioznosti kod osoba sa ovim poremećajem i poboljšava njihovu interpersonalnu efikasnost. Pored ovoga asertivni trening redukuje socijalnu anksioznost i u široj grupi pacijenata sa anksioznim i depresivnim poremećajima [26]. Pokazano je da niska asertivnost može imati prediktorski ulogu u razvoju anksioznih poremećaja u ženskoj populaciji [28]. Asertivnost je proučavana i u domenu depresivnog poremećaja, gde je pokazana pozitivna veza između depresivnog raspoloženja i neasertivnosti, posebno u izražavanju i samoprojekciji [29], što se može objasniti time da neadekvatna asertivnost dovodi do siromašnijih interpersonalnih relacija i otuđenja koji dalje vode u povlačenje i probleme u komunikaciji i nastanak depresije [30].

Istraživanja obavljena u opštoj populaciji adolescenata pokazala su povezanost određenih sociodemografskih varijabli sa nivoom asertivnosti, kao što su pol, starost, broj braće i sestara, red rođenja [13,25]. Godine starosti pozitivno su korelirale sa nivoom asertivnosti kod ispitanika [13], dok su negativni korelati asertivnosti broj braće odnosno sestara i kasniji red rođenja [25]. Međutim, podaci o sociodemografskim korelatima asertivnosti još uvek su nedovoljno dosledni i razlikuju se u različitim populacijama

Studije pokazuju da na stresnu situaciju, kao što je, na primer, držanje govora pred publikom, visoko asertivni pojedinci gledaju kao na izazov, dok oni sa niskom asertivnošću je posmatraju kao preteću [31]. To nam ukazuje da asertivnost utiče na samoeфикаsnost, kao i unutrašnju kontrolu pojedinca. Istraživanje koje je sprovedeno među nekliničkom populacijom adolescenata pokazalo je da je asertivnost posrednik između samoeфикаsnosti i rešavanja problema koji se tiču mentalnog zdravlja [30]. Visoko asertivni pojedinci imaju manje zdravstvenih problema i manju incidenciju bolesti [30]. Asertivnost se odnosi i na samopouzdanje. Pojedinci sa niskim samopouzdanjem su zarobljeni negativnim mislima i osećanjima prema sebi i drugima što dovodi do neasertivnog ponašanja. Stoga pozitivan stav prema sebi i drugima predstavlja dobru

podlogu za asertivnu komunikaciju [13, 30], pa ne čudi što se asertivnost kod nas prevodi i kao samopouzdanje izražavanje [11].

Asertivna komunikacija je veština koja može da se usavršava pomoću asertivnog treninga, čime se doprinosi rešavanju problema u interpersonalnim relacijama.

Asertivni trening

Prvi važniji nalazi o razvoju asertivnog treninga dolaze od Joseph-a Wolpe-a i Arnolda Lazarusa [32]. Oni su utvrdili razliku između asertivnosti i agresivnosti i upotrebili tehnike igranja uloga kao deo terapijske procedure.

Daljem razvitku doprineli su autori Lange i Jakubovski [32], koji asertivnost definišu kao „slobodno izražavanje misli, osećanja i uverenja na direktan, iskren i socijalno adekvatan način uz uvažavanje prava drugih ljudi“. Oni napominju da asertivno ponašanje nije manipulativno, ne znači uspeh po svaku cenu, već je cilj asertivnosti izražajnost komunikacije i ostvarivanje zdravih interpersonalnih odnosa. Zbog toga predlažu upotrebu termina „odgovorna asertivnost“.

Danas, asertivni trening je prepoznat kao vrlo korisno sredstvo za usvajanje veština koje doprinose boljoj samoeфикаsnosti osobe, jačanju njenih prava, mogućnosti da bira i da se izrazi i da ojača interpersonalnu relaciju sa drugim osobama [11,14]. Trening je našao primenu u širokom dijapazonu programa, kako preventivnim psihološkim, školskim, edukativnim, namenjenim specifičnim grupama, itd. [11].

Kada je u pitanju struktura treninga asertivnosti, ona bi trebalo da uključi četiri osnovne terapijske procedure:

- 1) učenje o razlikama između asertivnosti i agresivnosti, i 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 [15,33].

Ova terapijska procedura bila je osnov i u našem radu sa adolescentima i mladim odraslim pacijentima u okviru Specijalističko konsultativnog odeljenja Dnevne bolnice za adolescente, jednom nedeljno u trajanju od sat vremena, u uslovima srednje grupe.

Studije koje su proučavale ефикаsnost asertivnih treninga pokazale su da on ima itekako koristan terapijski ефекат. U grupi punoletnih, dobrovoljno prijavljenih građana, primećeno je da osobe nakon završenih treninga u značajno manjoj meri ispoljavaju teškoće pri traženju usluge od druge osobe, zatim pri odbijanju neopravdanog zahteva, iskazivanju nesaglasnosti sa drugom osobom kao i konverzaciji i izražavanju ličnog mišljenja. Ispitanici su bili spremniji da daju i prihvate pohvalu kao i da upućuju i primaju kritiku, čak i onda kada je to podrazumevalo suprostavljanje sagovorniku [11].

Pojam asertivnosti kod adolescenata i u populaciji psihijatrijskih pacijenata ispitivan je u više istraživanja [34], u kojima su korišćeni različiti oblici asertivnog treninga. Značaj asertivnog treninga ispitivan je u populaciji pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti [35], gde se radilo o kratkim individualnim sesijama. Ovo istraživanje je pokazalo da kratkotrajne sesije u frekvenciji od dva puta nedeljno, primenjene tokom jedne do četiri godine, dovode do značajne redukcije samopovređivanja kod ovih pacijenata.

Istraživanja su pokazala da je grupni pristup asertivnom treningu efikasniji u odnosu na individualni [32]. U okviru grupnog treninga, učesnici lakše usvajaju principe asertivnog treninga jer mogu vežbati sa ostalim članovima grupe. Pored povišenja asertivnosti, primećena je i redukcija socijalne anksioznosti u grupi pacijenata sa poremećajima iz anksiozno-depresivnog spektra [26,36].

Specifičnosti asertivnog treninga kod mladih

Uzimajući u obzir značaj adolescencije, asertivni trening kod mladih predstavlja mogućnost sticanja veštine koja će im omogućiti da se zalažu za svoja prava bez stidljivosti, agresivnosti i kršenja prava drugih [37,38]. Asertivni trening koji omogućava izražavanje vlastite ličnosti na socijalno prihvatljiv način smatra se posebno pogodnim na početku adolescencije [39].

Studija učinka asertivnog treninga kod adolescenata je pokazala da on doprinosi podizanju nivoa asertivnosti kod ispitanika [37,40,41] i boljem razumevanju asertivnosti kod drugih [37]. Objašnjava se time da mladi na treningu kroz pozitivnu atmosferu, igranje uloga, modeliranje, neposredne povratne informacije, scenarija, debate, domaće zadatke, koji za cilj imaju pohvale i ohrabrenja [42] dostižu odgovarajući nivo samoanalize i mogućnost da asertivnu komunikaciju primene i praktično u svakodnevnom životu [37]. Takođe, primećen je i porast samopouzdanja kod adolescenata [37,43], smanjen nivo stresa [37,41,43] psihološko blagostanje [37], bolja akademska postignuća [37,43] kao i smanjen nivo vršnjačkog nasilja [38].

Asertivni trening se uspešno koristi i za razvijanje socijalnih veština u opštoj populaciji adolescenata [44], za modifikaciju agresivnog ponašanja adolescenata [45] i prevenciju korišćenja alkohola, duvana i droga [46]. Posredstvom asertivnog treninga poboljšava se prosocijalno ponašanje adolescenata za različitim tegobama, kao što su mentalna retardacija, oštećenja vida [47], depresija i anksioznost [41,48].

Kaže se da sudbina jedne nacije leži u učionici pa kada govorimo o mladima koji žele da dostignu određeni akademski i profesionalni status jedna od suštinskih sposobnosti je i odgovarajuća akademska asertivnost [37]. Ona se odnosi na uspešnost u ispunjavanju kratkoročnih ili dugoročnih ciljeva u obrazovanju. Poboljšanje asertivnosti u akademskom okruženju odnosi se na učenje boljeg upravljanja u različitim relevantnim interakcijama, situacijama i aktivnostima u visokom obrazovanju. Stoga treba promovisati asertivne nastavne

metode koji će se baviti kulturnim, socijalnim, ekonomski, političkim i verskim izvorima asertivnosti [37].

Grupni asertivni treninzi kod mladih stvaraju atmosferu u kojoj vlada prihvatanje, ohrabrenje i sigurnost za eksperimentisanje i primenu novih ponašanja. Ako uzmemo u obzir da vršnjaci snažno utiču na ponašanje mladih, onda usvajanje asertivnog ponašanja od strane grupe vršnjaka može uticati i na pojedince da im se prilagode i da pokušaju novo ponašanje po uzoru na njih [42,49].

Tehnike kontrole besa i impulsivnog ponašanja

Asertivnost možemo posmatrati u okviru komunikacijskog kontinuuma kao „zlatnu sredinu“ koja se nalazi između dva ekstrema – pasivnog i agresivnog ponašanja [11]. Pasivno ponašanje se odlikuje teškoćama u izražavanju pozitivnih emocija u odnosu na druge ljude, izražavanju nezadovoljstva, traženju saveta ili informacija, dok agresivno ponašanje odlikuje koncentrisanost na sebe i svoje potrebe, ne vodeći računa o pravima i privilegijama drugih ljudi [11].

Period odrastanja kao i savremen način života susreću se sa evidentno povećanom incidencijom agresivnog ponašanja, pre svega kod dece i adolescenata [50]. Bes odnosno ljutnja predstavlja jednu od bazičnih emocija, i na komunikacijskom nivou predstavlja zahtev za promenom ponašanja druge osobe, situacije i sebe, pri čemu kada iskoči iz konstruktivnog okvira dovodi do agresivnog ponašanja [51].

Tehnike kontrole besa kod adolescenata se zasnivaju na kontroli emocionalnog i impulsivnog reagovanja, kao i na izražavanju besa na racionalan i asertivan način, podučavanjem veštinama kontrole uzbuđenja i kognitivnim strategijama osmišljenim da promovišu sposobnost samokontrole. Kada osoba savlada spektar veština, počće da oseća veće zadovoljstvo zbog uspešnog rešavanja konflikata u komunikaciji, koja doprinosi njenoj efikasnosti i samim tim nastaviti da koristi ovaj način komunikacije [52].

Tehnike kontrole besa i impulsivnog ponašanja podrazumevaju psihoedukaciju o interakciji između kognitivnih, fizioloških i bihevioralnih komponenti besa koji osoba oseća, adaptivnim i maladaptivnim funkcijama njihove ljutnje, situacijama koje predstavljaju okidač za bes, mogućnosti izbora kako će reagovati na provokaciju i odgovornosti za odabranu opciju, kao i o značaju adekvatnog ispoljavanja osećanja besa [52], jer zdrava komunikacija podrazumeva samo asertivnu komunikaciju.

Zaključak

Asertivni treninzi, širom sveta, imaju sve veći značaj zbog mnogostruke koristi i 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 u socijalnim interakcijama, školskom i radnom funkcionisanju jer asertivnost predstavlja veštinu koja se može naučiti i uvežbati [36,53].

THE ART OF COMMUNICATION – HOW TO DEAL WITH INTERPERSONAL RELATIONS

**Zeljka Kosutic¹, Ana Munjiza^{1,2}, Dejan Todorovic¹,
Marija Lero³, Marija Mitkovic Voncina^{1,2}**

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

³University Clinical Centre of Serbia, Belgrade

Abstract: Humans, as social beings, need adequate interpersonal relationships for optimal development. The quality of these relationships depends on personal communication skills. Assertive communication represents a more functional and positive communication form, comparing to passive and aggressive forms. A number of studies have shown that assertiveness positively affects self-confidence, interpersonal functioning and anxiety reduction. Assertiveness refers to using one's own rights without breaking the rights of others, i. e. expressing one's own feelings without experiencing significant anxiety. Assertiveness training represents an introduction to all important aspects of assertive communication and overcoming the fears related to social interactions, contributing to better functioning in social contacts and therefore better functioning at school or workplace.

Key words: *communication, assertiveness, assertiveness training*

Literatura

1. Markov ZM. Asertivnost – stil dobre komunikacije, veština efikasnog zauzimanja za sebe i razvijanja kvalitetnih odnosa sa drugim ljudima. *Opšta medicina*. 2018;24(1-2):51-60.
2. Curis AC. Defining adolescence. *Journal of Adolescent and Family Health*. 2015; 7:2.
3. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. Geneva: World Health Organisation; 2020.
4. Canbaz S, Terzi O. The prevalence of suicidal ideation in adolescents and associated risk factors: An example from Turkey. *Adv Ther*. 2018;35(6):839-46.
5. Sadovnikova T. Self-esteem and interpersonal relations in adolescence. *Procedia – Social and behavioral sciences*. 2016;233:440-4.
6. Branje S. Development of parent-adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*. 2018;12(3):171-6.
7. Nakhaee S, Vagharseyyedin S A, Afkar E, Salmani Mood M. The Relationship of Family Communication Pattern with Adolescents' Assertiveness, *Mod Care J*. 2017; 14(4):e66696.
8. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc. Dev*. 2007;16(2):361-88.
9. Brown BB & Larson J. Peer relationships in adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology*, 3rd edition New York: Wiley; 2009. p. 74-103.
10. Galassi MD, Galassi JP. *Assert yourself: How to be your own person*. New York: Human Sciences Press; 1977.
11. Tovilović S. Asertivni trening: efekti tretmana, održivost promena i udeo terapeuta u terapijskom ishodu. *Psihologija*. 2005;38(1):35-54.
12. Alberti RE, Emmons ML. *Your perfect right: A guide to assertive living*. 6th ed. San Luis Obispo, CA: Impact Publishers; 1990.
13. Eskin M. Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. *Scand J Psychol*. 2003;44(1):7-12.
14. Alberti RE, Emmons ML. *Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships*. 8th ed. Atascadero, CA: Impact Publishers, 2001.
15. Zdravković J. *Veština vladanja sobom*. Niš: Zograf; 2004.
16. Momirović K, Hošek A, Džamonja Z, Džamonja Ignjatović T. *Baterija testova socijalizacije: priručnik*. Beograd: Nacionalna služba za zapošljavanje; 2004.
17. Farahati M, Fathi-Ashtiani A, Moradi A. Relationship between family communication patterns and locus of control and self-esteem in adolescents. *Int J Behav Sci*. 2011;5(3):279-85.

18. Bandura A. Social Learning Theory. New York: General Learning Press; 1977.
19. Todorović J. Porodični činioci stabilnosti samopoštovanja adolescenata. Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja. 2005;37(1):88-106.
20. Seddigh AF, Najaryan Z. The relationship among attachment styles & assertiveness among university students. Frooyesh. 2016;4(4):35-48.
21. Mofrad SHK, Mehrabi T. The role of self-efficacy and assertiveness in aggression among high-school students in Isfahan. Journal of Medicine and Life. 2015;8(4):225-31.
22. Madhuri H, Choudhary P. Social maturity of adolescents in relation to their home environment. International Journal of Humanities and Social Science Invention. 2016;5(5):37-42.
23. Eysenck HJ. The structure of human personality. London: Methuen, 1970.
24. Eysenck HJ, Eysenck BG. Manual for the Eysenck personality inventory. San Diego: Educational and Industrial Testing Service, 1968.
25. Tripathi N, Nongmaithem S, Mitkovic M, Ristic L, Zdravkovic J. Assertiveness and Personality: Cross-Cultural Differences in Indian and Serbian Male Students. Psychol Stud. 2010; 55(4):330-38.
26. Lin YR, Wu MH, Yang CI, Chen TH, Hsu CC, Chang YC, Tzeng WC, Chou YH, Chou KR. Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. J ClinNurs. 2008;17(21):2875-83.
27. Ito LM, Roso MC, Tiwari S, Kendall PC, Asbahr FR. Cognitive-behavioral therapy in social phobia. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(2):96-101.
28. Calkins AW, Otto MW, Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Hearon BA, Harlow BL. 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.
29. Chan, D. W. Components of assertiveness: Their relationships with assertive rights and depressed mood among Chinese college students in Hong Kong. Behavior Research and therapy. 1993;31(5),529-38.
30. Parto M. Problem solving, self-efficacy, and mental health in adolescents: Assessing the mediating role of assertiveness. Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2011;30:644-8.
31. Nezu, A. M. Problem solving and behavior-therapy revisited. Behavior Therapy. 2004;35:1-33.
32. Lange A, Jakubowski P. Responsible assertive behavior: cognitive/behavioral procedures for trainers. Champaign: Research Press; 1976.
33. Tovilović S. Evluacija grupnog treninga asertivnosti. Magistrski rad. Novi Sad; 2004.

34. Živančević D, Dukanac V, Jahović S, Stojković J, Marjanović A. Aserktivnost - izazov ili potreba u adolescenciji. U Čurčić V. Destruktivnost i autodestruktivnost mladih. Beograd: IP Žarko Albulj; 2010. p. 228-30.
35. Hayakawa M. How repeated 15-minute assertiveness training sessions reduce wrist cutting in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychother.* 2009;63(1):41-51.
36. Košutić Ž, Dukanac V, Bradić Z, Mitković M, Mandić-Maravić V, Pejić M, Mitić M, Peulić A, Raković I, Lečić-Toševski D. Aserktivnost kod adolescenata sa anksioznim poremećajima – povezanost sa dimenzijama ličnosti, socijalnom zrelošću i sociodemografskim karakteristikama. *Psihijatrija danas.* 2012;44(1):47-59.
37. Parray WM, Kumar S. Impact of assertiveness training on the level of assertiveness, self-esteem, stress, psychological well-being and academic achievement of adolescents. *Indian Journal of Health and Well-being.* 2017;8(12):1476-80.
38. Avsar F, Alkaya SA. The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness level. *Journal of Pediatric Nursing.* 2017;36:186-90.
39. Wise K, Bundy AK, Bundy AE, Wise AL. Social Skills Training for Young Adolescents. 1991;26(101):233-41.
40. Rotheram MJ, Armstrong M. Assertiveness training with high school students. *Adolescence.* 1980;15(58):267.
41. Eslami AA, Rabiei L, Afzali SM et al. The effectiveness of assertiveness training on the levels of stress, anxiety, and depression of high school students. *Iran Red Crescent Med J.* 2016;18(1):e21096.
42. Cecen-Erogul AR, Zengel M. The effectiveness of an assertiveness training programme on adolescents assertiveness level. *Elementary Education Online.* 2009;8(2):485-92.
43. Parray WM, Kumar S, David BE, Khare S. Assertiveness predicts self-esteem, academic achievement, and stress: a study of Kashmiri adolescents. *Humanities & Social Sciences Reviews.* 2020;8(1):707-15.
44. Howing PT, Wodarski JS, Kurtz JS, Gaudin J. The empirical base for the implementation of social skills training with maltreated children. *Social Work.* 1990;35(5):460-7.
45. Huey WC, Rank RC. Effects of counselor and peer-led group assertive training on black adolescent aggression. *Journal of Counseling Psychology.* 1984;31:95-8.
46. Metz EE, Fuemmeler FF, Brown RT. Implementation and Assessment of an Empirically Validated Intervention Program to Prevent Tobacco Use Among African-American MiddleSchool Youth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings.* 2006;13(3):229-38.

47. Young-il, K. The effects of assertiveness training on enhancing the social skills of adolescents with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 2003;5:285-97.
48. Fuspita H, Susanti H, Putri DE. The influence of assertiveness training on depression level of high school in Bengkulu, Indonesia. *Enferm Clin*. 2018;28(1):300-3.
49. Gazda GM. *Group counseling: A developmental approach* (4th Ed.). 1989. Boston: Allyn & Bacon.
50. Kušević Z, Melša M. Agresivnost kod djece i adolescenata. *Socijalna psihijatrija*. 2017;45(2):105-16.
51. Williams R. Anger as a basic emotion and its role in personality building and pathological growth: the neuroscientific, developmental and clinical perspectives. *Front Psychol*. 2017;8:1950.
52. LeCroy CW. *Handbook of Child and Adolescent Treatment Manuals*. Simon and Schuster. 1994.

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

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

E-mail: zeljka.kosutic@gmail.com

ANALIZA TRANSAKCIJA IZMEĐU RODITELJA I ADOLESCENATA U KOMUNIKACIJSKOM MODELU EGO STANJA

Jovana Maslak

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Transakciona analiza (TA) je teorija ličnosti i sistematska psihoterapija čiji je cilj lični razvoj i promena. Kao teorija ličnosti, transakciona analiza nam daje sliku o tome kako su ljudi psihološki struktuirani koristeći tročlani model, poznat kao model ego stanja. Kroz ovaj model možemo sagledati kakve odnose i komunikaciju pojedinac ima s drugim ljudima, takođe možemo razumeti kako neka osoba tretira samu sebe, odnosno kako se odvija unutrašnja komunikacija. U psihoterapijskom radu, individualno i sa porodicom primenjujemo integrativni pristup, koristeći Geštalt tehnike. Kroz *tehniku prazne stolice* adolescent se usmerava na doživljaj unutrašnjeg konflikta i njegovo osvešćivanje. Primenom ove tehnike ego stanja ulaze u dijalog u kojem se stvara kontakt između polariteta i razjašnjava se kako su te suprotnosti međusobno povezane. Posledično, dolazi do prihvatanja delova i integrisanja istih u ličnost. Ovu tehniku primenjujemo u cilju ekster-nalizacije i prorade unutrašnjeg konflikta, i posledično boljeg razumevanja komunikacije između roditelja i adolescenata. TA grupno savetovanje ima za cilj prepoznavanje, razumevanje i osvešćivanje manifestnog ponašanja kao i pronalaženje najboljeg rešenja u cilju redukcije dis-funkcionalnih ponašajnih obrazaca.

Ključne reči: transakciona analiza, ego stanja, komunikacija, tehnika prazne stolice

Porodica je komunikaciona mreža u kojoj roditelji i deca međusobno komuniciraju u dvosmernom procesu. U ovoj zajednici obe strane mogu izvršiti ogromne uticaje jedna na drugu. Poslednjih decenija psiholozi naglašavaju važnost odnosa deteta i negovatelja kao osnov za dalji dečiji emocionalni i kognitivni razvoj [1]. Bern je smatrao da je komunikacija razmena poruka, pa je prema tome transakciju definisao kao jedinicu komunikacije, odnosno kao jedinicu socijalne akcije. U tom smislu se komunikacija dve osobe može predstaviti kao serija njihovih međusobnih transakcija [2].

Prema transakcionoj analizi (TA), uloga okolinskih faktora i interpersonalne komunikacije je od primarne važnosti za ponašajne obrasce individue. Analiza međusobne povezanosti, u svom najčistijem obliku, pomaže nam u razumevanju složenih, zbunjujućih i uznemirujućih misli i osećanja. Na taj način, sa jasnijim uvidima o svojim slabostima i snagama, osoba usvaja zdrava i konstruktivna ponašanja, što kasnije omogućava analitičko sagledavanje i rešavanje problema u životnim krizama [3].

Adolescencija je biološki uslovljena prelazna faza koja premošćuje formativne godine detinjstva i nadolazeće godine zrelosti. Njena povećana složenost u odnosu na detinjstvo delimično proizilazi iz činjenice da ona uključuje sva tri ego stanja, zahtevajući od njih da se integrišu u koherentnu celinu [4]. Levin zaključuje da je potrebno da adolescent ažurira svoje stare obrasce i formira objedinjavajuću „opnu“ oko tri glavna ego stanja formirana u detinjstvu (5).

Bern opisuje period adolescencije kao „probu ili audiciju pre nego što predstava počne“ [2]. Taher i Džejkobs opisuju adolescenciju kao vreme novih osećanja, senzacija i ponašanja kao „stadijum eskalacije“, kad roditelji više ne uspevaju da se nose s ambivalentnim ponašanjima svog tinejdžera. Stoga „detetova provokativnost, promene raspoloženja i tajnovitost isključuju roditelje. Raste otuđenost, obična komunikacija prolazi kroz neverbalne poruke da adolescent više nije željen, da roditelji žele da ga se reše“ [6,7].

Leisha Douglas u svom radu o suicidalnosti kod adolescenata daje primer šesnaestogodišnjakinje koja navodi: „Kao da mi otac sada ne veruje ukoliko ne činim sve kako on misli da treba i ako ne želim da budem gubitnik kao on“. U ovom konkretnom slučaju, adolescentkinja reaguje i na očev prezaštitnički stav i na njegovu neuspehu borbu da se individualizuje i postane finansijski odgovoran prema svojoj porodici. On je u prošlosti često napuštao poslove usled međuljudskih konflikata sa šefovima i drugim zaposlenim. Njen pokušaj samoubistva odražava dubinu njenog antagonizma zbog prisile da se ukalupi u očev model. Terapija je uključivala individualan rad sa ocem i kćerkom, kao i porodične seanse u kojima je otac priznao svoje lične strahove prema članovima porodice, namesto skrivanja svog straha zbog kćerke [6,8].

Kroz faze adolescentnog razvoja, agresivno ponašanje se može ispoljavati na različite načine. Na primer, odbacivanje od strane roditelja može intenzivirati agresivnost kod adolescenata, pogotovo ukoliko se to ponavlja od ranog detinjstva. Odbacivanje od strane roditelja može podstaći negativne

ponašajne obrasce adolescenata koje povezujemo sa osećajem nelagode, burnim emocionalnim reakcijama, sumnjičavosti prema „neprijateljskom okruženju” [9]. Dakle, prihvatajući i negujući roditelji u ranom adolescentnom uzrastu redukuju doživljaj neprijatnosti, nesigurnosti, ugroženosti i sumnjičavosti adolescenata prema drugim pojedincima, kao i prema okruženju [10]. Erik Bern je dao sledeću definiciju ego stanja: Ego stanje je „Stanje uma i s njim povezani obrasci ponašanja” [11]. Različita ponašanja, misli i osećanja individue potiču iz različitih delova njegove ličnosti [12]. Transakcioni analitičari veruju da ljudi mogu delovati kroz ego stanja „Roditelj”, „Odrasli” i „Dete”. Ovi modusi formiraju bihevioralnu strukturu pojedinca [13]. „Ego nije unitarni fenomen, više podseća na držav.... Normalna ličnost funkcioniše poput države koja ima i „nacionalnu” vladu i pododeljke (poput država i gradova) koji imaju različit stepen lokalne autonomije. Ove „ego države („delovi individue”) odvojene su jedna od druge granicama koje su više ili manje „permeabilne” [14]. Funkcionalni model ego stanja opisuje ponašajne obrasce svakog ego stanja [15]. Ta ponašanja su predstavljena kao „deskriptivni aspekti” ego stanja Roditelja i Deteta, tj. Kritikujućeg Roditelja (predrasude, kritičnost), Negujućeg (Prirodnog) Roditelja, Adaptiranog Deteta i Prirodnog (Slobodnog) Deteta [16]. Kritikujući Roditelj se manifestuje kroz naizgled proizvoljne iracionalne stavove ili kriterijume koji mogu biti kulturološki sintoni ili distoni. Negujući Roditelj se može manifestovati kroz saosećanje sa drugom osobom, što takođe može biti kulturološki sintono ili distono. Adaptirano Dete se manifestuje kroz ponašanje koje je u osnovi pod dominacijom Roditeljskog uticaja, poput saradljivosti ili povlačenja. Slobodno Dete se ispoljavaju kroz autonomne oblike ponašanja kao što su buntovnost ili samozadovoljstvo. Razlikuje se od autonomnog Odraslog po usponu arhaičnih mentalnih procesa i različitog sagledavanja stvarnosti. Ponašajne obrasce u vidu rešavanje problema povezujemo sa ego stanjem Odraslog, te ego stanje Odraslog često nazivamo „računarom” [16]. Prema Bernu (1964), ego stanja Roditelj, Odrasli i Dete koegzistiraju unutar ličnosti.

U psihoterapijskom radu, individualno i u radu sa porodicom primenjujemo integrativni pristup, koristeći Geštalt tehnike. Kroz *tehniku prazne stolice* adolescent se usmerava na doživljaj unutrašnjeg konflikta i njegovo osvešćivanje [17]. Najistaknutiji polaritet u Gestalt psihoterapiji je podela ličnosti na *Top dog* i *Under dog* koji označava intrapsihički konflikt u kojem je osoba podeljena na deo koji kontroliše i onaj koji je kontrolisan te je terapija često usmerena na „rat” između njih [18]. *Top dog* je autoritativan deo ličnosti koji naređuje, zahteva, kontroliše, zastupa moralna načela, komentariše ponašanje, osećanja i život osobe na vrlo kritičan, odbacujući i neuvažavajući način. To je glas koji često sadrži introjekte, odnosno tuđa uverenja, koja su pasivno preuzeti iz okoline bez njihove asimilacije i zbog toga se može nazvati „Negativni Kritikujući Roditelj” [18,19]. S druge strane *Under dog* je deo ličnosti koji se brani, pasivan je, potlačen, nemoćan te se vrlo često ponaša kao unutrašnji saboter [20]. *Under dog* takođe manipuliše ulaženjem u ulogu

„Žrtve” i „Buntovnog Deteta“ [18]. Primenom ove tehnike ego stanja ulaze u dijalog u kojem se stvara kontakt između polariteta i razjašnjava se kako su te suprotnosti međusobno povezane. Posledično, dolazi do prihvatanja delova i integrisanja istih u ličnost [20].

Ovu tehniku primenjujemo u cilju eksternalizacije i prorade unutrašnjeg konflikta, i posledično boljeg razumevanja komunikacije između roditelja i adolescenata. TA grupno savetovanje ima za cilj prepoznavanje, razumevanje i osveščivanje manifestnog ponašanja kao i pronalaženje najboljeg rešenja u cilju redukcije disfunkcionalnih ponašajnih obrazaca [9].

ANALYSIS OF TRANSACTIONS BETWEEN PARENTS AND ADOLESCENTS IN THE COMMUNICATION MODEL OF THE EGO STATE

Jovana Maslak

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Transactional analysis (TA) is a theory of personality and systematic psychotherapy whose goal is personal development and change. As a theory of personality, transactional analysis gives us a picture of how people are psychologically structured using a three-member model, known as the ego state model. Also, through this model we can see what kind of relationships and communication an individual has with other people, we can also understand how a person treats themselves, or how internal communication takes place. In psychotherapeutic work, working individually or with the family we apply an integrative approach, using Gestalt techniques. Through the empty chair technique, the adolescent focuses on the experience of internal conflict and its complete awareness. Using this technique, ego states enter into a dialogue in which contact is created between the polarities and it is clarified how these opposites are interconnected. As a result, parts are accepted and integrated into the person. We apply this technique in order to externalize and trigger internal conflict, and consequently creating a better understanding of communication between parents and adolescents. TA group counseling goal is to recognize, understand and raise awareness of manifest behavior as well as finding the best solution to reduce dysfunctional behavioral patterns.

Key words: *transactional analysis, ego states, communication, empty chair technique*

Literatura

1. Chan SK, Zhang D, Bögels SM, Chan CS, Lai KY, Lo HH et al. Effects of a mindfulness-based intervention (MYmind) for children with ADHD and their parents: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*. 2018; 8(11): e022514.
2. Berne E. *What do you say after you say hello?* New York: Grove Press. 1972.
3. Berne E. *Transactional analysis in psychotherapy*. NY: Grove Press. 1961;
4. Giedd JN. The teen brain: Insights from neuroimaging. *Journal of Adolescent Health*, 2008;42;335-43.
5. Levin P. *The cycle of life: Creating smooth passages in every life season*. Ukiah, CA: Author. 2007.
6. Hendin H. *Suicide in America*. New York: Norton. 1982.
7. Douglas L. Is Adolescent Suicide a Third Degree Game and Who is the Real Victim? *Transactional Analysis Journal*. 1986;16:3,165-9.
8. Jacobs J. *Adolescent suicide*. Irvington, NY: Irvington Publishers. 1978.
9. Netrawati F, Syamsu Y, Nandang R. Solving adolescent verbal aggressions through transactional analysis counseling approach. *Journal of education and practice*. Vol.7 (18) 2016.
10. Harahap P. *Sistem Motif Agresi Pada Remaja; Studi Mengenai Pembentukan Motif Remaja Toba ditempat Asaa dan di Jakarta Sebagai Implikasi Pengaruh Adat Dalam Praktek Pengasuhan Anak*. Tesis Univeritas Padjadjaran. Bandung. 1987.
11. Temple S. Celebrating functional fluency and its contribution to transactional analysis theory. *Transactional Analysis Journal*. 2015;45(1):10-23.
12. Tangolo AE, Massi A. A contemporary perspective on transactional analysis group therapy. *Transactional Analysis Journal*. 2018;48(3):209-2.
13. Van Rijn B, Wild C. Comparison of transactional analysis group and individual psychotherapy in the treatment of depression and anxiety: Routine outcomes evaluation in community clinics. *Transactional Analysis Journal*. 2016;46(1):63-74.
14. Elhelbawey M. *Ego State and Purpose in Life Japanese Adolescents*; Ph. D. Psychology Department, Faculty of Art Benha University. 2015.
15. Joines V. Differentiating structural and functional. *Transactional Analysis Journal*, 1976;6(4).
16. Trautmann RL, Erskine RG. *Ego State Analysis: A Comparative View*. *Transactional Analysis Journal*. 2017;28:178-5.
17. Greenberg LS. Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54(1):4-9.
18. Corey G. *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Jastrebarsko. Naklada Slap. 2004.

19. Mann D. Gestalt Therapy: 100 Key Points and Techniques. Hove: Routledge. 2010.
20. Radinov T. Geštalt terapija. Jastrebarsko: Naklada Slap. 2013.

Dr Jovana MASLAK, doktor medicine, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Dr Jovana MASLAK, MD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: jovana.maslak@imh.org.rs

KONFLIKTNA KOMUNIKACIJA SA RODITELJIMA I DEPRESIJA U POSTADOLESCENCIJI: EMOCIONALNA REGULACIJA KAO POSREDNIK

Marija Mitković Vončina^{1,2}, Željka Košutić,
Ivana Raković Dobroslavić¹, Mina Đurić¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd

Apstrakt: Uvod: Dinamične razvojne promene u psihosocijalnoj, neurobiološkoj i telesnoj sferi događaju se i u postadolescentnom periodu, koji se u savremeno doba označava kao odraslo doba u nastajanju (eng. emerging adulthood). Mladi u ovom periodu posebno su vulnerabilni prema razvoju depresije, a uloga konflikata sa roditeljima i emocionalne regulacije (kognitivnog promišljanja kao adaptivne, i supresije ekspresije kao maladaptivne strategije) još nije dovoljno rasvetljena. Cilj ovog istraživanja bio je da se ispita povezanost konfliktnog odnosa sa roditeljima i depresije, kao i uloga emocionalne regulacije u ovoj povezanosti. **Metod:** Istraživanje je uključilo 168 postadolescenata oba pola (18-23 godine), i to 86 mladih sa depresivnim poremećajem koji su na psihijatrijskom tretmanu, i 82 mlade osobe iz opšte populacije. Anamnestičkim putem i opštim upitnikom dobijeni su socio-demografski podaci, podaci o psihijatrijskoj porodičnoj anamnezi, kao i o postojanju perzistentnog konfliktnog odnosa sa roditeljima. Ispitanici su popunili i Bekov inventar depresivnosti (*Beck Depression Inventory* – BDI), kao i Upitnik o emocionalnoj regulaciji (*Emotion Regulation Questionnaire* – ERQ). **Rezultati:** Konfliktna komunikacija sa roditeljima bila je značajan faktor rizika za postojanje dijagnoze depresivnog poremećaja, a delimični medijator ove veze bilo je slabije kognitivno promišljanje (uz kontrolu pola, starosti, i psihijatrijske porodične anamneze). Konfliktna komunikacija sa roditeljima bila je, takođe, značajan faktor rizika za veću težinu depresivnih simptoma, uz značajan medijatorski efekat slabog kognitivnog promišljanja (i uz kontrolu pola, starosti, psihijatrijske porodične anamneze, i postojanja dijagnoze depresivnog poremećaja). **Zaključak:** Konfliktna komunikacija sa roditeljima nastavlja da ima svoj značaj za depresiju i u postadolescentnom periodu, uz posrednički efekat deficitarne emocionalne regulacije. Dobijeni nalazi mogu doprineti usmerenju za dalje istraživanje ove teme, kao i za preventivni i terapijski rad sa mladima.

Cljučne reči: postadolescencija, adolescencija, konflikt, roditelji, depresija, emocionalna regulacija

Uvod

Postadolescentni razvoj

Dugo se smatralo da je završetak razvojnog doba povezan sa sticanjem punoletstva ili finalom dostizanja telesne visine odnosno telesnog razvoja. Međutim, po savremenom shvatanju, definicija adolescentnog razvoja se širi, i prepoznaje se jedan poseban period postadolescentnih razvojnih dešavanja koji prethodi ulasku u pravo odraslo doba. Da li se samo radi o socijalnoj tranziciji ka odraslim ulogama što je očekivano, posebno u razvijenim društvima današnjice u kojima mnogi mladi nastavljaju da se posle 18. godine školuju i oslanjaju na nuklearne porodice? Ili je ovo period dubljeg multidimenzionalnog razvoja? Istraživanja otkrivaju čitav univerzum razvojnih promena [1] u dobu koje autori definišu kao proširenu adolescenciju, postadolescenciju ili „odraslo doba u nastajanju“ (eng. „*emerging adulthood*“), i označava period od 18 do 25, pa čak i do 29-30 godine života [2,3].

Pokazano je da se u ovom periodu nastavlja proces započet u ranijim razvojnim fazama, i to kako u psihosocijalnoj sferi, tako i na nivou neurobiologije, pa i telesnog razvoja. Ličnost doživljava dinamične promene u cilju ispunjavanja zadataka započetih u adolescenciji vezanih za razvoj autonomije i identiteta. Socijalne uloge su u tranziciji ka ulogama koje obezbeđuju dva važna zadatka, a to su održanje života (odnosno sticanje egzistencijalne nezavisnosti) i održanje vrste (odnosno biosocijalne veštine važne za reprodukciju i socijalizacija orijentisana ka porodici). Slično značaju stimulacije u najmlađim razvojnim periodima, i ovde je sredinsko iskustvo od velikog značaja, u svojoj međuigri sa procesima maturacije [1,2,4].

Ovakav psihosocijalni razvoj praćen je i bogatim biološkim razvojem mozga i tela. Događaju se značajne razvojne promene u fronto-limbičkom regionu mozga, povećava se funkcionalna konektivnost, mijelinizacija i gustina aksona. Veća je brzina procesiranja neuralnih informacija, i osnažuje sistem adaptivnog ponašanja orijentisanog ka budućnosti. Naime, dok su u adolescenciji na jedinku jače delovale nagrade i kazne koje su neposredne, u postadolescenciji se povećava relevantnost i emocionalna anticipacija i onih nagrada i kazni koje su odložene – odnosno sposobnost da se izdrži, zarad značajnog cilja [1,4].

Kada je u pitanju telesno sazrevanje, iako je završen razvoj sekundarnih polnih karakteristika i dominantno dostignuta finalna telesna masa, telo u ovom razdoblju kompletira svoj rast i kompoziciju, dešavaju se promene relativne mase masnog tkiva, kao i promene totalnog sadržaja minerala i povećanje gustine kostiju [1].

Depresija u postadolescentnom periodu

Doba postadolescentnog razvoja je, dakle, prozor za promene, odnosno doba šanse, ali i doba specifične vulnerabilnosti. Zanimljivo je kako ovo doba najvećeg fizičkog zdravlja istovremeno predstavlja i doba izraženog rizika po

mentalno zdravlje [5]. Nacionalno istraživanje u SAD među starijima od 18 godina u 2017. godini, pokazuje da je upravo najveća prevalenca velike depresivne epizode u grupi od 18-25 godina (13.1%) [6], dok suicid, prema podacima Svetske zdravstvene organizacije (SZO) predstavlja drugi vodeći uzrok smrti u grupi mladih od 15-29 godina starosti [7].

Posledice depresije u ovom dobu su značajne. Samo jedna depresivna epizoda nosi specifične sekundarne rizike u pogledu daljeg razvoja. Povezana je sa kasnijim problemima u braku i roditeljstvu, seksualnim disfunkcijama, bolestima zavisnosti, disfunkcionalnošću u daljem obrazovanju i karijeri, i sl. [5].

Istraživanja pokazuju da je disfunkcionalni tok razvoja autonomije u postadolescenciji blisko povezan sa razvojem depresije, uz probleme samopouzdanja i nesigurne obrasce vezivanja kao mehanizme ove povezanosti [8].

Odnos sa roditeljima u postadolescentnom periodu

Maturacija se nikada ne događa u vakuumu, ona je u odnosu bliske zavisnosti sa sredinskim stimulusima [1]. Kao i mladi iz ranijih razvojnih faza, i postadolescenti grade svoju ličnost u okviru porodičnog konteksta. Ovo produženje zavisnosti u postadolescenciji zapravo je unikatno za Homo Sapiens-a i ima evolutivni značaj. Evolutivna perspektiva govori da u ovom periodu mlada osoba ima priliku da uvežbava odrasle uloge vezane za samostalni život i reprodukciju dok je još pod zaštitom roditelja, a pre nego što je i sama postala roditelj [1].

Kada je u pitanju odnos roditelj-dete, do srednje adolescencije događa se buntovničko udaljavanje i redukcija doživljaja topline, da bi se ovaj doživljaj topline postepeno pojačavao kako se adolescent bliži tranziciji ka odraslom dobu. U postadolescenciji, adolescentne turbulencije još uvek su sveže, konflikti u odnosu i komunikaciji između mlade osobe i roditelja ne gase se u potpunosti i često se karakterišu ambivalencijom kod roditelja i kod mlade osobe [9]. Ambivalencija potiče od toga što se roditelj, s jedne strane, oseća još uvek odgovornim za mladu osobu, a s druge strane, teži da bude zadovoljan nivoom njene dostignute samostalnosti i postignuća u okviru odraslih normativnih uloga [9]. Istraživanja su, na primer, pokazala da je negativan roditeljski stav povezan sa markerima „neuspešnog“ ulaska deteta u odrasli život kao što su ponovno doseljavanje u porodični dom i gubitak posla [10].

Odnos sa roditeljima i depresija u postadolescentnom periodu

Upravo u uklještenju između potrebe za uvežbavanjem autonomije i potrebe za podrškom roditelja, rađa se rizik za javljanje patoloških obrazaca komunikacije.

Roditeljsko nezadovoljstvo i kritičizam (jer se dete „nije snašlo“) i fragilno samopouzdanje postadolescenta mogu formirati začarani krug, doprinoseći većoj senzitivnosti na depresiju [11]. Poznato je da je disfunkcionalno roditeljstvo (uključujući i verbalnu agresivnost) faktor rizika za razvoj psi-

hopatologije [12,13], kao i da je emocionalno zlostavljanje u detinjstvu i adolescenciji upravo faktor rizika u naknadnom razvoju depresije [14,15,16]. Od značaja su i nalazi da je preterana psihološka kontrola od strane majke povezana sa povećanjem indikatora depresije kroz adolescenciju [17]. Granica između podrške i kontrole od strane roditelja može, dakle, u ovom uzrastu biti specifično osetljiva, a posebno ako je u ranijim razvojnim fazama već postojalo disfunkcionalno roditeljstvo.

Uloga emocionalne regulacije

Iz ovako osetljivog odnosa roditelj-mlada osoba mogu proisteći vrlo intenzivne emocionalne epizode, pa od značaja može biti i način regulacije emocija. Jedan od modela emocionalne regulacije prepoznaje dve ključne strategije, i to strategiju kognitivnog promišljanja i supresije ekspresije [18,19]. Prema kognitivno-bihevioralnom modelu, trigger situacije dovode do stvaranja kognitivne obrade, koja uslovljava nastanak emocionalnog odgovora, a koji dalje izaziva ponašajni odgovor [20]. S tim u skladu, mlada osoba može biti sklona da se sa snažnim negativnim emocijama nosi tako što će pokušati da ponovnim promišljanjem situacije dođe do smirenja emocionalnog naboja, odnosno fokusiraće se na misao okidače emocija i pokušati da utiče na njih kako bi se i emocije smirile. Ova strategija, nazvana kognitivno promišljanje, smatra se adaptivnom s obzirom na to da je povezana sa boljim mentalnim i interpersonalnim funkcionisanjem, i konkretno manjim rizikom za pojavu depresivnih simptoma [18,19]. Mlada osoba može, pak, biti sklonija da se fokusira na blokiranje ispoljavanja emocionalnog odnosno ponašajnog odgovora i da tako pokuša da redukuje emocionalni naboj. Ova, ne tako adaptivna strategija, naziva se supresijom ekspresije i može biti povezana sa slabijim mentalnim i interpersonalnim funkcionisanjem [18,19].

S obzirom na to da je postadolescentni period još uvek relativno „mlado“ razvojno doba u kontekstu naučne istorije, još uvek je mnogo nepoznanica kada su u pitanju specifičnosti mentalnog funkcionisanja opisanih u prethodnom delu teksta, a posebno kada se radi o mladima iz naše sredine koji, neretko, produženo nastavljaju da žive sa roditeljima. Upravo iz navedenih razloga, cilj našeg istraživanja bio je da se ispita prediktorski efekat perzistentnih konflikata sa roditeljima na prisustvo depresije i težinu depresivnih simptoma postadolescenta, kao i da se utvrdi da li je emocionalna regulacija mlade osobe posrednik u ovoj vezi.

Metod

Ispitanici

Istraživanje je obuhvatilo 168 ispitanika starosti 18-23 godine (18,87±1,38 godina), i to 76 mladića i 92 devojke. Uzorak se sastojao od studijske grupe od 86 konsekutivnih pacijenata Dnevne bolnice za adolescente (DBA) Instituta za mentalno zdravlje, koji se leče usled postojanja depresivnog

poremećaja [depresivna epizoda $N=64$ (74.4%); rekurentni depresivi poremećaj $N=22$ (25.6%)], i kontrolne grupe od 82 mlade osobe iz opšte populacije (učenici na kraju srednje škole, kod kojih skriningom nije evidentiran psihijatrijski poremećaj).

Instrumenti

Za prikupljanje opštih socio-demografskih podataka, podatka o postojanju psihijatrijske porodične anamneze, kao i o postojanju perzistentne konfliktne komunikacije u odnosu sa roditeljima (operacionalno definisana kao samoprocena dominantnog obrasca komunikacije koji uključuje verbalnu i/ili fizičku agresivnost) korišćeni su anamnestički podaci odnosno podaci iz opšteg upitnika.

Za postavljanje dijagnoze u studijskoj grupi, odnosno isključenje (skrining) dijagnoze depresivnog poremećaja u kontrolnoj grupi (depresivna epizoda, rekurentni depresivni poremećaj, distimija, drugi depresivni poremećaji), korišćen je Strukturisani klinički intervju za DSM-IV poremećaje (SCID-I) [21].

Za procenu težine depresivnih simptoma korišćen je Bekov inventar depresivnosti (*Beck Depression Inventory* – BDI) [22]. Ovaj upitnik samoprocene meri intenzitet simptoma depresije kroz 21 stavku sa 4-stepenom skalom odgovora Likertovog tipa. Rezultujuća varijabla je zbir poena svih stavki, odnosno ukupni skor depresivnih simptoma kao kontinualna veličina.

Za eksploraciju strategija emocionalne regulacije, korišćen je Upitnik o emocionalnoj regulaciji (*Emotion Regulation Questionnaire* – ERQ) [18]. Ovaj upitnik samoprocene sadrži 10 stavki sa 7-stepenom skalom odgovora Likertovog tipa. Procenjuje samopercipirane veštine emocionalne regulacije i to kognitivnog promišljanja i supresije ekspresije, koje su upitnikom prezentovane kao kontinualne varijable.

Statistička obrada

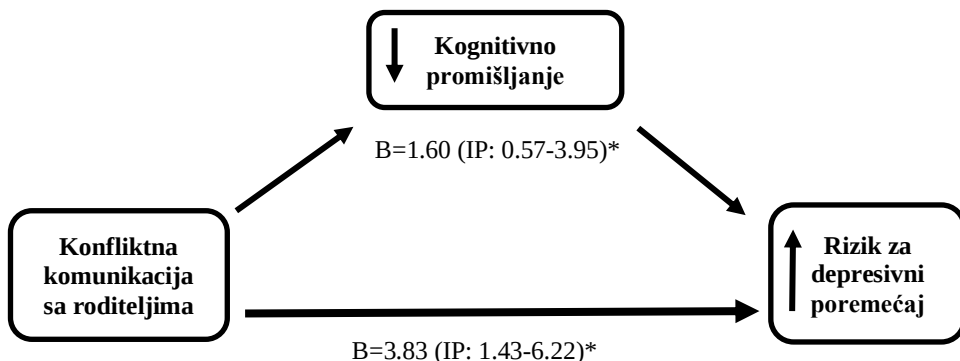
Podaci su obrađeni korišćenjem metoda multivarijatne logističke regresije, multivarijatne linearne regresije, kao i medijatorske analize u makrou PROCESS, zasnovane na „ordinary least square” regresiji u okviru analize pu-tanja, uz korišćenje „bootstrapping” intervala poverenja (IP) [23].

Rezultati

Konfliktna komunikacija sa roditeljima bila je značajan faktor rizika za postojanje dijagnoze depresivnog poremećaja (prediktorski efekat $OR=66.173$, $p=0.000$; parametri modela: $\chi^2=134.460$, $p=0.000$; Nagelkerke $R^2=0.735$), uz kontrolu pola, starosti, i psihijatrijske porodične anamneze.

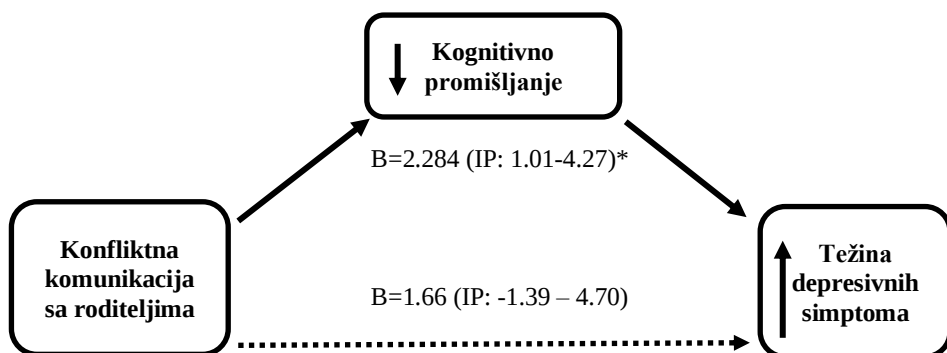
Konfliktna komunikacija sa roditeljima bila je, takođe, značajan faktor rizika za veću težinu depresivnih simptoma (prediktorski efekat $Beta=0.115$, $p=0.018$; parametri modela: $F=82.83$, $p=0.000$; Adjusted $R^2=0.710$), uz kontrolu pola, starosti, psihijatrijske porodične anamneze, kao i postojanja dijagnoze depresivnog poremećaja (odnosno toga da li se radi o studijskoj ili kontrolnoj grupi).

Analiza medijatorskih efekata strategija emocionalne regulacije u vezi između konfliktne komunikacije sa roditeljima i postojanja depresivnog poremećaja, pokazala je da se deo ove veze može objasniti nižim vrednostima kognitivnog promišljanja (Shema 1), dok medijatorski efekat supresije ekspresije nije bio statistički značajan (B bootstrapping IP od -0.70 do 0.19). Efekti su analizirani uz kontrolu pola, starosti i psihijatrijske porodične anamneze.



Shema 1. Konfliktna komunikacija sa roditeljima kao prediktor rizika za postojanje depresivnog poremećaja, emocionalna regulacija kao medijator (uz kontrolu pola, starosti i psihijatrijskog herediteta)

Kada je u pitanju analiza medijatorskih efekata u vezi između konfliktne komunikacije sa roditeljima i težine depresivnih simptoma, ova veza se u celini mogla objasniti medijatorskim efektom nižih vrednosti kognitivnog promišljanja (Shema 2), dok medijatorski efekat supresije ekspresije nije bio statistički značajan ni u ovom modelu (B bootstrapping IP od -1.37 do 0.07). Efekti su analizirani uz kontrolu pola, starosti, psihijatrijske porodične anamneze, kao i postojanja dijagnoze depresivnog poremećaja. (odnosno toga da li se radi o studijskoj ili kontrolnoj grupi).



Shema 2. Konfliktna komunikacija sa roditeljima kao prediktor težine depresivnih simptoma, emocionalna regulacija kao medijator (uz kontrolu pola, starosti, psihijatrijskog herediteta, i postojanja klinički ispoljenog depresivnog poremećaja)

Diskusija

Rezultati našeg istraživanja pokazali su da je konfliktna komunikacija postadolescenata sa roditeljima značajan faktor rizika kako za postojanje depresivnog poremećaja, tako i za težinu depresivnih simptoma, bez obzira da li se radi o klinički prisutnoj depresiji ili ne, i bez obzira o kom se polu odnosno tačnom broju godina starosti u ovoj uzrasnoj grupi radi.

Dobijene veze u saglasnosti su sa brojnim istraživanjima čiji nalazi ukazuju na štetno dejstvo problematičnog odnosa roditelj-dete, odnosno disfunkcionalnog roditeljstva i emocionalnog zlostavljanja, kada je u pitanju depresija tokom razvojnog doba [12-16]. Podaci iz literature ukazuju da se disfunkcionalni obrazac odnosa između roditelja i deteta odražava i na depresiju u poznoj adolescenciji i postadolescenciji [24]. Zapravo, konfliktni odnos sa roditeljima jedan je od najčešćih tipova interpersonalnog stresora u postadolescenciji [24,25]. Konflikt između roditelja i mlade osobe vodi manjem blagostanju, višem nivou negativnog afekta, distresu, i depresiji, uz posredničku ulogu kognitivne procene (doživljaj pretnje) [26]. Roditeljsko odbacivanje ili preterana kontrola povezani su sa nastankom depresije i kod dece i kod odraslih, i kod kliničke i nekliničke populacije [27], a jedan od posrednika ove veze je javljanje samokriticizma kod mlade osobe [28]. Adekvatna komunikacija sa roditeljima, s druge strane, ima protektivnu ulogu u odnosu na razvoj depresivnih simptoma u postadolescenciji [29].

Kada je u pitanju uloga emocionalne regulacije u vezi između problematičnog odnosa sa roditeljima i depresije kod mlade osobe, naše istraživanje pokazalo je da se veza između perzistentnog konflikta sa roditeljima i postojanja kliničke depresije kod mlade osobe mogla delimično objasniti slabijom strategijom kognitivnog promišljanja. Ovaj efekat bio je značajan i uz kontrolu psihijatrijskog herediteta, kao i pola i starosti. Kada je u pitanju veza sa težinom depresivnih simptoma, oni sa konfliktnim odnosima sa roditeljima imali su, takođe, niže vrednosti kognitivnog promišljanja, što je objašnjavalo teže depresivne simptome. I ovaj efekat je bio značajan i uz kontrolu pola, starosti, psihijatrijskog herediteta, ali i toga da li je mlada osoba pacijent sa kliničkom depresijom ili pripada opštoj populaciji, što bi moglo govoriti u prilog univerzalnosti efekta.

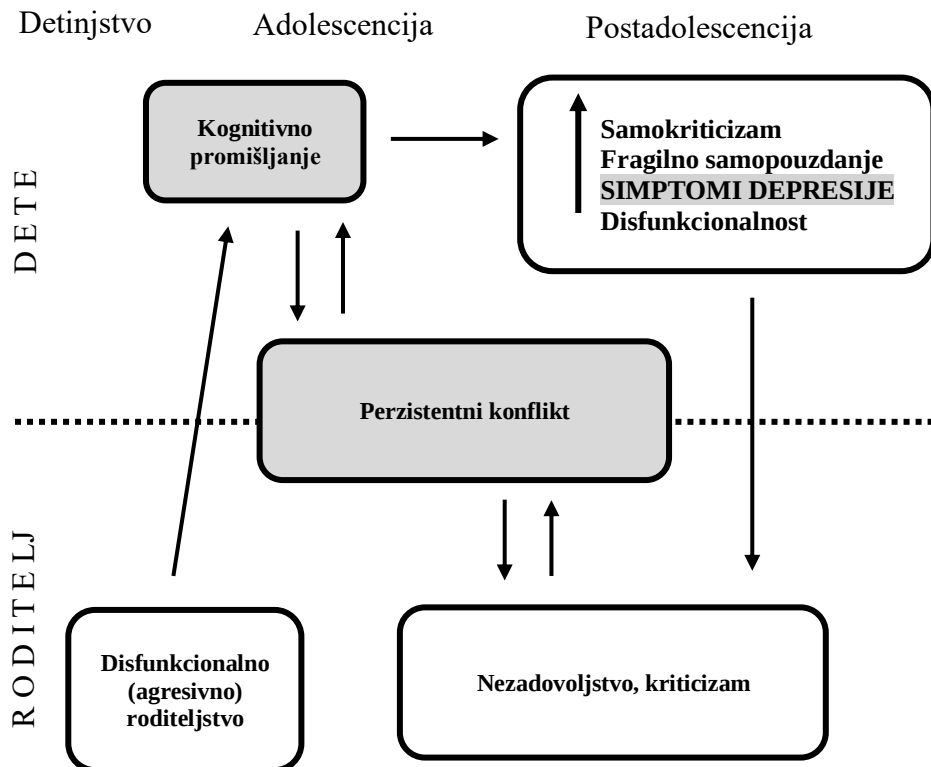
I ovi su nalazi, takođe, u skladu sa postojećim znanjima. Pokazano je da je bliskost između roditelja i mlade osobe prediktor izraženijeg kognitivnog promišljanja kao strategije emocionalne regulacije u postadolescenciji, dok su disfunkcionalno roditeljstvo, roditeljska preterana involviranost i psihološka kontrola nad mladom osobom, prediktori teškoća u emocionalnoj regulaciji, pa i same depresije i životnog nezadovoljstva [30]. Čime se navedeno može objasniti? Naime, učestalo izražavanje hostilnih emocija i ponašanja u roditeljstvu predstavlja obrazac koji dete tokom odrastanja usvaja učenjem po modelu, formirajući osnove za emocionalnu disregulaciju u kasnijem dobu, i ovakva dinamika prepoznaje se kroz različite stadijume razvojnog doba, od detinjstva do postadolescencije [30].

A na koji je način onda deficit kognitivnog promišljanja povezan sa depresijom mlade osobe? Pokazano je da kognitivno promišljanje tokom negativnog emocionalnog odgovora pomaže ponovnoj proceni i tačnijoj oceni informacija iz situacije koja je okinula emociju, i smanjuje šansu za impulsivni odgovor. Pokazalo se da smanjuje oslobađanje hormona stresa i emocionalni „arousal“, a poboljšava adaptaciju na emocionalne faktore, kvalitet emocionalnog odgovora i održavanje emocionalne ravnoteže [31]. Pokazano je i da smanjuje rizik od razvoja negativnih „coping“ stilova [32] a povećava rezilijentnost tako što u nepovoljnim događajima omogućava shvatanje njihovog tačnog značenja, kao i pronalaženje svrhe i snage u njima, usled čega sprečava doživljaj preplavljenosti [33,34,35]. Deficit u korišćenju ove strategije emocionalne regulacije, dakle, može da onemogući korekciju i potencira učvršćivanje depresogenih automatskih negativnih kognicija o sebi, drugima i budućnosti [22], okinutih konfliktnim odnosima sa roditeljima.

Jedan od faktora koji bi takođe mogao objasniti spomenute veze jeste moguće postojanje disfunkcionalnog roditeljstva i zlostavljanja u ranijim razvojnim fazama ispitanika. Iako u istraživanju nemamo podatak o tome da li su ovi faktori bili prisutni u ranijem uzrastu, oni bi mogli biti povezani sa nalazima istraživanja. Naime pokazano je da disfunkcionalno roditeljstvo i zlostavljanje u detinjstvu predstavljaju značajne faktore rizika za širok raspon psiholoških, interpersonalnih, i drugih problema, koji se mogu javljati u detinjstvu, adolescenciji kao i odraslom dobu [36]. Zlostavljanje u detinjstvu povezuje se sa korišćenjem destruktivnih ponašanja u konfliktnim situacijama uopšte [37], pa i u odnosima sa roditeljima. Kontinuitet disfunkcionalnog odnosa roditelj-dete kroz vreme ogleda se i u podacima da su konflikti i slaba privrženost sa roditeljima u adolescenciji rizik za slabu emocionalnu bliskost i podršku, a učestalije konflikte sa roditeljima u mladom odraslom dobu [38]. S druge strane, problemi funkcionisanja u odnosu između roditelja i mlade osobe, kao i usled psiholoških problema postadolescenta, mogu dalje delovati na nezadovoljstvo roditelja [9] i potencirati uslove za kriticism i konflikt, pružajući iznova i iznova depresogene poruke, učvršćujući neadekvatnu emocionalnu regulaciju, i održavajući tako ovaj začarani krug.

Napred navedene „začarane“ relacije između varijabli, povezaćemo u kaskadnu hipotezu, prikazanu u Shemi 3, koja bi mogla poslužiti kao usmerenje za buduća, prospektivna istraživanja. Prema ovoj hipotezi, disfunkcionalno, agresivno roditeljstvo u ranijim uzrastima, doprinosi razvoju maladaptivne emocionalne strategije (slabog kognitivnog promišljanja), i sledstvenoj pojavi samokriticizma, niskog samopouzdanja i finalno depresivnih ispoljavanja kod mlade osobe. Loša emocionalna regulacija doprinosi i konfliktogenom ponašanju mlade osobe koje, zajedno sa disfunkcionalnošću usled depresivne slike, deluje kao okidač za novo roditeljsko nezadovoljstvo i kriticism, a koji, s druge strane, roditelja iznova i iznova

vraća u konflikt sa postadolescentom, učvršćujući dalje njegovu emocionalnu disregulaciju i težinu depresivnih ispoljavanja.



Shema 3. Hipoteza o razvoju odnosa između konflikata sa roditeljima, emocionalne regulacije i depresije u postadolescenciji

Naše istraživanje proizvelo je neke značajne podatke o prediktorima depresije postadolescenata u našoj sredini, ali je imalo i izvesna ograničenja. Podaci o konfliktnim odnosima sa roditeljima dobijeni su metodom samoprocene samog ispitanika, koja bi mogla biti obojena njegovim aktuelnim psihijatrijskim stanjem. Zatim, podatak o postojanju konfliktnih odnosa sa roditeljima analiziran je kao dihotomna varijabla, dok bi kvantifikacija ovog podatka mogla dati preciznije uvide. Još jedno od ograničenja odnosi se na to da je istraživanje obavljeno kao studija preseka, pa nije moguće sa pouzdanošću utvrditi smer uzročnosti dobijenih veza. Usmerenje ka daljim istraživanjima uključilo bi prospektivni dizajn, veći broj ispitanika po grupama, koji bi omogućio i veći broj varijabli uključenih u prediktorske analize, a među kojima je i određenje da li se radi o konfliktnim odnosima sa majkom, ocem ili oba roditelja. Od posebnog je značaja i u prediktorski model uključiti preci-

zan podatak o postojanju disfunkcionalnog roditeljstva i zlostavljanja u ranim razvojnim fazama, zatim postojanje mogućih protektivnih faktora, kao i praćenje razvoja emocionalne disregulacije od detinjstva do postadolescencije.

Zaključak

Konfliktni odnosi sa roditeljima nastavljaju da imaju svoj značaj i u postadolescenciji, i povezani su kako sa postojanjem depresivnog poremećaja, tako i sa težinom depresivnih simptoma. Značajan posrednik ovog efekta u našem istraživanju bile su veštine emocionalne regulacije, odnosno deficit kognitivnog promišljanja kao adaptivne strategije.

Stoga bi od specifičnog značaja moglo biti da psihoterapijski tretman mlade osobe u konceptualizaciju problema kao važne varijable uključi procenu strategija emocionalne regulacije, kao i uloge konfliktnih relacija sa roditeljima. Rad na emocionalnoj regulaciji uključuje kognitivnu restrukturaciju [20] i trening veštine kognitivnog promišljanja kroz uvežbavanje tehnika distanciranja i reinterpretacije informacija u emocionalno šaržiranim situacijama [39]. Od posebnog su značaja asertivni trening i učenje tehnika samokontrole, u individualnom ili grupnom kontekstu [40-42] radi regulacije konfliktnog ponašanja, kao i tehnike bihevioralne aktivacije i rešavanja problema [20], radi funkcionalnijeg pristupanja objektivnim izazovima tranzicije ka odraslom dobu.

Rad na konfliktnim odnosima sa roditeljima uključuje porodični tretman koji za ulogu ima razvijanje zdrave međusobne komunikacije, pronalaženje adekvatne ravnoteže između podrške i brige roditelja sa jedne strane, i autonomije i nezavisnosti mlade osobe sa druge strane, kao i stavljanje disfunkcionalnosti porodičnog sistema pod kontrolu [43,44] (restrukturisanje nejasnih granica i redefinisane uloga, identifikacija komunikacionih okidača pojave simptoma, sagledavanje i intervencije vezano za emocionalnu ekspresivnost u porodici, izdvajanje bračnog konflikta od problema roditeljstva, prepoznavanje i zbrinjavanje eventualnog psihijatrijskog problema roditelja, i dr.).

Kada su u pitanju potencijalne implikacije u domenu prevencije depresije u opštoj populaciji, važno je obratiti pažnju na disfunkcionalne odnose postadolescenata sa roditeljima i imati u vidu da se efekti ovakvog odnosa ne završavaju sa punoletstvom. Od značaja je, takođe, osnaživati veštine kognitivnog promišljanja kao dominantne strategije regulacije emocija od najranijeg uzrasta.

Svaka tranzicija je teška. Mlada osoba između adolescencije i odraslog doba je kao ptica koja treba da kroz prve letove oko gnezda dorazvije i osnaži svoja krila do pune funkcionalnosti. Na svima nama je da u tome pomognemo.

CONFLICT COMMUNICATION WITH PARENTS AND DEPRESSION IN POSTADOLESCENCE: EMOTIONAL REGULATION AS A MEDIATOR

Marija Mitkovic Voncina^{1,2}, Zeljka Kosutic,
Ivana Rakovic Dobroslavic¹, Mina Djuric¹

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Abstract: Introduction: Dynamic psychosocial, neurobiological and somatic developmental changes continue to occur in the postadolescent period called the emerging adulthood. Emerging adults are especially vulnerable to the development of depression, and the effects of conflicts with parents, and emotional regulation (cognitive reappraisal as adaptive strategy, and expressive suppression as maladaptive strategy) on this vulnerability are still not sufficiently clear. Aim of this study was to explore the association between conflict relationship with parents and depression in emerging adults, as well as a mediating role of emotion regulation in this association. **Method:** The study enrolled 168 emerging adults of both sexes (18-23 years old), among which 86 of those treated for depressive disorder, and 82 of young people from general population. Socio-demographic data, data on family psychiatric history, and on persisting conflict with parents were gathered as anamnestic information and through the general questionnaire. The subjects filled in the Beck Depression Inventory (BDI) and the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). **Results:** Conflict communication with parents was a significant predictor of having a depressive disorder, and this relationship was partly mediated by weaker cognitive reappraisal (controlling for sex, age, and the presence of family psychiatric history). Conflict communication with parents was, as well, predictive of the more severe depressive symptoms, with the significant mediator effect of weaker cognitive reappraisal (controlling for sex, age, the presence of family psychiatric history, and the presence of depressive disorder diagnosis). **Conclusion:** Conflict relationship with parents continues to show its associations with depression in emerging adulthood, with dysfunctional emotion regulation as a mediator. These results may contribute to further research directions, as well as to preventive and therapeutic work with young people.

Key words: *emerging adulthood, adolescence, conflict, parents, depression, emotion regulation*

Literatura

1. Hochberg Z, Konner M. Emerging Adulthood, a Pre-adult Life-History Stage. *Front Endocrinol.* 2020;10:918.
2. Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Ame Psychol.* 2000;55(5):469-80.
3. Bynner J. Rethinking the youth phase of the life-course: The case for emerging adulthood? *J Youth Stud.* 2005;8(4):367-84.
4. Taber-Thomas B., Pérez-Edgar K. Emerging adulthood brain development. In Arnett JJ, editor. *The Oxford handbook of emerging adulthood.* Oxford, England: Oxford University; 2015. p.126-41.
5. Kuwabara SA, Van Voorhees BW, Gollan JK, Alexander GC. A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: Disorder, development, and social context. *Gen Hosp Psychiatry.* 2007;29:317-24.
6. National Institute of Mental Health. Major Depression. Dostupno na: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression.shtml> Pristupljeno dana 3.2.2021.
7. World Health Organization. Depression. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> Pristupljeno dana 3.2.2021.
8. Germani A, Delvecchio E, Li JB, Mazzeschi C. Protective factors for depressive symptoms in emerging adulthood. *Scand J Psychol.* 2020;61(2):237-42.
9. Fingerman KL, Cheng YP, Tighe L, Birditt KS, Zarit S. Relationships between young adults and their parents. In: Boot A, Brown SL, Landale NS, Manning WD, McHale SM, editors. *Early adulthood in a family context.* 1st edition, Vol 2. New York, NY: Springer-Verlag New York; 2012. p. 59-85.
10. Hammersmith AM. Life Interrupted: Parents' Positivity and Negativity Toward Children Following Children's and Parents' Transitions Later in Life. *Gerontologist.* 2019;59(3):519-27.
11. Mitkovic Voncina M, Kosutic Z, Pesic D, Todorovic D, Peulic A, Lazarevic M, Rakovic Dobroslavic I, Djuric M, Bradic Z, Pejovic Milovancevic M, Gotlib D, Lecic Tosevski D. Family and Personality Predictors of Clinical Depression and Anxiety in Emerging Adults: Common, Distinctive, or a Vulnerability Continuum? *J Nerv Ment Dis.* 2018;206(7):537-43.
12. McCrory E, De Brito SA, Viding E. The link between child abuse and psychopathology: A review of neurobiological and genetic research. *J R Soc Med.* 2012;105:151-56.
13. Cicchetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34:541-65.
14. Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety.* 1998;7:3-14.
15. Mondin TC, Konradt CE, Cardoso T de A, Quevedo L de A, Jansen K, Mattos LD, Pinheiro RT, Silva RA. Anxiety disorders in young people: A population based study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2013;35:347-52.
16. Riggs SA, Han G. Predictors of anxiety and depression in emerging adulthood. *J Adult Dev.* 2009;16:39-52.
17. Kouros CD, Garber J. Trajectories of individual depressive symptoms in adolescents: Gender and family relationships as predictors. *Dev Psychol.* 2014;50:2633-43.
18. Gross JJ, John OP. Mapping the domain of emotional expressivity: multi-method evidence for a hierarchical model. *J Pers Soc Psychol.* 1998;74:170-91.

19. Cutuli D. Cognitive reappraisal and expressive suppression strategies role in the emotion regulation: an overview on their modulatory effects and neural correlates. *Front Syst Neurosci.* 2014;8:175.
20. Beck J. Cognitive therapy – basics and beyond. New York: The Guilford Press; 2011.
21. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders Research Version, Patient Edition with Psychotic Screen (SCID-I/P W/PSY SCREEBN). New York, NY: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
23. Hayes AF. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York: Guilford Publications; 2013.
24. Renk K, Roddenberry A, Oliveros A, Roberts R, Meehan C, Liljequist L. An examination of conflict in emerging adulthood between college students and their parents. *J Intergener Relatsh.* 2006;4:43-61.
25. Laursen B. The perceived impact of conflict on adolescent relationships. *Merrill-Palmer Quarterly* 1993;39:535-50.
26. Grych JH, Fincham FD. Children's appraisals of marital conflict: Initial investigations of the cognitive-contextual framework. *Child Dev.* 1993;64:215-30.
27. Baker CN, Hoelger M. Parental child-rearing strategies influence selfregulation, socio-emotional adjustment, and psychopathology in early adulthood: Evidence from a retrospective cohort study. *Pers Individ Differ.* 2012;52:800-5.
28. Irons C, Gilbert P, Baldwin MW, Baccus JR., Palmer M. Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *Br J Clin Psychol.* 2006;45:297-308.
29. Finan LJ, Ohannessian CM, Gordon MS. Trajectories of depressive symptoms from adolescence to emerging adulthood: The influence of parents, peers, and siblings. *Dev Psychol.* 2018;54(8):1555-67.
30. Cheung RYM, Leung MC, Chan KKS, Lam CB. Effects of mother-offspring and father-offspring dynamics on emerging adults' adjustment: The mediating role of emotion regulation. *PLoS One.* 2019;14(2):e0212331.
31. Troy SA, Shallcross AJ, Brunner A, Friedman R, Jones MC. Cognitive reappraisal and acceptance: effects on emotion, physiology, and perceived cognitive costs. *Emotion.* 2018;18(1):58-74.
32. Liu Y, Li H, Xu X, Li Y, Wang Z, Zhu H, Zhang X, Jiang S, Li N, Gu S, Wang F, Huang JH. The Relationship between Insecure Attachment to Depression: Mediating Role of Sleep and Cognitive Reappraisal. *Neural Plast.* 2020;2020:1931737.
33. Southwick SM, Charney DS. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science.* 2012;338(6103):79-82.
34. Skodol A. The resilient personality In: Reich JW, Zautr AJ, Hall JS, editors. *Handbook of Adult Resilience.* New York, NY: Guilford Press; 2010. p. 112-25.
35. Cano MÁ, Castro FG, De La Rosa M, Amaro H, Vega WA, Sánchez M, Rojas P, Ramírez-Ortiz D, Taskin T, Prado G, Schwartz SJ, Córdova D, Salas-Wright CP, de Dios MA. Depressive Symptoms and Resilience among Hispanic Emerging Adults: Examining the Moderating Effects of Mindfulness, Distress Tolerance, Emotion Regulation, Family Cohesion, and Social Support. *Behav Med.* 2020;46(3-4):245-57.

36. Mitkovic Voncina M, Pejovic Milovancevic M, Mandic Maravic V, Lecic Tosevski D. Timeline of Intergenerational Child Maltreatment: the Mind-Brain-Body Interplay. *Curr Psychiatry Rep.* 2017;19(8):50.
37. Styron T, Janoff-Bulman R. Childhood attachment and abuse: long-term effects on adult attachment, depression and conflict resolution. *Child Abuse Negl.* 1997;21:1015-23.
38. Aquilino WS. From adolescent to young adult: A prospective study of parent-child relations during the transition to adulthood. *J Marriage Fam.* 1997;59:670-86.
39. Denny BT, Ochsner KN. Behavioral effects of longitudinal training in cognitive reappraisal. *Emotion.* 2014;14(2):425-33.
40. Mitković Vončina M, Košutić Ž, Peulić A, Munjiza A, Pešić D, Todorović D, Lazarević M, Raković Dobrosravić I, Đurić M, Lečić Toševski D. Grupni rad zasnovan na kognitivno-bihevioralnim principima u dnevnoj bolnici za adolescente. Peti kongres Društva za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije sa međunarodnim učešćem – „Mentalno zdravlje dece i mladih - aktuelni izazovi, moguća rešenja”. 23-26. maj 2019., Zlatibor, Srbija. Knjiga apstrakata, 2019; p. 45-6.
41. Zdravković J. Veštine vladanja sobom (asertivnost, samopotvrđivanje). Niš: SVEN; 2007.
42. Košutić Ž, Dukanac V, Bradić Z, Mitković M, Mandić-Maravić V, Pejić M, Mitić M, Peulić A, Raković I, Lečić-Toševski D. Asertivnost kod adolescenata sa anksioznim poremećajima - povezanost sa dimenzijama ličnosti, socijalnom zrelošću i sociodemografskim karakteristikama. *Psihijat dan.* 2012;44(1):47-59.
43. Broderick P, Weston C. Family therapy with a depressed adolescent. *Psychiatry (Edgmont).* 2009;6(1):32-7.
44. Carr A. What Works with Children and Adolescents? A Critical Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families. Routledge; 2013.

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

Marija MITKOVIC VONCINA, MD, MSc, psychiatrist, clinical teaching assistant, Institute of Mental Health, Belgrade, School of Medicine, University of Belgrade, Serbia

E-mail: mitkovic_marija@yahoo.com

NOVA TEHNOLOGIJA, NOVA SITUACIJA, NOVA KOMUNIKACIJA: ONLAJN INDIVIDUALNA I GRUPNA PSIHOTERAPIJA

Nikola Ljubičić¹, Aleksandar Peulić¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Onlajn terapija predstavlja potencijalnu korist, ali i moguću opasnost po terapijski savez i terapijske ciljeve, kada se poredi sa tradicionalnom terapijom „licem u lice“. Novonastala situacija u svetu neminovno diktira ali i otkriva nove načine komunikacije, kao jedinstvene karakteristike rasta i razvoja. Pored toga ona i usmerava ka ispitivanju dometa delotvornosti individualne i grupne psihoterapije u novim okvirima, koji su napretkom tehnologije omogućeni i dostupni za istraživanje. U ovom radu bavimo se prednostima i ograničenjima „online“ komunikacije u individualnoj i grupnoj terapiji kroz pregled literature i naša iskustva.

Ključne reči: „online“ psihoterapija, sajberspejs, komunikacija, psihička skloništa

Uvod

Mladi ljudi bez obzira koliko izgledaju da su dobro prilagođeni, često traže pomoć zbog problema mentalnog zdravlja. Takav trend postoji na području cele zapadne Evrope i severne Amerike gde se uočava rast incidencije depresije, anksioznosti, mentalne anoreksije, i suicidalnih/parasuicidnih ponašanja [1]. Jedan od mogućih razloga ove promene je odrastanje u društvu baziranom na principima neoliberalizma, počevši od reganovske i tačerovske ere, gde je društvena odgovornost progresivno erodirala, i bivala postepeno zamenjena ličnim interesom i stalnom kompeticijom. Pored velikih promena u društveno političkom prostoru dolazi paralelno do pojave novog prostora u vidu sajberspejsa, koja dodatno usložnjava promenu i postavlja nova pitanja o odnosu selfa i socijalnog matriksa.

Meta analiza iz 2019. godine naglašava da društvo prihvata kompetitivni individualizam i ohrabruje da sve više usavršava sebe i svoje životne stilove [1]. Ova meta analiza potvrđuje preklapanje društvenih promena sa porastom multidimenzionalnog perfekcionizma kod mladih ljudi još od 1989. godine. Možda nije slučajno što se baš sa ovim promenama rame uz rame dešava i vrtoglavi tehnološki razvoj koji omogućava sve veću dostupnost visoko tehnološke opreme svakoj osobi na planeti. Najavom izgradnje Ajfona (Iphone) januara 2007. godine, Apple je doneo tehnološku revoluciju na polju pametnih uređaja koje korisnicima omogućava nove dimenzije upotrebe moderne tehnologije, stvarajući tako veliko tržište za aplikacije, poznato još kao i „*app economy*”. U sadašnjoj eri pametnih telefona i socijalnih medija rečenica: „Problem čovečanstva potiče iz čovekove nesposobnosti da mirno sedi u prostoru sam“ često ponavljana [2]. Ali ako se setimo da je skovana od strane francuskog filozofa Paskala još 1600. godine, to onda postaje zapanjujuće. U eksperimentu iz 2014. godine zadatak ispitanika je bio da izaberu da li će da ostanu sami u praznoj sobi sa svojim mislima, ili će umesto toga zadati sebi negativan stimulus u obliku blagog elektro šoka. Mnogi ispitanici, čak 67% muških ispitanika i 25% ženskih ispitanika, su pre izabrali da sebi daju minimum jedan elektro šok nego da sami sede u praznoj sobi 15 minuta i zabavljaju se samo sa svojim mislima [3]. Da li to znači da smo daleko od individua, izolovanih bića, zarobljenih u sopstvenom umu? Da li onda veliki broj imejlova, tvitova, poruka, notifikacija, nije nešto čega želimo da se otarasimo, već da smo mi kao ljudska bića skloni da skrećemo sebi pažnju sa složenih sadržaja, i da često na taj način marljivo radimo na prekidima komunikacije u svakodnevnim odnosima?

Virtuelni prostor

Odavno je počelo sa istraživanjima obitavanja u drugom svetu, virtuelnom prostoru, i tome da li to vodi kreiranju novog selfa. Može li se u pozitivnom maniru internet porediti sa Vinikotovim prelaznim prostorom koji služi suočavanju psihičkog i spoljašnjeg realiteta kroz pregovore sa principom realnosti. Sa druge strane u negativnom maniru, virtuelni prostor bi se mogao

uporediti i sa Štajnerovim psihičkim skloništem koje zaustavlja mentalni razvoj i rast i čija je jedina funkcija smanjivanje anksioznosti [4]. Štajner govori o čitavoj organizaciji odbrambenih sistema i objektnih odnosa, koji olakšavaju beg od suočavanja sa teškim osećanjima, kontakta sa drugim ljudima, i čak same realnosti. Skloništa opisuje kao mesta za povlačenje koja mogu da se i prostorno iskuse, baš kao svesne ili nesvesna fantazije ostrva, planine, pećine, ili čak inter personalno kao što je pripadnost nekoj organizaciji ili masovnoj grupi. Takva patološka organizacija sačinjena od anksioznosti monopolistički pruža jedini izvor zaštite ličnosti kojom dominira, pružajući ravnotežu jedino tražeći zauzvrat razvojni zastoj. Virtuelni ili sajber prostor bi isto tako mogao da pruži narcicističke i mazohističke gratifikacije, te onda zavisi od samog pojedinca odnosno njegove sposobnosti razlikovanja subjektivnog objekta (self-object, Kohut) od spoljašnje realnosti koja je van onipotentne kontrole, kako će taj prostor biti percipiran ili korišćen [5]. Sklonište udaljava od šizo-paranoidnih anksioznosti ali i depresivnih, udaljava od realnih objektnih odnosa, i stvara zastoj u ličnom razvoju i sazrevanju. U srži koncepta jačanja depresivne pozicije Melani Klajn je postavila prihvatanje i prilagođavanje spoljašnjem realitetu naspram principa zadovoljstva, realnosti naspram fantazije, svesnog naspram nesvesnog [6].

Kako je tehnološko unelo uzbunu na polju psihološkog, tako je i priroda unela konfuziju u domen tehnologije. Da nije bilo pandemije, pohanjivanja ogromnog dela komunikacije na internet možda ne bi bilo primećeno. Izbijanjem pandemije realnost je mnogo brže naterala kolege, koje nikada nisu zamišljale da će viđati klijente onlajn, da premeste svoju praksu na internet. Sada postoji podatak američke asocijacije psihologa APA, da 76% kliničara svoju praksu obavlja na daljinu.

Zdravstvene aplikacije samopomoći

I bez pandemije svetska zdravstvena organizacija procenjuje da približno 34 miliona ljudi koji pati od teškog depresivnog poremećaja ostaje bez tretmana svake godine u EU i SAD. Prepreka pružanju efikasne zdravstvene nege uključuje teškoće dolaženja do obližnjeg pružaoca pomoći, visoku cenu tretmana, nedostatak osiguranja, i obučenog zdravstvenog osoblja, duge liste čekanja, i socijalnu stigmju. Sa tehnološkim napretkom na scenu „tele-zdravlja” stupaju aplikacije koje i dan danas funkcionišu i imaju veliku bazu korisnika, to su uglavnom „čet botovi” samopomoći. Tako je stvoren jedan zdravstveni „čet bot”, ili psihološki servis veštačke inteligencije, koji je bio prilagođen da obavlja podršku po zahtevu za profesionalce u pomažućim profesijama, pacijente, i negovatelje u neprofitnim organizacijama. Ovaj jeftini, korisničko prijateljski i visoko prilagodljivi servis dopušta da emocionalnom podrškom bude pokriveno hiljade ljudi u momentu. Tu je trenutno i prilagodljiv čet bot za mentalno zdravlje Tes (Tess) [7]. Lako mu se može pristupiti preko postojećih komunikacionih kanala kako što su SMS, fejsbuk, mesinger, i može biti integrisan sa Amazon Aleksom ili Gugl Kućom. Tes može lako da se poveže sa Eliz Bot, veštačkom inteligencijom koja odmah isporučuje proverene terapijske tehnike

pružaocima pomoći na radnom mestu. Ovakvi servisi doprinose umanjeњу izgaranje i unapređuju razilijentnost, olakšavaju teret pomagačima, a imaju i potencijal da umanje osećanja depresije, anksioznosti, i usamljenosti. Slično tome u Holandiji, adolescentima sa hroničnim bolestima, pod rizikom da stvore psihosocijalne probleme, omogućena je grupna onlajn intervencija. Ovakvim pristupom mogu se naučiti aktivne (*coping*) strategije prevazilaženja. Aplikacija kognitivno bihejvioralne onlajn grupne intervencije, jedne za adolescente i jedne za roditelje, nazvana je Op Koers (na putu) onlajn. Pristup je generičan, što ga čini lakšim za korišćenje za roditelje dece sa retkim oboljenjima. Centralna intervencija se uspostavlja sa Mislim-Osećam. Radim modelom (*Thinking-Feeling-Doing, TFD model*). Procenom osiguravajućih kuća zabeležena je visoka efektivnost ove kognitivno bihejvioralne onlajn grupne intervencije [8].

Teleterapije

Suicidna ponašanja su u poslednje vreme sve učestalija. Zbog nedovoljnog obraćanja za pomoć, od velike je važnosti da se suicidalno rizičnim pojedincima obezbedi prikladan tretman. Trenutna saznanja sugerišu da internet bazirana kognitivno bihejvioralna terapija (iKBT) može biti važan deo budućih pokušaja prevencije suicida. Zbog visoke operacionalizacije implementacija iKBT intervencija u zdravstveni sistem i zajednice, nosi potencijalno značajan efekat umanjeња tereta suicidnosti. Ovo polje je i dalje u začetku. Potrebna su kontinuirana istraživanja kako bi se uspostavila efektivnost intervencije, identifikovali moderatori i medijatori i istražili putevi da se obezbedi ciljano usmerena intervencija za individue pod rizikom suicida [9].

I dalje, teleterapija ostaje neistražena. Ona kompromituje različite dimenzije kvaliteta interakcionih informacija. Očekuje se da može uticati na radni savez između klijenta i terapeuta, što će imati posledice na proces i ishod terapije (npr. primećuje se, pogrešno pripisivanje kašnjenja prenosa signala atributima konverzionog partnera na suprotnom kraju). Sa većim kašnjenjima signala sagovornici se doživljavaju kao manje pažljivi, zatvoreni i manje savesni. Takođe dominiraju i anksioznosti oko privatnosti veze i njene bezbednosti. Sve to posledično dovodi do onoga što je danas poznato kao iscrpljenost korišćenjem video konferencijskih poziva („*zoom fatigue*”).

Psihodinamska psihoterapija

Psihodinamska psihoterapija je našla svoju primenu i komunikacijom preko e-mail-a u suportativnom maniru još u začetku razvoja internet tehnologije, sa ciljem građenja jakog saveza i pomaganja klijentima kroz samopomažući materijal [10]. Postoje dokazi da je moguće uspostavljanje osnova za novi pristup i obezbeđivanje psihodinamske psihoterapije u 21. veku i u okviru novih tehnologija [11].

Edukacija, supervizija i tretman, iz psihodinamske perspektive pokazuje svoje dobre strane i isplativa su opcija kada se razmatra jedinstveni doprinos proširenju usluga tamo gde je potrebno. Sa druge strane prisutno je

puno pretpostavki loših efekata teleterapije koje predviđaju skeptici. Posle razmatranja preliminarnih rezultata istraživanja, ispostavlja se da onlajn terapija ipak jeste klinički efikasna [12]. Radni savez nije narušen promenom setinga i pravilo je da klijenti daju većinom pozitivne ocene onlajn terapije, dok se terapeuti mnogo više razlikuju u svojim procenama. Prepreka donošenju pouzdanijih saznanja je mali uzorak po sprovedenom istraživanju. Zbog ograničene statističke snage svakog pojedinačnog nalaza, da bi se izvukli snažniji zaključci, potreban je veći uzorak učesnika i longitudinalne studije. Uprkos pozitivnim nalazima, rastući broj randomiziranih kontrolnih istraživanja (RCT) i meta analiza do danas sprovedenih pružaju samo objedinjene procene veličine efekta u pojedinačnim vremenskim intervalima. Sem čvrstih hipoteza, do sada nije publikovano dovoljno istraživanja koja bi pokazala kako je efektivnost internet baziranih intervencija (IBI) evoluirala tokom vremena.

Preliminirani zaključak je da siguran psihološki prostor može da se oseti u onlajn terapijama. Iako postoji fizička distanca, efikasnost je ojačana topline atmosfere socijalne interakcije. Ako odemo još dalje možemo se poslužiti maštanjima istoričara Juval Noa Hararija koji preispituje veoma moguć narativ za nastupajuće generacije: „Kada odrastete, možda nećete imati posao”, prosto zato što će napredak veštačke inteligencije ići do te mere da će ona sve više prevazilaziti ljudske sposobnosti ne izostavljajući čak i razumevanje ljudskih emocija [13]. Veštačka inteligencija (AI) će bolje obavljati posao vozača, advokata, ali i psihijata i psihoterapeuta. Ali ako razmatramo ovu tezu kroz postulate Ogdenovih razmatranja, možda predviđanja i nisu tako jednostavna. Posebno ako latinski virtus i reč virtuelno vratimo pravom značenju, i jednostavno shvatimo kao čovekovu moć stvaranja, onda percepciju i korišćenje svakog prostora prepuštamo samom pojedincu i njegovim sposobnostima. Ogden shvata iskustvo ljudskog postojanja i funkcionisanja kao rezultat dijalektičkog odnosa triju načina sticanja iskustva. Naziva ih pozicijama, te uz klajnijansku shizoparanoidnu i depresivnu on uvodi najrudimentarniju koju naziva „*autistic-contiguous*” poziciju [14]. Za svaku su karakteristični različiti načini percepcije selfa i okoline ali i dominantne odbrane. Autistična pozicija je najprimitivnija i podrazumeva presimboličku organizaciju, baziranu na doživljavanju selfa kroz kožne senzacije, ili senzorne površine koje se međusobno dodiruju. Iskustvo toplote, hladnoće, vlažnosti, simetrije, dodira kože o kožu, oseta tvrde ili meke površine, iz kojih izrastaju rudimenti doživljaja selfa. Granice selfa, doživljaj okoline i kontinuiteta, tekture, oblika tvrdoće, mekoće, topline ili hladnoće, daju bazu za percepciju. Percipiranje okoline i stvaranje začetka doživljaja selfa su kao koncepti prisutni u svakom odnosu i u svakom trenutku. Isto tako i u analitičkom odnosu, često ih nismo svesni jer pripadaju presimboličkom, a tokom videokonferencijskog poziva oni su sasvim kompromitovani. Snažni su argumenti koji potvrđuju jasna ograničenja videokonferencijske psihoanalize, koja još uvek ne može u potpunosti zameniti klasični seting. Mnoga

istraživanja na polju telezdravlja, ili internet bazirane individualne intervencije, imaju veliku vrednost, i dugoročno mogu biti jednako efikasni kao i licem u lice terapija. Problemi svakako postoje ali sve veći priliv informacija govori o tome da se oni i rešavaju.

Grupna onlajn terapija

Što se tiče grupne onlajn terapije, sem što se mnogi problemi javljaju i na ovom polju, započeta i publikovana istraživanja su nedovoljna, kao što je slučaj i sa individualnim pristupima onlajn terapiji. Prepreke na koje nailazi i grupna onlajn terapija je zapravo prilagođavanje na sajber prostor, ili kako preći iz kruga u kvadrat? Šta se dešava sa komunikacijama desnih hemisfera mozga, kako bi to interpersonalni neuro biološki pristup (IPNB) opisao [15]? Šta se zapravo dešava sa nesvesnim uticajem telesnosti koji imamo jedni na druge (topao pogled, umirujući ton glasa, miris, i mnogi drugi telesni aspekti) koji mogu uticati na osećanja intimnosti i privrženosti? Ostaje još i da se ispituju uticaji ciljeva, zadataka i radnog saveza, isto tako i grupne kohezije, dodatne obuke i pripreme terapeuta na nove uslove, kao i upoređivanje terapije licem u lice odnosu na ishode onlajn psihoterapije [16]. Da li će se i grupna analiza menjati pod uticajem napretka, s obzirom da je u grupnoj analizi ogroman naglasak na komunikaciji? Za sada se jasno mogu samo primetiti ograničenja koja savremena tehnologija nudi u uspostavljanju verbalne komunikacije ili terapijske situacije, uz postojanje uključivanja odnosa kako bi komunikacija bila potpuna.

Zaključak

Na kraju možemo da postavimo pitanje da li je strah od promena ikada sprečio bilo koju promenu? Možda jeste usporio promene, ali daleko od toga da je ikad išta stalo. Možemo li onda pokušati da uživamo u novim iskustvima, sagledavajući ih sada kao avanture? Mnogo toga ili čak sve to jesu grupni procesi sa svojom svesnom i nesvesnom dinamikom, pa je zato ono što sigurno preostaje stalna komunikacija između psihoterapijskih udruženja, naučne zajednice i korisnika usluga. Pošto idealna komunikacija ne postoji jer bi ukinula samu sebe, ostaje samo neminovnost bola i frustracije učenja iz iskustva, iz kojeg moramo da saznamo kada onlajn komunikacija prenosi značenje i smisao, a kada dovodi do podrivanja te suštine u vidljivim ili manje vidljivim varijantama.

NEW TECHNOLOGY, NEW SITUATION, NEW COMMUNICATION: ONLINE INDIVIDUAL AND GROUP PSYCHOTHERAPY

Nikola Ljubičić¹, Aleksandar Peulić¹

¹Institut of Mental Health, Beograd, Serbia

Abstract: Online therapy represents potential benefit, but also a possible danger for therapy alliance and therapy goals, when it is compared with traditional face-to-face therapy. New situation in the world inevitably dictates but also reveals new ways of communication, as unique characteristics of growth and development. Alongside, it steers towards questioning ranges of effectiveness of individual and group psychotherapy in new frameworks, which are enabled by the advances in technology and are available for research. In this paper we are dealing with advantages and limitations of online communication in individual and group therapy through review of literature and our experiences.

Key words: *online psychotherapy, cyberspace, communication, psychic retreats*

Literatura

1. Curran T, Hill AP. Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*. 2019;145(4):410-29.
2. Pascal B. *Pensees*. New York: E.P Dutton: 1958.
3. Wilson TD, Reinhard DA, Westgate EC, Gilbert DT, Ellerbeck N, Hahn C, et al. Just think: The challenges of the disengaged mind. *Science*. 2014;345(6192):5-77.
4. Steiner J. *Psychic Retreats*. Routledge. London. 1993.
5. Bjorklind Ch. Psychoanalysis and the new technologies: The future of talking cure and the bodily ego in the digital era. *EPF Symposium: Psychoanalysis in 2015*. Berlin. 2014. 19-21.
6. Borovečki-Jakovljević S. Psihoanaliza Skypeom – Perspektiva I Ograničenja. *Psihoterapija*. 2016;30(2), str. 212-221.
7. Joerin A, Rauws M, Ackerman M. Psychological Artificial Intelligence Service, Tess: Delivering On-demand Support to Patients and Their Caregivers: Technical Report. *Cureus*. 2019;11(1):e3972.
8. Douma M, Scholten L, Maurice-Stam H, Grootenhuis MA. Online cognitive-behavioral based group interventions for adolescents with chronic illness and parents: study protocol of two multicenter randomized controlled trials. *BMC Pediatrics*, 2018; 18(1).
9. Büscher R, Torok M, Terhorst Y, Sander L. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy to Reduce Suicidal Ideation. *JAMA Network Open*, 2020;3(4):e203933.
10. Moshe I, Terhorst Y, Cuijpers P, Cristea I, Pulkki-Raback L, Sander L. Three Decades of Internet-and Computer-Based Interventions for the Treatment of Depression: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Research Protocols*, 2020;9(3):[14860].
11. Johansson R, Frederick RJ, Andersson G. Using the Internet to Provide Psychodynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry*. 2013;41(4):513-40
12. Gordon RM, Wang X, Tune J. Comparing Psychodynamic Teaching, Supervision, and Psychotherapy Over Videoconferencing Technology with Chinese Students. *Psychodynamic Psychiatry*. 2015;43(4):585-99.
13. Harari YN. 21. lekcija za 21. vek, Beograd: Laguna; 2019.
14. Ogden TH. *The Primitive Edge Of Experience*. London: Karnac books; 1992.
15. Siegel D J. *The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2020.
16. Weinberg H. Online group psychotherapy: challenges and possibilities during COVID-19 a practice review. *Group Dyn*. 2020;24:201-11.

Nikola LJUBIČIĆ, psiholog, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Nikola LJUBICIC, psychologist, Institut of Mental Health, Beograd, Serbia

E-mail: nikola.ljubicic@imh.org.rs

UPUTSTVA SARADNICIMA

PSIHIJATRIJA DANAS je zvanični časopis Udruženja psihijatara 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 slučajeva** 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. Komentar koji se tiče 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. Primedbe 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 primedbi.

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 vođenim 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 u 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, Milana Kašanina 3
Tel/Faks: 011 3238 160
e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs
www.imh.org.rs

Direktor – Director
Prof. dr Milica Pejović Milovančević

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. / *Retrospective 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. 53/2021 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 2021. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Milana Kašanina 3, 11 000 Beograd.

✂
.....

**SUBSCRIBE TO
PSYCHIATRY TODAY Vol. 53/2021) ISSN-0350-2358**

Subscription rates

- ☐ Individual 60 USD
☐ Institutional 120 USD

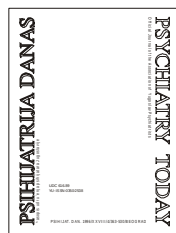
Name

Address

Postal code/City/Country

Return coupon to:

Institute of Mental Health, Milana Kasanina 3, 11000 Belgrade, Serbia,



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
Milana Kašanina 3, 11000 Beograd, Srbija
Tel. 3238 160
e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs

Institute of Mental Health
Milana Kasanina 3, 11000 Belgrade, Serbia
Tel. 3238 160
e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs