

Urednica
Marija Mitić

DECA SA SMETNJAMA U RAZVOJU POTREBE I PODRŠKA



Projekat finansira
Evropska unija



Република Србија
МИНИСТАРСТВО РАДА
И СОЦИЈАЛНЕ ПОЛИТИКЕ

unicef 



Републички завод
за социјалну заштиту

ASOCIJACIJA ZA
ALTERNATIVNO PORODIČNO STARANJE O DECI
Fam 
ASSOCIATION FOR ALTERNATIVE FAMILY CARE

DECA SA SMETNJAMA U RAZVOJU
POTREBE I PODRŠKA

DECA SA SMETNJAMA U RAZVOJU

POTREBE I PODRŠKA

Urednica

Prof. dr Marija Mitić

Lista autora (abecednim redom po prezimenima)

Prof. dr Sulejman Hrnjica, psiholog

Filozofski fakultet, Beograd

Prof. dr Marija Mitić, psiholog

Filozofski fakultet, Beograd

Branislava Piper, psiholog

Asocijacija za alternativno porodično staranje o deci – FAMILIA

Branka Radojević, psiholog

Asocijacija za alternativno porodično staranje o deci – FAMILIA

Prof. dr Vera Rajović, psiholog

Filozofski fakultet, Beograd

Maida Stefanović, specijalni pedagog

Asocijacija za alternativno porodično staranje o deci – FAMILIA

Lela Veljković, psiholog

Republički zavod za socijalnu zaštitu, Beograd

Prof. dr Nevenka Žegarac, socijalni radnik

Fakultet političkih nauka, Beograd

Milica Radović-Župunski, socijalni radnik

Asocijacija za alternativno porodično staranje o deci – FAMILIA

Recenzenti

Prof. dr Vesna Radoman

Prof. dr Dragan Popadić

Lektorka

Radmila Vučković

Dizajnerka

Tijana Dinić

Izdavač

Republički zavod za socijalnu zaštitu, Terazije 34, Beograd

© FAMILIA, Beograd, 2011.

Napomena: Sva prava su zaštićena. Monografija Deca sa smetnjama u razvoju – potrebe i podrška, u celini ili delovima, ne može se umnožavati, preuzeti ili distribuirati, na bilo koji način ili bilo kojim sredstvom elektronske ili mehaničke prirode (uključujući fotokopiranje, snimanje, skeniranje) bez pismene dozvole Asocijacije za alternativno porodično staranje o deci – FAMILIA.

ISBN 978-86-88171-03-8



Deci je mesto u porodici

„Transformacija rezidencijalnih ustanova za decu i razvijanje održivih alternativa“

Monografija *DECA SA SMETNJAMA U RAZVOJU, POTREBE I PODRŠKA* pripremljena je i odštampana u saradnji sa UNICEF-om, u okviru projekta „Transformacija rezidencijalnih ustanova za decu i razvijanje održivih alternativa“. Projekat finansira Evropska unija.

Sadržaj i stavovi izneti u ovoj publikaciji su stavovi autora i ni na koji način ne odražavaju stavove UNICEF-a i Evropske unije.



**Publikaciju finansira
Evropska unija**



Република Србија
МИНИСТАРСТВО РАДА
И СОЦИЈАЛНЕ ПОЛИТИКЕ

unicef

**Marija Mitić • Branka Radojević • Sulejman Hrnjica • Nevenka Žegarac
Maida Stefanović • Lela Veljković • Vera Rajović
Branislava Piper • Milica Radović-Župunski**

**DECA SA SMETNJAMA U RAZVOJU
POTREBE I PODRŠKA**

Beograd, 2011.

„..... Dete sa fizičkim ili mentalnim smetnjama treba da uživa pun i kvalitetan život u uslovima koji obezbeđuju dostojanstvo, unapređuju samopouzdanje i olakšavaju njegovo aktivno učešće u zajednici“.

Konvencija UN o pravima deteta, član 23

SADRŽAJ

UVOD (reč urednice)

PUT DO MODELA

Marija Mitić 7

I DEO **DETE KAO VREDNOST (DETE I NJEGOVE POTREBE)**

RAZVOJ DETETA

1. RAZVOJ DETETA
Branka Radojević 13
2. ZNAČAJ EMOCIONALNOG VEZIVANJA ZA PROCENU ZDRAVOG RAZVOJA DETETA
Maida Stefanović 24

DETE SA SMETNJAMA U RAZVOJU

3. DETE SA SMETNJAMA U RAZVOJU
Sulejman Hrnjica 31
4. KLJUČNE PROMENE OPŠTIH SHVATANJA I PRAKSE U RADU SA OSOBAMA SA POTREBOM ZA DODATNOM PODRŠKOM
Vera Rajović 38
5. PRIMARNE I SEKUNDARNE POSLEDICE RAZVOJNE TEŠKOĆE NA RAZVOJ I ODRASTANJE DETETA
Sulejman Hrnjica 40
6. RIZICI ODRASTANJA DECE SA TEŠKOĆAMA
Vera Rajović 44
7. DETE SA SMETNJAMA U RAZVOJU U SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE
Nevenka Žegarac 47

NAJZNAČAJNIJI ODRASLI U ŽIVOTU DETETA

8. PORODICA, RODITELJI I RODITELJSTVO
Marija Mitić 56
9. RODITELJSKE I ODGAJATELJSKE KOMPETENCIJE
Marija Mitić 66
10. RODITELJSTVO DECE SA OMETENOŠĆU
Sulejman Hrnjica 72

II DEO **KAKO PROCENITI POTREBE DETETA**

PROCENA POTREBA, TEŠKOĆA, SNAGA I PODRŠKE

1. PROCENA POTREBA, TEŠKOĆA, SNAGA I PODRŠKE
Marija Mitić 78

PROCEDURE, POSTUPCI I SPECIFIČNE PROCENE

2. PRIPREMA ZA PROCENU
Lela Veljković 88
3. POSETA PORODICI I ORGANIZACIJA ISPITIVANJA U DOMAĆINSTVU
Nevenka Žegarac 91
4. SOCIJALNA POŽELJNOST PRILIKOM POSETE PORODICI/INSTITUCIJI
Sulejman Hrnjica 97
5. KOMUNIKACIJA SA ODRASLIMA
Marija Mitić 99
6. INTERVJU SA DETETOM: SVET VIĐEN DEČJIM OČIMA
Branka Radojević, Vera Rajović 103
7. PROCENA SNAGA ODGAJATELJA, DETETA I PORODICE
Marija Mitić 108

III DEO **OD PROCENE DO DONOŠENJA ODLUKA**

1. MODEL ROD I BATERIJA INSTRUMENTATA
Marija Mitić 114
2. OD PROCENE DO DONOŠENJA ODLUKA: INTEGRACIJA PODATAKA
Marija Mitić, Branka Radojević, Branislava Piper 116
3. ULOGA I MESTO PROCENE POTREBA DETETA SA SMETNJAMA U RAZVOJU
I NJEGOVE PORODICE U PRAKSI SOCIJALNOG RADA
Lela Veljković 131
4. KAKO PRUŽITI PODRŠKU PORODICI I INSTITUCIJI KOJA BRINE O DETETU
Sulejman Hrnjica 136

IV DEO **PRILOG**

1. RAZVOJNI PODSETNIK
Branislava Piper, Milica Radović-Župunski, Branka Radojević, Maida Stefanović 142

UVOD

Urednica Marija Mitić

Publikacija koja je pred vama predstavlja rezultat gotovo dvogodišnjeg bogatog iskustva stečenog u traganju, koncipiranju i promišljanju modela za procenu potreba dece sa smetnjama u razvoju, dizajniranju i pilot-primeni instrumenata, kao i obučavanju pedesetak stručnjaka socijalne zaštite. Sva iskustva stečena su tokom izvođenja projekta *Od individualnih potreba do raznovrsne podrške – procena, metodologija i praksa*. Ovaj projekat deo je projekta *Transformacija rezidencijalnih ustanova za decu i razvijanje održivih alternativa* koji sprovodi UNICEF u partnerstvu sa Ministarstvom rada i socijalne politike, a uz podršku EU.

Ciljevi projekta, u najkraćem, bili su: *dizajniranje, pilot-primena i prilagođavanje modela procene* razvoju dece i raznovrsnim uslugama podrške i *stvaranje preduslova za njegovu integraciju* u postojeću regulativu i dokumentaciju koja se odnosi na proces procene u centrima za socijalni rad, uz izgradnju profesionalnih kapaciteta voditelja slučaja za primenu te nove, holističke, detetu usmerene metodologije.

Deca sa smetnjama u razvoju zahtevaju posebne oblike brige i zaštite na njihovom putu odrastanja, razvoja, socijalizacije i socijalnog uključivanja. Na putu ka celovitoj i uspešnoj zaštiti ove dece, prvi korak predstavlja *adekvatna procena njihovih potreba*, iz koje treba da sledi planiranje vrste usluga, intervencija/podrške, njihovih nosilaca (službe/usluge), relevantno obučavanje stručnjaka i finansijska potpora.

Podrška deci sa razvojnim teškoćama u svakoj fazi njihovog razvoja i socijalizacije/inkluzije treba da je socijalno validna i funkcionalno zasnovana. To je izazovno i postavlja posebne zahteve onima koji se poduhvataju pravljenja modela procene i pripadajuće baterije instrumenata. Procena bi trebalo da se temelji na razvojno dinamičkim i kontekstualnim principima sledeći ekološki model i da zahteva *ekspliciranje odabranog teorijskog okvira i pojmovnu određenost*, razvijanje metodološkog pristupa u procenjivanju, odgovarajuće *instrumente* i jasno *razrađena uputstva i indikatore* za procenjivanje, *kulturološku prilagođenost* i moguću *samerljivost sa optimalnim vidovima relevantne podrške*, kao i neophodne *kompetencije procenjivača*.

Put do modela

Sadašnja situacija kod nas – analiza na prikupljenim podacima. U cilju definisanja odgovarajućeg modela procene i pripadajuće baterije instrumenata krenuli smo prvo od pregleda dosadašnjih domaćih i stranih iskustava, a zatim i od odgovarajuće, na Zapadu, bogate literature. Ali, bilo je jasno da tuđa iskustva i modeli mogu da nam pomognu samo na konceptualnom nivou, kao polazni okvir. Međutim, model procene treba da bude primenljiv na situaciju u našoj zemlji. On treba da bude u skladu sa osobenim razvojno-strateškim kretanjima u oblasti socijalne zaštite, kao i zahtevima svakodnevnih prakse u centrima za socijalni rad, a iznad svega, potrebama korisnika – deci/mladima sa smetnjama u razvoju.

Radi upoznavanja sa aktuelnom situacijom u oblasti zaštite dece sa smetnjama u razvoju krenuli smo prvo od već postojećih podataka u Centru za porodični smeštaj, Beograd (2009), u čijem su fokusu bila deca sa razvojnim ili zdravstvenim teškoćama, koja se nalaze u hraniteljskim porodicama. Izvršili smo posebnu analizu sa ciljem upoznavanja sa sadašnjim stanjem i problemima hraniteljstva dece sa smetnjama u razvoju. Hraniteljstvo u okviru Unicefovog projekta *Deci je mesto u porodici – transformacija rezidencijalnih ustanova za decu i razvoj održivih alternativa* viđeno je kao odgovarajuća alternativa u unapređenju kvaliteta podizanja dece sa smetnjama u razvoju koja su bila na institucionalnom smeštaju. Analiza je izvršena na podacima prikupljenim u hraniteljskim porodicama u Beogradu, kao i anketiranjem centara za socijalni rad za potrebe pilot-istraživanja čiji je cilj bio prikupljanje podataka o nekim karakteristikama dece sa smetnjama u razvoju radi planiranja

aktivnosti za regrutovanje odgovarajućih hraniteljskih porodica. Od centara za socijalni rad tražilo se da informišu o planovima za decu za „specijalizovano hraniteljstvo“¹. Podaci su dobijeni od 109 centara, odnosno 80% od ukupnog broja u Srbiji.

Navodimo tek neka od zapažanja na osnovu prikupljenih podataka: evidencija o deci sa razvojnim teškoćama i ometenosti je manjkava; neophodna je, kako početna procena kao osnov za individualne planove zaštite, tako i periodična, ponovna procena; stručnjaci u velikoj meri prepuštaju hraniteljima da se sami nose sa problemima u čiju prirodu nisu ni upućeni.

Naša obuhvatna analiza je pokazala da *mnogo toga u sistemu zbrinjavanja dece sa smetnjama u razvoju ne funkcioniše valjano*. Sistem procene, odnosno kategorizacija, način i pristup u smeštanju dece na hraniteljstvo, odsustvo valjane podrške koja bi bila i u funkciji reevaluacije početne procene, zatim nedostatak odgovarajućih resursa u lokalnoj zajednici, neznanje i predrasude stručnjaka i hranitelja – gotovo sve kao da radi *protiv najboljeg interesa deteta*.

Direktan kvalitativno/kvantitativni pristup – fokus-grupe. Kako bismo se o naslućenim problemima i pitanjima upoznali i direktno, te stekli celovitu sliku o situaciji, organizovali smo sastanke fokus-grupa glavnih, neposrednih aktera u brizi o deci sa smetnjama u razvoju: *roditelja, hranitelja i stručnjaka*, kao i predstavnika *donosilaca odluka* u odgovarajućim gradskim i republičkim telima.

Organizovane su i realizovane tri fokus-grupe sa oko ukupno 60 učesnika. Razgovor za učesnike fokus-grupa za biološke roditelje i hranitelje, dakle *odgajatelje*, organizovan je u dva segmenta.

Prvi je obuhvatao *iskustva*: informisanost o procedurama, dostupnim službama, zakonodavstvu i pravima, iskustva na osnovu procene – kategorizacije (u koje svrhe su rađene procene, ko je radio procenu, kako je vide – na čemu je bio fokus, kakvi su bili ishodi, odnosno efekti po dalji kvalitet života deteta i porodice; koliko im je pomogla u svakodnevnom životu, koliko su participirali u proceni i donošenju odluka i da li su zadovoljni učešćem). Razgovaralo se i o tome koju vrstu *podrške* koriste i kakav je kvalitet podrške (kome se obraćaju za podršku, gde je dobijaju – dostupne službe i njihov kvalitet; koje su im specifične potrebe u odnosu na teškoće/invalidnost deteta i sredinu, sa čim najteže izlaze na kraj, razlike u odnosu na male sredine i gradove, saradnja sa stručnjacima u svim fazama procesa).

Drugi deo razgovora odnosno diskusije bio je usmeren na prikupljanje *preporuka* koje bi se odnosile na različite aspekte procene (svrha, ishod, trajanje, mesto...).

Na *stručnjacima*, prvi deo razgovora je obuhvatao *pregled aktuelne prakse procenjivanja* u centrima, komisijama i drugim ustanovama (cilj/svrha procena; elementi/ključni indikatori za procenjivanje potreba, dalje referisanje i donošenje odluka; instrumenti koje koriste), dostupnost i raspoloživost službi, razlike u odnosu na male sredine i gradove, mogućnost praćenja efekata, interesorna i saradnja sa drugim ustanovama. Diskusija koja je trebalo da iznedri preporuke za tim projekta bila je usmerena na nekoliko važnih pitanja, od kojih izdvajamo: neophodni nivoi procene za postojeću praksu socijalnog rada i elementi koje instrument za procenu treba da sadrži, trajanje procene, neophodne dodatne veštine i znanja radi unapređenja procesa procene.

Da bismo mogli učiniti valjanu i obuhvatnu analizu iz više uglova, međusobno porediti mišljenja, iskustva i stavove raznovrsnih učesnika fokus-grupa, od svih njih prikupili smo i podatke odgovarajućim *upitnikom*. Prvi deo upitnika se sastojao od petnaestak pitanja zatvorenog tipa kojim smo prikupili mišljenja o osnovnim pitanjima procene deteta sa teškoćama. Ta pitanja su bila zajednička za sve tri grupe učesnika focus-grupa. Na taj način je bilo moguće poređenje njihovih odgovora na iste teme. Drugi deo upitnika su činila otvorena pitanja specifičnog sadržaja za pojedinu vrstu učesnika².

Do sada realizovane edukacije za primenu modela procene ROD (roditelji, odgajatelji, deca) i njihova evaluacija, kao i „pilotiranje“ na preko stotinu dece/podrođica predstavljali su stalni, nepresušni izvor informacija i ideja, koje su dodatno obogaćivale naše razumevanje potreba dece sa smetnjama u razvoju i njihovih porodica, snaga ali i prepreka u njihovom realizovanju, kao i potreba stručnjaka za posebnim znanjima i veštinama u procenivanju istih.

1 Koristimo termin koji je u zvaničnoj upotrebi kada se radi o hraniteljstvu dece sa teškoćama.

2 O nalazima rada fokus-grupa i rezultatima prikupljenim odgovarajućim upitnicima biće reči u poglavlju Procena potreba, teškoća, snaga i podrške.

Ova publikacija je prvenstveno namenjena edukaciji stručnjaka za primenu modela procene ROD kao njen sastavni deo, ali verujemo da će biti korisna i svima onima koji su bave zaštitom dece sa smetnjama u razvoju i srodnim, ranjivim grupama dece. Ona ima za cilj da pruži opšta znanja kao okvir za neophodna specifična znanja, veštine procenjivanja, i njihovu primenu u procesu procenjivanja po modelu ROD.

Publikacija je podeljena u tri velike celine:

Prva, *Dete kao vrednost* (dete i njegove potrebe) bavi se ključnim pitanjima njegovog razvoja, konceptualnim i praktičnim pitanjima vezanim za dete sa smetnjama u razvoju, pitanjima roditeljstva generalno, a dece sa smetnjama u razvoju posebno, sa svim njegovim izazovima i teškoćama.

Druga, pod naslovom *Kako proceniti potrebe deteta* obuhvata procenu potreba, teškoća, snaga i podrške te procedure, kao i postupke i specifične procene.

Treća celina obuhvata pitanja relevantna za *vođenje kroz proces procene po modelu ROD do donošenja zaključka*, kao i integraciju procene u praksu socijalnog rada.

Prilog sadrži razvojni podsetnik.

U koncipiranju i pisanju ove publikacije učestvovali su iskusni eksperti iz relevantnih oblasti. Međutim, brojni stručnjaci socijalne zaštite i relevantnih organizacija iz nevladinog sektora (uključujući i udruženja roditelja) su svojim korisnim primedbama i sugestijama prvo pomogli u koncipiranju modela, a potom i ponavljanom doterivanju pripadajuće baterije instrumenata. Takođe, realizovane edukacije za primenu ovog modela doprinele su da se stekne uvid u potrebe stručnjaka za određenim i specifičnim informacijama i znanjima, što je omogućilo da se napravi koncepcija ove publikacije. Zato svima njima zahvaljujemo na doprinosu. Nama posebno dragoceni „konsultanti“ sa svojim neposrednim iskustvom u gajenju dece sa smetnjama u razvoju bili su roditelji te dece³ i hranitelji⁴ – „eksperti“ za procenu njihovih svakodnevnih potreba, snaga i teškoća.

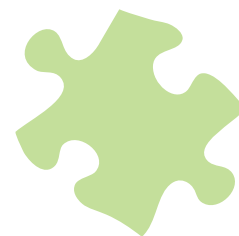
Posebnu zahvalnost dugujemo i Gregu Keliju, našem konsultantu iz Velike Britanije, koji je bio dovoljno otvoren za osobenosti našeg sistema socijalne zaštite i uputio nas u moguću primenu iskustva zemalja sa savremenim sistemima procenjivanja.

Dakle, ova publikacija je rezultat ukupnog iskustva i dragocenih doprinosa (sugestija, primedbi, evaluacije) svih mnogobrojnih učesnika, realizatora pomenutog projekta i ovo je prilika da svima njima zahvalimo na saradnji.

Bez značajne kontinuirane, raznovrsne podrške Kancelarije Unicefa u Beogradu bila bi nemoguća realizacija ideja i samog modela procene ROD, kao ni ove publikacije, značajne za njegovu primenu.

3 Članovi udruženja Naša kuća i Malo do sreće, Beograd.

4 Centar za porodični smeštaj, Miloševac.



DETE KAO VREDNOST

RAZVOJ DETETA
DETE SA SMETNJAMA U RAZVOJU
NAJZNAČAJNIJI ODRASLI U ŽIVOTU DETETA



RAZVOJ DETETA

Branka Radojević

Kako stimulirati razvoj deteta sa autizmom? Koje tehnike treba koristiti u preoblikovanju ponašanja sedmogodišnjaka koji je neposlušan i agresivan prema vršnjacima? Dete ima problema u savladavanju školskog gradiva, kako mu pomoći? Kako odučiti dete da sisa palac? Kada se obratiti za pomoć u vezi sa noćnim mokrenjem deteta i koji metod primeniti za njegovu redukciju? Ovo je samo mali uzorak iz mnoštva pitanja sa kojim se suočavaju praktičari koji rade sa decom i porodicama. Da bi na njih odgovorili, nužno je da poznaju teoriju razvoja, jer ona daje okvir za organizovanje zapažanja i iskustava, daje smisao onome što se opazi i odgovor na praktična pitanja. Drugim rečima, teorija je temelj za praktično delovanje jer tek kada razumemo razvoj, možemo i da utičemo na njega. Postoje brojne teorije o ljudskom razvoju, a teško je snaći se i opredeliti. Za praktičara od toga zavisi kako će razumeti problem i koje od metoda i tehnika će upotrebiti.

Razvojne paradigme, stadijumi i kritične tačke razvoja¹

Proširivanje interesovanja istraživača sa prvih dvadeset godina života u razvoju individue dovelo je do promene gledišta u kome se detinjstvo smatralo periodom velikih promena, odraslo doba – vremenom stagnacije, a starost, dobom zalaska – opadanja funkcija i sposobnosti. Aktuelni koncept celoživotnih promena nudi kompletniju sliku razvoja čoveka, sa fazama koje obuhvataju čitav životni vek². Smatra se da se unutar svakog perioda razvoja događaju promene na fizičkom, kognitivnom i emocionalno-socijalnom planu i svaka od njih postavlja posebne izazove pred individuu. Razvoj se posmatra kao višedimenzionalan i višesmeran proces koji se odvija pod uticajem bioloških, psiholoških i socijalnih činilaca. U osnovi je plastičan (iako ta sposobnost sa starenjem opada) i odvija se u različitim kontekstima (Baltes, Linderberger i Straudinger, 1998; Smith i Baltes, 1999). Mada se odustalo od mišljenja da razvoj prestaje u adolescenciji, evidentno je da se u prvoj četvrtini života dešavaju promene koje najviše oblikuju pojedinca. Predstavićemo nekoliko osnovnih paradigmi u nauci, koje se bave tumačenjem razvoja.

Dinamska perspektiva, uključujući teoriju vezivanja/privrženosti

U okviru ovog pravca postoje brojni značajni autori, od kojih ćemo pomenuti Sigmunda Frojda (Sigmund Freud, 1856–1939), Erika Eriksona (Erik Erikson, 1902–1994) i Džona Bolbija (John Bowlby, 1907–1990).

Psihoseksualni stadijumi	Uzrast	Opis
Oralni	0–1 god.	Zona oko usana je centar osetljivosti, a dete usmerava aktivnosti na dojkicu ili bočicu.
Analni	1–3 god.	Usmerenost na aktivnosti pražnjenja creva i bešike, a uspostavljanje navika čistoće postaje glavno bojno polje između deteta i odgajatelja.
Falusni	3–6 god.	Impulsi nagonskog dela <i>ida</i> , premeštaju se u područje genitalija, za koje dete razvija interes, kao i za polne razlike. Kroz identifikaciju sa roditeljima, deca formiraju psihosocijalni identitet koji određuje i njihovu seksualnu preferenciju, koja ostaje stabilna tokom života. Potiskivanjem nepoželjnih impulsa, u ovom periodu počinje da se formira i <i>superego</i> .
Latencija	6–11 god.	Seksualno interesovanje se naizgled gubi, a <i>superego</i> nastavlja da se razvija. Dete usvaja društvene vrednosti.
Genitalni	Adolescencija	Buđenje hormona budi i ponovno interesovanje za seksualnost, koje rezultira formiranjem partnerskih odnosa i porodice.

Izvor: Berk, E. L. (2008).

- 1 Za odeljak o razvojnim paradigmama i teorijama korišćeni izvori: Berk, E. L. (2008); Brazelton, B. i Sperou, Dž. (2008); Erikson, E. (1963); Hwang, P. & Nilsson, B. (2000); Kondić, K. (2002); Kondić, K. i Levkov, Lj. (1994); Mitić, M. (2005); Pijaže, Ž., Inhelder, B. (1988).
- 2 Razdoblja u životu čoveka: prenatalni (do rođenja), period odojčeta i najranijeg detinjstva (do 2 godine života), rano detinjstvo (2–6 godina života), srednje detinjstvo (6–11 godina života), adolescencija (11–20 godina života), rano (20–40 godina), srednje (40–60 godina) i kasno doba života (preko 60 godina).

Frojd je smatrao da je ličnost dinamičko polje kojim upravljaju nagoni i motivi. Otuda je ljudsko ponašanje kao matematička slagalica u kojoj nema ničeg slučajnog i nelogičnog. Svaka individua ekonomiče sa određenom količinom fizičke i psihičke energije, čiji je derivat libido, a koji se manifestuje kroz ispoljavanje interesa za određeni deo tela, što se menja sa uzrastom.

Interakcija između deteta i roditeljskih figura i kako dete izlazi na kraj sa konfliktima za vreme ovih stadijuma, presudna je za formiranje ličnosti. Ukoliko se konflikti faze ne razreše, energija se može fiksirati na tom nivou, što znači da individua raspolaže sa manjim nivoom energije za savladavanje prepreka narednog stadijuma, čime se opstruiše njeno aktuelno funkcionisanje i dalji razvoj. U pogledu strukture ličnosti, Frojd navodi tri sloja ličnosti: *id*, *ego* i *superego*. *Id* je izvor nesvesnih impulsa i povinuje se principu želje, tj. *želi odmah i sve*. *Ego* deluje u skladu sa principom realnosti, koji usklađuje potrebe i zahteve *ida* sa stvarnošću, i omogućava odlaganje zadovoljenja potreba. *Superego* je unutrašnji regulator, nastao identifikacijom sa roditeljskim figurama i internalizacijom zabrana i normi, koji omogućava individui raspoznavanje dobrog i lošeg, kontrolu *ida* i intrinzičnu moralnost, koja nije uslovljena pretnjom kazne.

Teorija Erika Eriksona o razvoju identiteta sadrži bitne postavke o ljudskom razvoju od rođenja do odraslog doba. Erikson ne poriče Frojduvu tezu o važnosti prvih pet godina života u razvoju ličnosti, ali napušta ideju da se razvoj okončava sa pubertetom. On smatra da se odvija od rođenja do poznog životnog doba u osam faza, u okvirima osnovnih konflikata karakterističnih za svaku fazu. Specifični konflikti ili krize svake faze mogu se razrešiti dobro ili loše.

Osnovni konflikt	Uzrast	Positivno razrešenje	Negativno razrešenje
Poverenje – nepoverenje (oralni)	0–1,5 god.	Sticanje poverenja u okolinu, osećanja sigurnosti i odvažnosti. Sposobnost da prebrodi frustraciju i odloži trenutno zadovoljenje potreba.	Rezignacija, sumnjičavost i odbojnost.
Autonomija – sumnja (analni)	1,5–3 god.	Sticanje poverenja u svoje sposobnosti, a time veće samopouzdanje, volju, samokontrolu i samosvest. Fleksibilan pristup prema životu.	Prisilne radnje, ambivalencija ili preterana zavisnost, koji vode ka oslabljenoj volji i poteškoćama da se napravi razlika između svojih i tuđih potreba. Stidljivost, sumnja i loša kontrola impulsa. Borba za autonomiju često se koncentriše oko navika čistoće.
Inicijativa – krivica (falusni)	3–6 god.	Podsticanje preduzimljivosti i radoznalosti.	Osećanje krivice, pasivnost i nedostatak inicijative, i u delima i u osećajima.
Aktivnost – inferiornost (latencija)	6–12 god.	Kompetentnost i adekvatnost.	Osećaj inferiornosti i neadekvatnosti u odnosu na sopstvene potrebe i zahteve socijalnog okruženja.
Identitet – konfuzija	Adolescencija 12–18 god.	Razvoj identiteta i snalaženje u socijalnim relacijama.	Konfuzija i nisko samopoštovanje.
Intimnost– izolacija	Rano odraslo doba 19–40 god.	Formiranje partnerskih relacija i intimnosti.	Usamljenost i izolacija.
Stvaralaštvo – stagnacija	Srednje odraslo doba 40–65 god.	Formiranje porodice, roditeljstvo i kreativnost od koje imaju koristi drugi ljudi.	Stagnacija i nizak kvalitet života.
Integritet ličnosti – očaj	Starost > 65 god.	Osećaj ispunjenosti, životna mudrost.	Žaljenje, ogorčenost i očaj.

Izvor: Erikson, E. (1963); Hwang, P. & Nilsson, B. (2000); Berk, E. L. (2008); Radojević, B. (2002).

Negativna rešenja prethodne faze boje i otežavaju prolazak kroz narednu fazu i njeno razrešenje na pozitivan i konstruktivan način. On ističe da se individualni razvoj ne može objasniti bez specifičnih uticaja kulture koja postavlja zahteve pred pojedinca, i prepoznaje da nagle društvene tranzicije mogu negativno da utiču na razvoj jedinke.

Lekar i psihoanalitičar Džon Bolbi postavio je temelje teorije vezivanja/privrženosti. Inače se bavio decom koja su odrasla u institucijama. Smatrao je da su njihova povećana smrtnost i teškoće u razvoju posledica neuspostavljanja stabilne veze sa bar jednom odraslom osobom. Socijalni razvoj deteta Bolbi deli u četiri faze. U prvoj, novorođenče uči da razlikuje ljude kao grupu od ostalih stimulusa i konteksta. U ovoj fazi nije bitna osoba koja odgovara na dečiji signal, već da postoji odgovor. Tek u drugoj fazi, u periodu od mesec i po dana, deca počinju specifično da reaguju na roditelje, odnosno osobu koja je najčešće uz njih. Od šest meseci života, deca razvijaju poseban odnos sa roditeljskim figurama, protestuju ako im odu iz vidokruga, ali imaju predstavu da ne nestaju i da ih svojim plačem i ponašanjem mogu dozvati i kontrolisati. Četvrta faza ili prelaz u razvoju nastaje sa uzrastom od treće godine, kada deca ispoljavaju povećanu potrebu za interakcijom sa drugom decom, okolinom i sama je iniciraju. Ako roditeljske figure adekvatno odgovaraju na potrebe deteta, ono stiče sliku o svetu kao sigurnom mestu za život u kome može da ima poverenje u ljude. U suprotnom, dete može da razvije poremećaj vezivanja, koji predstavlja relativno učvršćen obrazac, a odražava se na emocionalno, bihevioralno i kognitivno funkcionisanje individue i utiče negativno na kvalitet relacija koje uspostavlja kroz čitav život.

Doprinos dinamskih teorija za razumevanje razvoja je ogroman. Razrađena je teza da se razvoj odvija kroz stadijume ili faze, rasvetljen značaj prvih godina života za formiranje ličnosti, istaknuta važnost porodice, pre svega dijade dete–roditeljska figura, i kulture u tom procesu. Zahvaljujući dinamskim teorijama može se dobiti odgovor i objašnjenje za brojna ponašanja dece koja muče odgajatelje i praktičare. Prepoznato je da deca u situacijama dramatičnih promena ili nepovoljnih događaja, kada se osećaju ugroženo ili povređeno, često regrediraju na ponašanja iz prethodnih razvojnih faza. (*Dakle, nešto što je dete znalo i umelo, odjednom ne može i ne zna, kao npr. počinje da tepa, iako je pravilno izgovaralo reči, nekontrolisano se umokrava, iako je bilo formiralo naviku ...* Kondić, 2002). Posmatrajući Frojdove psihoseksualne stadijume, jasno je zašto dete u periodu od treće do šeste godine života intenzivnije počinje da se interesuje za genitalije, polne razlike i zbog čega dosađuje sa pitanjem: odakle dolaze bebe. Praktična implikacija teorije vezivanja i dinamskih pravaca tiče se važnog pitanja uvremenjenosti intervencija kojima želimo da dovedemo do promene, pre svega u emocionalno-socijalnom statusu i ponašanju deteta. Naime, praksa je pokazala da kod dece sa poremećajima vezivanja teškoće nastaju u prvim godinama života i učvršćuju se kao obrasci ukoliko se ne interveniše na ranim uzrastima. Za preoblikovanje ponašanja potrebno je kontinuirano pozitivno iskustvo života sa bar jednom odraslom figurom pre puberteta (dok su deca još razvojno plastična i emotivni obrasci podložni promenama). Ukoliko se zakasni, naknadnim intervencijama mogu se malo ublažiti posledice, ali nemogućnost formiranja adekvatnih interpersonalnih relacija i druge teškoće, ove pojedince svrstavaju u visokorizičnu grupu. Dakle, posledice lišavanja u ranom uzrastu, naročito emocionalnog, ukoliko se rano ne prepoznaju i ne ublaže, manje-više su ireverzibilne.

Teorije učenja

Ovaj pravac odlikuje se brojnim teorijama. Jedna od njih je teorija klasičnog uslovljavanja, ruskog fiziologa Ivana Pavlova (1849–1936) i osnivača biheviorizma Džona Votsona (John Watson, 1878–1958) koji se takođe bavio vezom stimulus–reakcija da bi objasnio emocionalno uslovljavanje. Omogućili su razumevanje kako draži, asociirane sa stimulusima, koje izazivaju reakcije kod pojedinca i same postaju izazivači reakcija. Skinner (Burrhus Skinner, 1904–1990) se bavio instrumentalnim uslovljavanjem, koje omogućava razumevanje učenja složenijeg ponašanja. Po ovoj teoriji, učvršćuju se ona ponašanja koja dovode do pozitivnih ishoda. Pozitivno potkrepljenje utiče da pojedinac usvaja ono ponašanje koje se nagrađuje. Teorije socijalnog učenja, u koje spada i učenje po modelu Alberta Bandure (Bandura, 1925–), naglašavaju da se ponašanje uči i posmatranjem uzora, bez potrebe za nagrađivanjem. Ovom teorijom dobro se objašnjava kako usvajamo sistem vrednosti, polne uloge i kako se usavršavamo u socijalnom smislu.

Zajedničko za sve ove teorije jeste da posmatraju život kao kontinuirani proces učenja, a ljudsko ponašanje kao rezultat uticaja okoline. Ove teorije su u osnovi optimističke jer impliciraju da, pošto se nepoželjna ponašanja uče, mogu i da se redukuju tj. oduče i zamene socijalno poželjnim.

Bihevioralna analiza omogućila je da se demistifikuju i objasne mnoga ponašanja za koja se činilo da su urođena, a u stvari su posledica iskustava i načina vaspitanja: fobije, destruktivnost, poremećaji ponašanja, itd. Zahvaljujući ovom pravcu, prepoznato je da se ponašanje dece najlakše oblikuje doslednim nagrađivanjem pozitivnih pomaka, što je omogućilo koncipiranje brojnih sistema nagrađivanja ukoliko dete praktikuje željeno ponašanje. Ovaj okvir omogućava razumevanje nastanka fobija, mehanizama imitacije i identifikacije, sticanja motornih, socijalnih i drugih veština. Mnoge psihoterapijske tehnike proizašle su iz teorija učenja, među njima tehnike za prevladavanje akutnog napada panike, fobija, psihogenih seksualnih disfunkcija, redukciju noćnog mokrenja, rad sa decom sa poremećajima ponašanja, koja zaostaju u razvoju ili ispoljavaju teškoće u učenju...

Kognitivističke teorije

Pošto je proučavanje različitih oblika učenja u bliskoj vezi sa proučavanjem mišljenja, smatra se da su ove dve grupe teorija u vezi. U kognitivističkoj paradigmi, čovek je aktivno/intencionalno, racionalno i svesno biće, koje formira sliku sveta u skladu sa svojim iskustvima i razvojnim stadijumima. Fokus analize su procesi mišljenja: kako individua prerađuje stvarnost i kako to utiče na njeno ponašanje. Ranija iskustva upravljaju razmišljanjem u sadašnjosti i anticipacijom budućih događaja i ishoda.

Žan Pijaže (Jean Piaget, 1896–1980) je smatrao da deca aktivno grade svoj kognitivni sistem istražujući svet koji ih okružuje i manipulišući njime. Došao je do četiri glavna stadijuma u kognitivnom razvoju deteta.

Stadijum	Uzrast	Opis
Senzomotorni	0–2 god.	Spoznaju stvarnost preko čula i motoričkih veština, dakle delovanjem. Kod novorođenčeta se uočavaju refleksi, a pri kraju stadijuma uspostavljena je kompleksna usklađenost senzornih i motornih veština. Postoji stalnost objekta (poseže za njim, traži ga, čak i kada mu nestane iz vidokruga) i mentalne reprezentacije.
Predoperacionalni	2–7 god.	Razvijaju simboličko mišljenje i jezik. Karakterističan je egocentrizam, pogled na svet iz sopstvene perspektive. Mišljenje je intuitivno, a ne i logičko.
Konkretno operacionalni	7–11 god.	Razmišljanje je sistematsko i logičko, ali samo na konkretnom nivou. Razumeju i mogu primeniti logičke operacije kako bi protumačili specifična iskustva ili poimanja. Razumeju brojeve, klasifikaciju, konzervaciju.
Stadijum formalnih operacija	>12 godina	Apstraktno, logičko mišljenje i baratanje hipotetičkim pojmovima. Sa pubertetom i u odrasloj dobi uspostavljaju se apstraktne operacije.

Izvor: Berk, E. L. (2008).

Čovek teži razumevanju sveta oko sebe i mentalnom balansu, što je pokretač inteligencije. U procesuiranju stvarnosti pojedinac koristi mehanizme asimilacije i akomodacije. Asimilacija predstavlja uklapanje novih iskustava u postojeće sheme, a akomodacija zahteva menjanje postojećih struktura i shema. Shema predstavlja balans između slike u svesti i iskustva i omogućava snalaženje u svakodnevnom funkcionisanju. Prva shema koju stičemo u životu je shema sisanja i hvatanja, a zrela osoba raspolaže čitavim skupom. Ako shema ne može da objasni novo iskustvo, nastaje neravnoteža i ona se preinačuje – nastaje nova.

Sociokulturna teorija Vigotskog (1896–1934) ima veliki značaj jer daje osnovu za razumevanje načina na koji se kultura – vrednosti, verovanja, običaji, prenose na sledeću generaciju. Socijalna interakcija, odnosno komunikacija, ključna je za sve aspekte razvoja deteta (saznajni, emocionalni, socijalni i moralni) i vremenom postaje sastavni deo njegovog mišljenja. Internalizujući bitna obeležja tih dijaloga, deca koriste unutrašnji govor u upravljanju sopstvenim mišljenjem i ponašanjem. Za razliku od Pijažea koji je naglašavao samostalnost nastojanja deteta da razume svet oko sebe, Vigotski je kognitivni razvoj video kao društveno posredovan proces, koji počiva na interakciji i komunikaciji sa neposrednim akterima u okruženju deteta. On je takođe rasvetlio važan koncept *zone narednog razvitka*, kojim se ističe važnost uvremenjenosti stimulacije. Za pravilno podsticanje razvoja, nužno

► DECA SA PROBLEMIMA U PONAŠANJU

Antisocijalno ponašanje obuhvata širok spektar aktivnosti koje imaju za posledicu kršenje socijalnih pravila i/ili ugrožavanje drugih. U psihijatriji se repetitivna antisocijalna ponašanja koja su se učvrstila kao model funkcionisanja nazivaju **poremećaj ponašanja i negativističko-inadžijsko ponašanje** (DSM-IV).

Kriterijumi za dijagnostikovanje poremećaja u ponašanju:

1. Prisustvo tri ili više od navedenih antisocijalnih ponašanja u prethodnih godinu dana (bar jedno prisutno u poslednjih šest meseci): maltretiranje i pretnje drugima, započinjanje tuča, upotreba oružja, fizička okrutnost prema ljudima ili životinjama, krađa udružena sa nasiljem ili bez nasilja nad žrtvom, prinuda na seksualne aktivnosti, podmetanje požara, uništavanje imovine, upad u tuđi posed (kuću, auto), laganje, ostajanje noću izvan kuće, bežanje iz škole;

2. Antisocijalna ponašanja vode ka značajnom oštećenju, nazadovanju u socijalnom i obrazovnom/profesionalnom funkcionisanju mlade osobe.

Negativističko-inadžijsko (suprotstavljajuće, hostilno, prkosno) ponašanje:

1. Traje najmanje šest meseci i uključuje ne manje od četiri navedena ponašanja: gubljenje kontrole, svađa sa odraslima, odbijanje zahteva ili pravila odraslih, namerno uznemiravanje ljudi, okrivljavanje drugih, podložnost provokacijama, ljutitost i ozlojeđenost, pakost i osvetoljubivost;

2. Vodi ka značajnom oštećenju, nazadovanju u socijalnom i obrazovnom/profesionalnom funkcionisanju mlade osobe;

3. Nije nužno segment psihotičnog ili afektivnog poremećaja;

4. Ne ispunjava kriterijume klasifikacije za poremećaj ponašanja.

Danas prevladava stav da su agresivnost prema drugima i druga antisocijalna ponašanja posledica primarno naučenog ponašanja, i to putem posmatranja, imitiranja, isprobavanja i ponavljanja (**učenje po modelu** - Bandura, Barou, Montagu, Huesmann). Nastaju, dakle, kao produkt socijalnog učenja, odnosno, interakcije deteta i odraslih osoba koji učestvuju u njegovoj nezi, a u direktnoj su vezi sa fenomenom **prinudnog roditeljstva** i nemogućnosti odgajatelja da prepoznaju i izađu ususret potrebama deteta. Socijalno ekološki pristup uzročnike nasilja i drugih

antisocijalnih ponašanja traži još i šire: ne samo u individualnim i karakteristikama porodice, već u odnosima sa vršnjacima, školskim faktorima i karakteristikama susedstva i zajednice.

Paterson, Reid i Dišon (Patterson, Reid i Dishion) istraživačkim putem došli su do profila odgajatelja čije dete ispoljava problem u ponašanju. Nedovoljno obraćaju pažnju na dete, retko ispoljavaju toplinu i ljubav, nemaju kapacitet za adekvatnu razmenu sa njim, niti su istrajni i dosledni u učvršćivanju socijalnih pravila. Neretko su i sami neadekvatni u socijalnom funkcionisanju. Usled zanemarenosti, dete uči da koerzivnim i iritirajućim stilom ponašanja privuče pažnju. Roditelj propušta priliku da prepozna i adekvatno odgovori na potrebe deteta, kao i da zaustavi njegovo nepoželjno ponašanje kojim **sad i odmah** želi da ostvari cilj, da bi u momentu kada ponašanje dostigne kritičnu amplitudu, iz nezainteresovanosti prešli u grubost i okrutnost. Jednom rečju prevladava zanemarujuće-zlostavljajući odgajateljski stil: roditelji previše popuštaju, a potom se iskaljuju na detetu. Problematičan stil ponašanja dete usvaja već kada prohoda, a njihova primena u igri utiče da vršnjaci počnu da se povlače radi sopstvene sigurnosti. Kao jedino preostalo društvo ostaju slični – druga agresivna i socijalno nevešta deca, koja im pomažu da usavrše i uslože problematično ponašanje.

Nužno je rano prepoznavanje problema u ponašanju deteta, dakle već sa dve, tri godine života, a modeli intervencija moraju biti fleksibilni i usmereni na individualni, porodični i plan škole, odnosno šire društvene zajednice. Otuda su se sistemski modeli, poput Multisistemskog tretmana antisocijalnog ponašanja¹ i terapijskog hraniteljstva Oregonskog kliničko-istraživačkog centra² pokazali vrlo efikasnim.

Branka Radojević

1 Multisystemic Treatment of Antisocial Behaviour in Children and Adolescents, Henggeler, W. S. et al, 1998.

2 Treatment Foster Care (TFC), Oregon Social Learning Center (OSLC), Patricia Chamberlain, Ph.D, 1993.

je raditi sa detetom, ali u periodu u kome je dete na korak do strukturne promene – dakle, ni pre-rano, ni prekasno. Učenje Vigotskog izvanredna je dopuna razvojne evolucionističke teorije, koja vodi koren od Darvinovog rada, preko Konrada Lorenca, Tinbergera (K. Lorenz, Tinberger), a tu se čak može svrstati i Džon Bolbi. One razvoj kognitivnih, emocionalnih i socijalnih sposobnosti objašnjavaju potrebom za opstankom jedinice, odnosno njihovom adaptivnom vrednošću. Važan pojam koji su definisali jeste kritično ili osetljivo razdoblje, a predstavlja period koji je optimalan za razvoj nekih sposobnosti, u kome je pojedinac posebno osetljiv na uticaje iz okoline. Nadoknađivanje je moguće i van tog perioda, ali su ishodi limitirani.

Kognitivističke teorije podstakle su brojna istraživanja i razvoj čitavog niza obrazovnih principa i programa. Kritike su takođe bile brojne. Za Pijažea se smatra da nedovoljno uvažava kulturne i društvene uticaje, a teoretičari koji zastupaju celoživotni razvoj osporavaju njegov zaključak da se posle adolescencije ne događaju značajne promene u kognitivnom razvoju. Vigotskom se zamera

zanemarivanje biološke strane razvoja. Ipak, doprinos ovog pristupa je ogroman. Ako pogledamo školski sistem u našoj zemlji, vidimo da se upravo poklapa sa Pijaževim razvojnim stadijumima. Spremnost deteta da pohađa školu ispituje se u periodu između šeste i sedme godine života, kada se očekuje da osvoji konkretno operacionalni nivo kognitivnog funkcionisanja, a predmete poput istorije (koja zahteva razumevanje pojma pre i posle nove ere), fizike, biologije i hemije dobija posle 11-te godine, kada se pretpostavlja da je ovladalo apstraktnim operacijama. Predškolska nastava, koja je predviđena za uzrast od pet i šest godina poklapa se sa predoperacionalnim periodom i predstavlja zonu narednog razvitka u kojoj stimulacija potpomaže ovladavanje narednim stadijumom – konkretnim operacijama i polaskom u školu.

Sistemska pristup ili paradigma

Osnove ove paradigme postavio je Bertalamfi (Ludvig Von Bertalamfy), definišući sistem kao kompleks elemenata u interakciji, koji ima svoje granice, pravila, a ponašanje pojedinca u sistemu objašnjava se pojmom cirkularne kauzalnosti – što znači da su članovi porodice međusobno uslovljeni u stalnoj dinamičkoj ravnoteži i da promena u jednom elementu utiče na sistem u celini. Ova teorija je rezultat napora da se povežu pristupi u objašnjavanju ljudskog ponašanja usmereni ka pojedincu, sa onima usmerenim ka društvu. U okviru ovoga pristupa pojedinac *se shvata kao sistem umrežen sa ostalim sistemima u okolini, čiji razvoj i formiranje proizilaze i određeni su karakteristikama primarnog pripadajućeg sistema, kao što je porodica* (Mitić, 2005). Poremećaj pojedinca znak je disfunkcije čitavog sistema. Sistemska paradigma najbolje se može shvatiti putem primene na porodici. Savremene teorije porodice (Olson, Steinglass, Carter, Walsh, Barger) usmerene na strukturu, a posebno na razvojno-sistemska potencijal koji se ogleda u životnim ciklusima porodice (poput Eriksonovih životnih stadijuma), omogućavaju razumevanje remetilačkih faktora u razvoju i funkcionisanju konkretne porodice.

Sistemska paradigma značajno je uticala i na razvojnu psihologiju, koja je tradicionalno bila usmerena na pojedinca. Posledica je svest da se ljudski razvoj ne može posmatrati van konteksta grupe, zajednice, društva i kulture u kome se odvija. Ekološka teorija i njen tvorac Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1979) poredi ekološko okruženje pojedinca sa koncentričnim strukturama koje su u interakciji, kao set ruskih babuški, dok je osoba u razvoju, u njihovom jezgru. Svaki koncentrični krug reprezentuje sistem ili podsistem koji je sastavni deo života pojedinca. Ovaj model ne negira važnost bioloških faktora, ali detaljno raščlanjuje druge socijalne i kontekstualne uticaje i njihovu interakciju sa detetom, koji daleko prevazilaze dijadu majka–dete (bioekološki model). Unutrašnji sistem koji se sastoji od aktivnosti i obrazaca interakcije deteta sa neposrednom okolinom, ali i aktera/agenasa njegove socijalizacije međusobno, naziva se mikrosistem. Mezosistem obuhvata veze između mikrosistema npr. porodice, vrtića, škole, dnevnog boravka. Egzosistem je socijalna struktura koja ne obuhvata samog pojedinca, ali može da utiče na njegov razvoj i funkcionisanje. Na primer, fleksibilno radno vreme, plaćeno odustvo sa posla, fondovi koji omogućavaju pristup asistivnoj tehnologiji mogu povoljno uticati na razvoj i funkcionisanje dece sa smetnjama u razvoju ili sa invaliditetom i njihovih odgajatelja. Neformalni izvori podrške deci i porodicama takođe spadaju u egzosisteme. Makrosistemi su najudaljeniji sloj u sistemu koncentričnih krugova (najveća babuška) i odnosi se na karakteristike društva, kulture, zakone, običaje, politiku, itd. Prema Bronfenbrenneru okolina nije statičan, već dinamičan i promenljiv faktor koji ne utiče na ljude uvek na isti način. Te kontekstualne promene, tzv. ekološke tranzicije događaju se čitavog života i važne su prekretnice u razvoju: polazak u školu, promena sredine, brak, promena posla...

Sa stanovišta primene u praksi, sistemska paradigma pokazala se korisna u izgradnji čitavog niza disciplina i metoda koje imaju za cilj pružanje podrške specifičnim grupama korisnika, posebno u socijalnoj zaštiti. Jedna od njih je psihologija u zajednici (Ordorf, prema Mitić, 2005), čiji je opredeljenje da se, pri pružanju podrške, što više treba približiti socijalnom kontekstu osobe i koristiti dostupne, pri ruci, resurse. U ovoj disciplini prevencija se smatra korisnijom od tretmana, dobrodošli

su vidovi samopomoći i učešće neprofesionalaca, a stručnjak aktivno traga za klijentima koji imaju potrebu za podrškom. Sa njim je komplementaran socijalno-inkluzivni model, koji se suprotstavlja tradicionalnom donošenju odluka o klijentu na osnovu dijagnoze. Radi se na uključivanju svih aktera kako bi se obezbedila participacija pojedinca u lokalnoj zajednici, građenju prilika za razvoj i učenje u ekološkom kontekstu. Za razliku od medicinskog modela koji je orijentisan na primarne i sekundarne posledice oštećenja, procenjivanje u inkluzivnom modelu bazira se na dinamičkoj proceni ovladanim veštinama. Iz njega izvode model rehabilitacije u lokalnoj zajednici (Community-based Rehabilitation, CBR) koji se zalaže za primenu najmanje restriktivnog okruženja (Least Restrictive Environment, LRE). Ekološki i socijalno-interaktivni pristupi u kombinaciji sa primenom principa teorija (socijalnog) učenja najčešća su kombinacija koja se primenjuje u radu sa decom sa psihičkim i poremećajima ponašanja. Pošto se smatra da su učionice antisocijalnog ponašanja kuća, škola, vršnjaci, susedstvo, lokalna zajednica, mediji i kultura generalno, u prevenciju te pojave, kao i u intervenciju, moraju se uključiti svi ovi akteri i konteksti.

Uprkos razlikama među teorijama u pogledu nekih temeljnih pitanja, čini se da danas prevladuje uravnoteženo gledište. Smatra se da je razvoj i kontinuiran, ravnomeran, i diskontinuiran, odnosno proces na mahove u skladu sa razvojnim stadijumima. Razvoj se shvata kao celoživotni proces, ali se ne može zanemariti važnost ranih iskustava i kritičnih perioda u kojima stimulacija i uticaji sredine daju najbolje efekte. Ne negira se značaj nasleđa, iako se u većini teorija ističe i vrlo dobro objašnjava uticaj faktora sredine na razvoj. Prepoznaje se važnost ekološkog konteksta u kome raste pojedinac, ali se ne previđa da je ključni agens promene, posebno u ranom periodu, porodica i odgajatelj.

Preporuke za roditelje i odrasle koji se brinu o deci

Ciljevi/zadaci	Aktivnosti odraslog
Rano detinjstvo (0–2)	
Razvijanje primarne afektivne veze	Zadovoljavanje osnovnih potreba (za hranom, presvlačenjem, taktilnom stimulacijom – naručje, grljenje, milovanje)
Razvoj pojma konstantnosti objekta	Igre skrivalica (<i>bu, viru-viru</i>)
Razvoj osnovnih motornih veština (sedenje, stajanje, puzanje, hodanje, hvatanje)	Pomoć pri uspravljanju, hodanju itd. držanje za ruku i igre kojima vežba hodanje
Učenje prepoznavanja reči	Imenovanje objekata, ponavljanje imena igara, čitanje slikovnica
Započinje istraživanje i osvajanje okruženja	Bezbedno okruženje, ohrabrivanje istraživanja okruženja, šetnje, zajednička igra sa igračkama u živim bojama, koje proizvode zvučne i druge efekte
Rani predškolski period (2–4)	
Razvija kontrolu impulsa	Uvođenje i stalno podsećanje na pravila
Razvija jezik	Čitanje jednostavnih priča; igra igara rečima
Imitativna i imaginativna igra	Igranje „kobajagi“ igara, ohrabrivanje imitativne igre primerom „hajde da čistimo kuću“, „hajdemo u prodavnicu“
Razvoj krupne motorike (trčanje, penjanje, ples)	Igranje zajedno sa detetom u parku, pomoć pri učenju vožnje tricikla, zajednički ples uz muziku
Razvoj fine motorne koordinacije	Zajedničko crtanje, nizanje perli, bockalice
Razvoj osnovnog pojma o vremenu	Razgovori o posetama i događajima koji su se desili u terminima „posle ručka“, „pre večere“ i sl.
Diferenciranje onoga što voli i ne voli	Omogućavanje izbora aktivnosti, odeće, hrane

Predškolski period (5–7)	
Razvoj polne identifikacije	Budite otvoreni za razgovor o fizičkim razlikama između dečaka i devojčica. Pričajte o percepcijama polnih uloga; čitajte zajedno knjige i o herojima i o heroinama
Početak razvoja savesti	Postavite pravila i budite konsistentni u njihovom poštovanju; diskutujte sa detetom o posledicama različitih postupaka
Razvoj sposobnosti za rešavanje problema	Podstičite dete da izabira aktivnosti i preuzima inicijativu
Početak razvoja konkretnih operacija (vreme, prostor, količina)	Ukazujte na to šta je uzrok, a šta posledica
Samostalno izvodi zadatke u celini	Planirajte aktivnosti koje imaju početak, sredinu i kraj (kao npr. postavljanje stola, pravljenje kolača ...)
Igra igre sa pravilima	Igrajte jednostavne igre sa pravilima
Polazak u školu	Idite zajedno u kupovinu školske torbe, patika ... Obezbedite dokumentaciju potrebnu za upis u školu
Školski uzrast (7–12)	
Razvoj veština (škola, sportovi, posebna interesovanja)	Pomažite mu/joj oko domaćeg zadatka; zajednički igrajte sportske igre; podržavajte posebna interesovanja (npr. sakupljanje i lepljenje sličica); povedite ga u ribolov i sl.; pohađanje roditeljskih sastanaka i drugih školskih aktivnosti
Druženje sa vršnjacima	Organizujte razmenu poseta sa drugovima i drugaricama; podstičite druženje sa vršnjacima
Uči timsku igru (igra podele uloga)	Učestvujte u početku u igri uloga sa detetom; posmatrajte zajedno timsku igru
Razvoj svesti o sebi	Budite otvoreni i afirmativni u komentarima kojima pružate povratnu informaciju detetu („to ti dobro stoji“...)
Priprema za pubertet	Pričajte o očekivanim fizičkim promenama; otvoreno odgovarajte na pitanja
Rana adolescencija (13–17)	
Prihvatanje fizičkih promena	Pomozite detetu da gradi nove navike (brijanje, kozmetička nega, brusthalter); pružajte informacije o fizičkim promenama
Početak apstraktnog mišljenja	Planirajte zajedno, pričajte o budućnosti, diskutujte o političkim i drugim društvenim temama
Početak romantičnih druženja	Postavite jasna pravila; budite otvoreni da razgovarate o problemu
Postaje samostalniji/a, osamostaljuje se od roditelja	Polako mu/joj prepustajte mogućnost da preuzme odgovornost; dozvolite mu/joj da raspolaže svojim džeparcem
Prilagođava se dinamičnim promenama kod drugova i drugarica	Uključite drugove/dugarice u neku porodičnu aktivnost, izlet, putovanje
Kasna adolescencija (18–22)	
Odvajanje od porodice (eventualno)	Pomozite mu/joj da se osamostali, nađe stan ili posao Budite oprezni i tolerantni na konflikte vezane za proces osamostaljivanja
Razvoj životnih ciljeva i vrednosti	Razgovarajte otvoreno o različitim opcijama i učestvujte u njihovom promišljanju
Zaokruživanje ličnog i polnog identiteta	Pričajte o svojim sopstvenim iskustvima kada ste bili mladi
Razvoj kapaciteta za trajnije veze	Ohrabrujte socijalizovanje na poslu, u školi i u lokalnoj zajednici

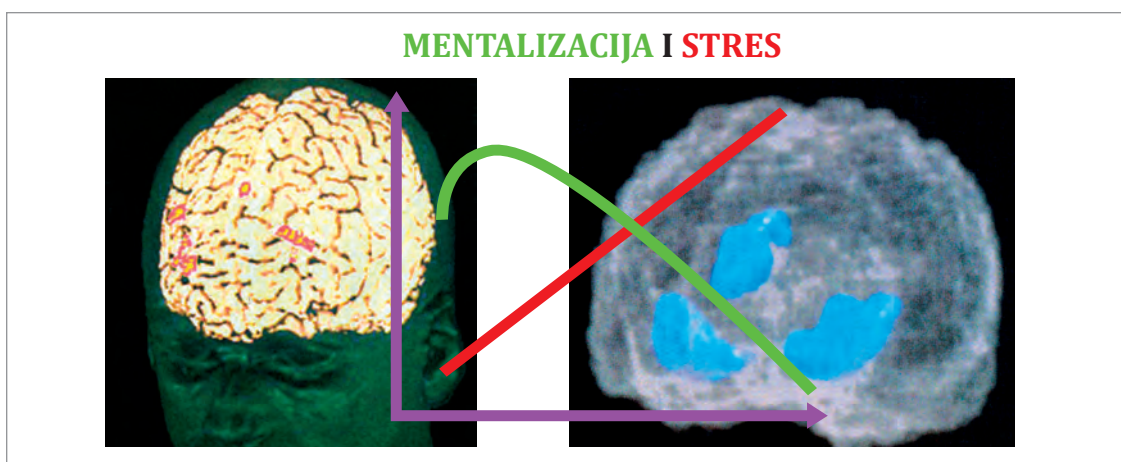
Izvor: New York State Foster Parent Manual, NYS Department of Social Services Summary, 2002. Adaptacija: V. Rajović.

Značaj ranog otkrivanja, prevencije, stimulacije i intervencije

Teorije razvoja i odgovori na druga temeljna pitanja najpotrebniji su u situacijama kada se prijeti da dete ne napreduje očekivanim tempom ili se ispolje druga odstupanja. Senzorno, telesno oštećenje, genetska malformacija, mentalna retardacija, pervazivni poremećaji, ozbiljno hronično oboljenje ili stanje uzrokuju izmene u putanji razvoja. Sa druge strane, činjenica da postajemo ljudska bića tek u interakciji sa okolinom i zahvaljujući socijalnim relacijama, upućuje da upravo u sredinskim faktorima treba tražiti uzroke za mnoga nepoželjna ponašanja i stagnaciju deteta.

Ukoliko dete odrasta u ustanovi, često menja porodicu ili figure roditelja zanemaruju njegove potrebe, odnosno zadovoljavaju ih na nekonzistentan ili zlostavljački način, opstruiše se proces uspostavljanja privrženosti i poverenja između deteta i odraslih osoba, samim tim i osnova na kojoj se temelji njegov razvoj. Sisanje palca, roking (ritmično ljujanje tela i udaranje glavom), neutešno plakanje, dečja onanija, često razbolevanje ili kašnjenje u razvoju govora i motorike upravo su pokazatelji nedostatka ljubavi, nege i stimulacije kod jednogodišnjeg deteta. Rene Špic (Spitz, 1946) koristio je termin *anaklitička depresija* da bi opisao stanje emocionalne otupljenosti dece na ranom uzrastu koja su smeštena u institucije. Iako su pri smeštaju vokalizovala, plakala i na druge načine pokušavala da dozovu odrasle iz okruženja, bez adekvatnog odgovora vremenom su odustala, povlačila se, gubila na telesnoj težini i imala teškoće sa snom. Otuda su sirotišta u koje je ulazio Špic bila neobično tiha, suprotno očekivanju da će njima odzvanjati dečja graja. Rater (Rutter, 1996) i drugi istraživači koji su longitudinalno pratili decu iz ove grupacije, utvrdili su da ispoljavaju brojne teškoće na emocionalnom i socijalnom planu: nemogućnost vezivanja za odrasle, neselektivnu bliskost prema nepoznatima i vršnjacima, sa malo pravih prijatelja, i socijalno rizično ponašanje. Podaci ipak nisu jednoznačni, s obzirom da brojna istraživanja ukazuju na mogućnost nadoknađivanja propuštenog usled razvojne plastičnosti deteta. Tizard i Ris (Tizard i Rees, 1975) dobili su nalaz o stabilnoj vezanosti za odgajateljce dece koja su usvojena na uzrastu između četvrte i šeste godine. Uprkos tome, mogućnost nadoknađivanja opada sa uzrastom, tako da je za dete najbolje ukoliko se pre navršene prve godine života pronađe porodica u kojoj može da se ukoreni i formira stabilne veze sa odraslima.

Sa laičkog stanovišta, zaostajanje u razvoju deteta, zahvaljujući spoljašnjim manifestacijama, postaje uočljivije kako se dete približava drugoj godini života: rudimentaran ili slabo razumljiv govor, nerazvijen hod i fina motorika, npr. dete ne zna da drži pisaljku ili hvata loptu. Ipak, oblast u kojoj zaostajanje čini najviše štete, nije primetna spolja. Adekvatna osetljivost odraslih na reakcije deteta i njegov celokupan psihofizički status omogućava da ono uči da prepoznaje šta mu se događa, šta oseća i da stekne prve pojmove. Unutrašnji i spoljašnji svet deteta, roditelj kontejnira, prerađuje i imenuje. Dete, koje nije imalo pozitivno iskustvo vezivanja bar sa jednom odraslom osobom, zaostaje u pogledu prerade svojih i tuđih osećanja i razumevanja stvarnosti. Mnoštvo podražaja zapljuskuju i zastrašuju dete, a pošto nema osobe koja će ga umiriti i preraditi događaje, svaki novi podražaj izaziva kod deteta egzistencijalni strah da će nestati ili biti uništeno. Dete koje je osposobljeno da prepozna svoja, ali i osećanja, potrebe, intencije drugih ljudi može da uspostavi kontrolu svojih emocija, a pažnju usmeri na zadatak i druge mentalne procese. Drugim rečima kontrola emocija za koje je odgovoran paleokorteks (stari ili tzv. limbički), omogućava mentalizaciju, odnosno neometan rad neokorteksa koji je smešten u kori velikog mozga. Na prvoj slici vidi se da je zona moždane aktivnosti osobe sa sigurnim obrascima vezivanja upravo kora velikog mozga, koja omogućava razmišljanje i intelektualnu obradu stvarnosti. Suprotno tome, ukoliko dete nije razvilo sigurne obrasce vezivanja, konstatno je izloženo stresu koji čini limbički korteks stalno aktivnim, a blokira rad neokorteksa i mentalizaciju, na šta ukazuje druga.



Izvor: Cohen (1994), Servan-Schreiber (1998), prema Wood & Keaveny (2010).

Nemogućnost mentalne obrade utiče da dete anksioznost prazni i odigrava kroz ponašanje, što uzrokuje socijalno uslovljenu hiperaktivnost, poremećaje pažnje i agitiranost. Ukoliko dete odrasta uz majku koja je suviše permisivna ili zanemarujuća, a otac ili očinska figura nudi nasilnički model, ovim ponašanjima se pridružuje i verbalna i fizička agresivnost, napadi besa i druga, za okolinu iritirajuća ponašanja, kojima dete nastoji da privuče pažnju. Poseban je problem što su ova deca socijalno nevešta: ne prepoznaju, ignorišu tuđa osećanja i potrebe ili su nasilna prema drugoj deci, zbog čega postaju nepoželjna u grupi svojih vršnjaka. Ovi modeli funkcionisanja formiraju se već sa dve godine života, ali ih okolina jasnije prepoznaje kao problem tek kad dete krene u vrtić, a naročito u školu: dete ne može da sedi na mestu i prati nastavu, marginalizovano je u grupi vršnjaka ili se druži sa problematičnim vršnjacima, a školski uspeh je ispod očekivanog. Problemi mentalizacije postaju gorući od petog razreda osnovne škole (11 godina), kada se zahteva ovladavanje formalnim operacijama, odnosno apstraktnim mišljenjem. Pod pretpostavkom da je dete sa nepovoljnim uslovima razvoja, bilo relativno uspešno u prva četiri razreda, jer počivaju na konkretnim operacijama; viši

► POREMEĆAJ PAŽNJE – HIPERAKTIVNOST (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ili ADHD)

Hiperaktivnost je termin koji se koristi za dve grupe simptoma: poremećaj organizacije pažnje i psihomotorni nemir. Bazična klasifikacija DSM-IV razlikuje tri podoblika ovog sindroma: kombinovani tip gde su zastupljeni i deficit pažnje i hiperaktivnost/impulsivnost, dominantno nepažljiv i dominantno hiperaktivno-impulsivni tip. Pažnja, motorika, percepcija, kognicija, govor, emocije i socijalno ponašanje su domeni u kojima se ispoljavaju teškoće.

Pažnja: Odsustvo selekcije sadržaja prema važnosti, nemogućnost da se usmeri na zadatak i detalje, organizuje i zadrži pažnja – lako zamaranje i dopuštanje da pažnju odvuku nevažni stimuli; često prelaženje sa jedne na drugu aktivnost. Neslušanje sagovornika i nerazumevanje instrukcije vaspitača i nastavnika. Zaboravnost i gubljenje stvari.

Motorika: Vrpoljenje i uznemirenost, često ustajanje na času i u drugim situacijama gde se očekuje mirovanje na mestu, preterano aktivno i nefunkcionalno ponašanje, nespretnost i nestabilnost – poremećaj ravnoteže sa čestim padovima.

Percepcija i kognicija: Smetnje u vidnoj i slušnoj percepciji, teškoće u savladavanju čitanja, pisanja i crtanja.

Govor: Problemi u artikulaciji, siromašan rečnik, kratke forme izražavanja, gramatičke greške u govoru; davanje odgovora pre nego se sasluša pitanje, nemogućnost da se sačeka red kada se govori u grupi, prekidanje i upadanje u razgovor, ekscesivno pričanje.

Emocije: Impulsivnost i loša kontrola nagona, napadi besa na neznatna uskraćenja, emocionalna labilnost, nepredvidivost, agresivnost, nisko samopoštovanje, odsustvo reakcije na kazne i nagrade.

Socijalno ponašanje: teško prihvatanje pravila i drugih socijalnih zahteva, teško uspostavljanje adekvatnih emocionalnih i socijalnih veza, nesposobnost prilagođavanja grupi i, generalno, maladaptivno socijalno ponašanje.

Za uspostavljanje dijagnoze neophodno je da se registruje šest i više znakova poremećaja pažnje i najmanje tri poremećaja u ponašanju deteta u kontekstu škole/vrtića ili kod kuće, pre sedme godine života, da su prisutni bar šest meseci u ponašanju i da se odražavaju na njegovo socijalno, školsko i sveukupno funkcionisanje. Takođe, potrebno je isključiti mogućnost prisustva pervazivnih i drugih psiholoških/psihijatrijskih poremećaja.

Epidemiološke studije ukazuju da između 3% i 7% dece ispunjava kriterijume za konstatovanje sindroma ADHD, a da je najzastupljeniji kombinovani tip. Iako se simptomi ispoljavaju još sa tri godine, odgajatelji se obraćaju za pomoć tek u uzrastu od sedam do devet godina deteta. Poremećaj ima tendenciju da se održi kroz čitav život pojedinca (u 80% slučajeva), s tim što se sa sazrevanjem modifikuje pojavni oblik. Učestaliji je kod dečaka nego kod devojčica.

Postoji mnogo kontroverznih stavova u odnosu na ovaj poremećaj. Deo stručnjaka zastupa tezu da je ADHD veoma zastupljen i da su medikamenti terapija izbora, dok drugi tvrde da se dijagnoza nekritično primenjuje i protivnici su korišćenja lekova. Danas postoji shvatanje da pored neuroloških i brojni psihosocijalni razlozi mogu da uzrokuju ovaj poremećaj (porodični stresovi i neadekvatno roditeljstvo, zanemarivanje, zlostavljanje, alkoholizam i narkomanija roditelja...). Posebno su teški oblici kada postoji udruženo delovanje neuroloških i negativnih psihosocijalnih faktora. Socijalno uslovljen deficit pažnje i hiperaktivnost javljaju se kod zanemarivane i zlostavljane dece i mnogo češće u grupaciji one bez roditeljskog staranja.

U cilju ublažavanja poremećaja najčešći su farmakološki (vrlo često se koristi terapija lekom **ritalin**) i psihoterapijski pristup (terapija biheavioralnog tipa, uključujući trening za roditelje koji imaju decu od dve do jedanaest godina). Generalna preporuka je podsticati dete da učestvuje u rekreativnim aktivnostima (posebno onim koje zahtevaju koncentraciju na loptu, kao što je tenis, ping-pong, itd), ispoljavati toleranciju prema oblicima ponašanja koji ne ugrožavaju druge, bolje se obavestiti o prirodi i uzroku teškoće, saradivati sa školom/vrtićem i definisati individualni plan podrške. Kod dece sa nepovoljnim uslovima razvoja, hiperaktivnost predstavlja **tremor duše**, odnosno odraz je spoljnog pražnjenja emocija: pre svega strahova i anksioznosti, koje dete ne može da kontroliše i preradi na mentalnom nivou. Otuda je važan deo procesa preoblikovanja ponašanja, pomaganje detetu da prepozna i kognitivno obradi emocije i druge sadržaje – dakle podsticanje i razvijanje mentalizacije.

Branka Radojević, Sulejman Hrnjica

razredi, koji se baziraju na apstraktnom mišljenju, većini dece iz ove grupacije čine se nepremostivom preprekom, tako da mnoga na neuspeh reaguju neposlušnošću i drugim problemima u ponašanju. Koncipiranje **individualnog obrazovnog plana**, nužno je u ovakvim situacijama, jer je važnije da dete savladava gradivo svojim tempom i formira osećanje uspešnosti i socijalne pripadnosti, nego da u pogledu postignuća dostigne očekivano. Ukoliko ih ne podržimo, već isključivo sankcionišemo lošim ocenama i disciplinskim kaznama, pospešujemo njihovo osećanje otpadništva i tezu da ne vredi da se trude, jer ne mogu postati prihvaćeni i produktivni članovi zajednice. Dakle, odsustvo negujuće figure odraslog, nepovoljno utiče ne samo na emocionalno-socijalni, već fizički i kognitivni, odnosno celokupan razvoj deteta.

Deci sa teškoćama u razvoju, kao što su genetska malformacija, pervazivni poremećaji ili teškoće u kognitivnom funkcionisanju potrebno je više ljubavi, nege i stimulacije jer zbog ometenosti imaju smanjenu sposobnost procesuiranja stvarnosti. Zanimljivo je da dete sa mentalnom retardacijom takođe razvija poremećaj vezivanja i/ili ponašanja. S tim što je preoblikovanje njegovog ponašanja mnogo teže zbog smanjene sposobnosti učenja, jer ne mogu da se primene metode pozitivnog disciplinovanja koje uglavnom počivaju na teorijama učenja i zahtevaju razumevanje sistema nagrađivanja. Zbog toga jedan broj odgajatelja nalazi da je nesavladiv izazov gajiti npr. adolescenta sa mentalnom retardacijom koji je i agresivan, zbog čega se odlučuje na institucionalni smeštaj, koji je najrestriktivniji i za decu najnepovoljniji oblik zaštite.

Možemo zaključiti da razumevanje razvoja i podrška deci koja imaju teškoće nije moguće iz jednog teorijskog okvira ili paradigme – nužno je široko poznavanje teorije i eklektičnost u praktičnoj primeni. Pored toga, pravovremeno prepoznavanje teškoća i odstupanja u razvoju jeste neophodno i nužno, a pokazatelji se obično ispoljavaju vrlo rano – dakle, u prvim godinama života. Rano prepoznavanje omogućava prevenciju, pravovremenu stimulaciju i intervenciju. Sve to treba da se odigra daleko pre polaska u školu i puberteta, kada je dete još razvojno plastično i postižu se najbolji efekti intervencija. Odvajanje iz prirodnih porodica, produženo emotivno lišavanje kroz boravak u ustanovama, česte promene sredine, genetske malformacije, ometenosti i drugi poremećaji otežavaju razvoj deteta, ali uvremenjene i adekvatne odluke u vezi sa zaštitom i zbrinjavanjem, lekovito porodično okruženje, pravovremena pomoć i podrška, pružaju dobre izgledе ovoj deci da realizuju maksimum svojih potencijala, steknu samopoštovanje i izrastu u prihvaćene članove zajednice.

Literatura:

- Berk, E. L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*, prevod III izdanja. Jastrebarsko, Naklada Slap.
- Brazelton, B. i Sperou, Dž. (2008). *Prekretnice od 3. do 6. godine. Emocionalni i bihevioralni razvoj vašeg deteta*. Beograd, Mladinska knjiga.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and Society*. New York, Norton.
- Horwat, J. (2010). *The Child's World. The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need*, II izdanje. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Hwang, P. & Nilsson, B. (2000). *Razvojna psihologija. Od fetusa do odraslog*. Sarajevo, Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu.
- Ivić, I., Novak, J., Atanacković, N., Ašković, M. (2008). *Razvojna mapa*. Beograd, Kreativni centar.
- Kondić, K. (2002). Kako teče dečji razvoj – svaki dan korak napred. U: *Bukvar hraniteljstva*. Beograd, FAMILIA.
- Kondić, K. i Levkov, Lj. (1994). *Prvih 10 godina. Razvojni i psihoanalitičko razvojni pristup* II izdanje. Beograd, Savez društava psihologa Srbije.
- Mitić, M. (2005). Psihologija u zajednici. U: Radojević, B. i sar. *Svako ima nekog koga nema*. Beograd, FAMILIA.
- Moore, T. (2007). *Fostering young children's social-emotional well-being: building positive relationships with children and families*. Melbourne, Australia, Centre for Community Child Health.
- Pijaze, Ž., Inhelder, B. (1988). *Intelektualni razvoj deteta*. Beograd, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Radojević, B. (2002). Razvoj deteta. U: Mitić, M. & Kondić, K. *Deca na ranom uzrastu u hraniteljskim porodicama*. Beograd, Save the Children.
- Rutter, M. (1996). Maternal Deprivation. U M.H. Bornstein (ur.), *Handbook of Parenting: Vol.4 Applied and practical parenting (3–31, str.)*. Mahwah, Nj, Erlbaum.
- Spitz, R. A. (1946). Anaclitic Depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 216–233.
- Tizard, B., Rees, J. (1975). The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and effectual relationships of four-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 61–73.
- Wood, S. & Keaveny, E. (2010). *Thinking Under Pressure. 30 th IFCO Conference: Transforming Children's Lives through Fostering - Sharing Knowledge, Research and Experiences Across Europe*. Brighton, England, University of Sussex.

ZNAČAJ EMOCIONALNOG VEZIVANJA ZA PROCENU ZDRAVOG RAZVOJA DETETA

Maida Stefanović

Teorija emocionalnog vezivanja

Samo vam je ljubav potrebna (all you need is love) – često je citiran stih grupe Bitlsi. Da li je stvarno tako? Da li je ljubav reč koja uvek i svima ima isto značenje? Govoriti o ljubavi daleko je komplikovanije nego što se to na prvi pogled čini. Voleti i biti voljen je nešto o čemu stičemo iskustva i što učimo od prvih dana života, neki bi rekli „još u maminom stomaku“. Deca sa kojom se susrećemo u praksi socijalnog rada neretko imaju prilično maglovitu predstavu o ljubavi koja nekada ima i više od jednog značenja. Tema ovog teksta je kako učimo da volimo i da li nas i ne-ljubav nečemu uči, kao i naposljetku kakve to veze ima sa razvojem deteta.

Kada se rodi, ljudska beba je bespomoćna, ranjiva i u potpunosti zavisna od drugih ljudi. Da bi preživela i zaštitila se od eventualnih opasnosti neophodna joj je pomoć odrasle osobe. Polazeći od ove jednostavne premise Džon Bolbi (Bowlby, 1988) razvio je teoriju vezivanja. Upućenost na odraslu osobu nalazi se u korenu urođenog nagona deteta da od prvog dana života traži blizinu osobe koja će joj obezbediti zaštitu i sigurnost. Drugačije rečeno, beba ima predispoziciju da se veže za figuru koja joj pruža zaštitu – majku ili neku drugu figuru koja služi kao njena zamena, odnosno odgajatelja. Ovaj specifičan, jedinstven i dugotrajan odnos koji se razvija između bebe i majke, odnosno odgajatelja, naziva se odnos privrženosti i nastaje razvojem mehanizma emocionalnog vezivanja za zaštitničke figure. Dakle, prvi odnos privrženosti uspostavlja se sa primarnim odgajateljem (uobičajeno majkom) i on donosi utehu, umirenje, zadovoljstvo i sigurnost, dok izostanak ili gubitak ovog odnosa izaziva intenzivnu uznemirenost. Sposobnost za uspostavljanje odnosa privrženosti formiran u detinjstvu oblikuje ličnost i odraziće se na sva kasnija iskustva u odnosima sa drugima. Tako, kada govorimo o kapacitetu za privrženost, pod tim podrazumevamo sposobnost za izgradnju zdravih emocionalnih odnosa.

Budući da u potpunosti zavisi od drugih ljudi pretnja od napuštanja za dete na ranom uzrastu jednaka je pretnji smrću i vidi se kao najjači strah koji dete može da iskusi. Deca koja su iskusila ponovljena dugotrajna odvajanja ili pretnje napuštanja razvijaju poremećaj privrženosti. Zavisna pozicija deteta je najizraženija do treće godine tj. u periodu kada ono u potpunosti zavisi od drugih osoba, ali se u manjoj meri zadržava kod svih ljudi tokom života. Ukoliko su rana iskustva negativna, ona bivaju isprovocirana svakim novim odvajanjem.

O teoriji privrženosti govori se i kao o teoriji regulacije afekta jer u centar detetovog razvoja stavlja njegovu sposobnost da na odgovarajući način iskusi i izrazi, ali i reguliše i kontroliše svoje emocije. *Ključ za uspešno uključivanje deteta u svet društvenih odnosa je razvoj sposobnosti da misli ili premišlja o sopstvenim mislima, ali i o mislima drugih ljudi* (P. Fonagy et al., 1997).

Dete se rađa u svetu u kojem je okruženo stvarima, ljudima i senzacijama koje su mu potpuno nepoznate i zato najčešće uznemirujuće. Da bi dete moglo da razume ne samo svet oko sebe nego i ono što se dešava u njemu samom (njegov unutrašnji svet), neophodna mu je figura odrasle osobe – majke koja će mu taj, za njega nepoznati svet osećanja i doživljaja „prevesti“ i učiniti razumljivim i bliskim. Tako majka prerađujući detetu ono što se dešava oko njega i u njemu samom čini da se dete oseća ugodno i zaštićeno. Ukoliko majka prepoznaje potrebe deteta i odgovara na njih adekvatno, ona poručuje detetu da je svet dobro i sigurno mesto i da se drugim ljudima može verovati. Ako majka ne odgovara na potrebe deteta ili to čini na nasilan i zlostavljački način, dete stiče predstavu o svetu oko sebe kao neprijateljskom, a o drugim ljudima kao nezainteresovanim ili opasnim i potencijalno ugrožavajućim.

Proces formiranja obrazaca privrženosti je dvosmeran. Reakcija deteta utiče na reakciju majke, ali i obrnuto. Dobre majke prilagođavaju svoje reakcije potrebama svoga deteta. Ako majka ne

uspeva da se prilagodi njegovim potrebama, dete je prinuđeno da se prilagodi majci, odnosno uči da svoju potrebu izrazi na način koji će izazvati željenu reakciju majke ili bar izostanak iste (ako je u pitanju majka zlostavljač).

Značaj privrženosti za procenu zdravog razvoja deteta

Bebe sa pristupačnim i osetljivim odgajateljima ulaze u odnos u kome se svako usklađuje sa onim drugim i tokom tog procesa zajednički doživljavaju rasterećenje od napetosti. Oboje, beba i odgajatelj, prolaze krug pobuđivanja napetosti, modulacije napetosti i iskustva zadovoljstva koje prati smirivanje napetosti. Pod tim okolnostima mozak beba razvija se optimalno, u skladu sa datim genetskim potencijalom i nasleđenim temperamentom. Bebe čiji negovatelji ne odgovaraju adekvatno na ispoljavanje privrženosti pokazuju razlike na neurološkom nivou. *Nedostatak interaktivnog stimulusa vodi nedostatku produkcije nekih moždanih veza ili se one već formirane ne koriste* (B. D. Perry & E. P. Hambrick, 2008).

Ponašanja privrženosti su ključna za rani razvoj mozga dece. Stres je toksičan za mozak i uzrokuje duboke promene u strukturama mozga i funkcionisanju koje ima za cilj preživljavanje. Promene koje se razvijaju u fiziološkom smislu zbog nedostatka adekvatne brige ostaju trajna karakteristika ove dece i prate ih ispoljavajući se u njihovom ponašanju, kroz ceo njihov dalji život ograničavajući, između ostalog, i njihove kognitivne sposobnosti. Neuspeh da odgovore zahtevima školskog gradiva biva „kažnjen“ od strane okoline, što čini da ova deca stižu lošu sliku o sebi, a time se problem dalje produbljuje.

Odnos koji omogućava detetu da formira siguran obrazac privrženosti pomaže mu da se oseća bezbedno, razvija značajne veze sa drugima, istražuje svet oko sebe, izlazi na kraj sa osujećenjima, balansira emocije, oseća ugodnost i sigurnost, daje smisao životu, formira pozitivna sećanja i očekivanja od budućih odnosa. Ukoliko je odnos deteta sa roditeljskim figurama neodgovarajući razvija se ozbiljan, učvršćen poremećaj u sferi emocija i ponašanja – *poremećaj privrženosti*.

Svako od nas ima svoju istoriju vezivanja, iskustvo iz vremena pre nego što je progovorio i mogao da sačini sećanje, iskustva koja su obojila i strukturisala određen proces uz koji smo sposobni da mislimo o bilo čemu. Zdrav razum je ono što naučite pre druge godine života (K. Cairns, 2006).

Uslovi koji doprinose neadekvatnim modelima emocionalne vezanosti

Meri Ejnsvort (Mary Ainsworth) je 1979. godine konstruisala standardizovani test Procene nepoznate situacije kako bi ispitala povezanost stila privrženosti bebe u odnosu na roditeljski stil majke na osnovu koga je ukazala na postojanje jasne korelacije između stila privrženosti odgajatelja i odojčeta. Na osnovu dobijenih rezultata izdvojila je tri tipa obrasca privrženosti: *sigurna/bezbedna privrženost*, *nesigurna izbegavajuća privrženost* i *nesigurna anksiozno-ambivalentna privrženost*. Mejn i Goldvin (Main i Goldwyn, 1984,1998) dodali su i četvrti tip odgovora koji su nazvali *nediferenciran obrazac privrženosti*. Najveći broj dece ne može se svrstati isključivo u jednu od ovih kategorija, ali nam za potrebe ovog teksta mogu koristiti kao putokaz za razumevanje istorije dece sa kojom se susrećemo u radu.

1. *Sigurna/bezbedna privrženost*: majka¹ prepoznaje i odgovara na potrebe svoga deteta adekvatno i blagovremeno. Kada dete jednom nauči da je majka dostupna i da će odgovoriti na njegove potrebe, ono će biti u stanju da ih, ukoliko se nađe u situaciji koja je provokativna, odgodi na određeno vreme.
2. *Nesigurna izbegavajuća privrženost* često se može videti kod majki tinejdžerki. Ove majke nemaju kapacitet da izađu u susret emocionalnim potrebama deteta mada, kada odgovore, odgovor je umirujući i topao. To je majka koja brine o svom detetu, ali onako kako ona misli da treba, sebe doživljava kao idealnog roditelja i veoma je uznemirena ukoliko to ne daje očekivane rezultate (npr. majka koja se slepo drži knjiških pravila o gajenju dece, bez uvida u realne potrebe svoga deteta). Takva majka ne može da podnese ispoljavanje negativnih emocija, uznemirenosti

1 U ovom tekstu pod terminom „majka“ podrazumeva se i bilo koja druga zamenska figura – odgajatelj.

i besa, jer ih doživljava kao kritiku svojih kompetencija. Obuzetost sobom ne dozvoljava joj da „uđe u cipele deteta“, pa često na njegov plač reaguje tako što ga ignoriše ili kritikuje. Pošto je majka emocionalno distancirana i racionalna dete retko kada ima mogućnost da zadovolji potrebe za fizičkom bliskošću i kontaktom. Dete shvata da ispoljavanje emocije ne dovodi do bliskosti, već uznemirava roditelja. U veoma ranom uzrastu ovakve bebe nauče da ne zahtevaju od odraslih da mu umire napetost, već umesto toga izbegavaju da je pokažu. Da bi zaštitilo majku, dete nauči da krije osećanja i da se oslanja isključivo na sebe. Njegovo zatvaranje emocionalnog kanala sa majkom tako nije u funkciji izbegavanja kontakta, već njegovog prilagođavanja. Iako dete izbegava da ispolji emocije, anksioznost i potreba za bliskošću i dalje postoje. Strah od odbacivanja čini da se ponaša kao dobro dete, odnosno u skladu sa očekivanjima majke. *Ova deca vole strukturisane situacije u kojima se fokusiraju na aktivnosti, a ne na osećanja.* Pošto nemaju mogućnost da se vežu za ljude, ova deca vezuju se za igračke i predmete. U periodu uspostavljanja kontrole sfinktera pokazuju negativizam i insistiraju na samostalnosti. Napetost i osećanja besa zbog napuštanja, koja su prinuđeni da potiskuju, mogu se ispoljiti kroz agresiju prema vršnjacima, ali i odraslima. Mada kod kuće mogu biti jako poslušni, van kuće su agresivni. Ova deca nisu u stanju da razumeju pomešane emocije, „šefovski“ su nastrojani i imaju osećaj lažnog samopouzdanja, a njihovi odnosi sa drugima obeleženi su distanciranošću. Sve to čini da često bivaju odbačeni od vršnjaka i nastavnika. Kao tinejdžeri skloni su antisocijalnom ponašanju i agresiji. Sebe doživljavaju kao nevoljene, a druge kao odbacujuće i nametljive.

3. *Nesigurna anksiozno-ambivalentna privrženost*: kada majka usled preokupiranosti sopstvenim problemima (praktične prirode, depresije, zloupotrebe narkotika ili alkohola ...) ne reaguje na potrebe deteta, ili na isti zahtev odgovara nedosledno (nekada utehom, nekada besom, nekada ignorisanjem), takvo dete ne razvija toleranciju na frustraciju, odnosno nije u stanju da odloži zadovoljenje svojih potreba. Štaviše, kako bi išta dobilo, vremenom teži da ih pojačava. Ova deca neprekidno plaču, imaju napade besa ukoliko im se zahtevi odmah ne ispune i ovakva ponašanja ispoljavaju i kada je to neprimereno uzrastu. Nekada mogu i sami provocirati kažnjavanje, jer i agresivna reakcija majke predstavlja vid komunikacije, što dete lakše podnosi od ignorisanja koje doživljava kao negaciju postojanja. Ova deca imaju normalne zahteve, ali nedoslednu negu. Nedosledan odgovor majke ne dozvoljava im da se opuste, odvoje od majke i istraže svet oko sebe, odnosno posvete se igri. Zbog toga su ova deca izrazito nesigurna. Stalno se pitaju da li su voljena i traže potvrdu, a u odnosima sa drugima sebe obično vide kao žrtvu. Teško podnose odvajanje i imaju teškoće da održe bliska prijateljstva. Visoki zahtevi majke u kombinaciji sa odbijanjem kontakta vode tome da dete u isto vreme oseća konfliktne emocije (žudnju i nepoverenje, ljubav i bes). Pošto dete ne veruje da će mu majka biti na raspolaganju i omogućiti mu olakšanje od napetosti, mora da je stalno kontroliše. Tako razvija strategije ponašanja koje imaju za cilj da povećaju predvidljivost odgovora, pri čemu koristi kombinaciju manipulacije i prinude kako bi skrenulo pažnju na sebe i dobilo šta želi (npr. dete koje vrišti i baca se po prodavnici kako bi mu kupili igračku). Funkcija ovih ponašanja je da postide roditelje, nametnu im osećaj krivice ili da ih uznemire. Ovi zahtevi su često nerealni i neprimereni, a ova ponašanja nekada su izrazito rizična. Ovakvim svojim ponašanjem dete stalno okupira majku i ne dozvoljava joj da se odmakne, što vremenom postaje iznurujuće. Napetost se kod ove dece često somatizuje pa ih okolina opaža kao razmažene ili kao hiperaktivne, nemirne, stalno na oprezu da će ih neko oštetiti. Na starijim uzrastima roditelji imaju teškoće da izađu na kraj sa njima, pa neretko prete da će ih staviti u dom ili da će ih njihovo ponašanje oterati u grob, što čini da ova deca imaju izrazito loše mišljenje o sebi. U odnosima sa drugima osciliraju, pa često idu u krajnost, tako da im najbolji prijatelji posle nekog vremena postaju najveći neprijatelji. To su deca koja lako odustaju pred izazovima. Imaju teškoće sa logičnim mišljenjem i procenom budućih situacija. Loša slika o sebi čini ih veoma anksioznim u adolescenciji, naročito po pitanju sopstvene prezentacije, pa su skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, antisocijalnom ponašanju i seksualizovanim odnosima. U nove situacije uleću kao „grlom u jagode“. Bes vezan za osećanja koja nose iz detinjstva naročito je prisutan tokom adolescencije i pojačava anksioznost koja nanovo provocira bes.

Sebe doživljavaju kao bespomoćne, a druge kao neosetljive i nedostojne poverenja. Ova deca adekvatno pokazuju emocije, ali je zahtev za njihovim zadovoljenjem praćen besom.

4. *Nediferencirani dezorganizovani način privrženosti*: javlja se kod dece čija majka ili na njih same deluje zastrašujuće ili je i sama bila prestrašena, tako da umesto da detetu omogući umirenje, postaje izvor njegove napetosti. Vremenom dete uči da ne ispoljava emocije. Ova majka se u jednom trenutku može ponašati brižno i zaštitnički, a u sledećem kao progonitelj. Normalno dete različite osobe vidi kao različite modele, ali u ovom slučaju dete ima višestruke i oprečne modele za istu osobu, što ga zbunjuje i čini anksioznim. Na ranom uzrastu, zbog ograničenog repertoara ponašanja, deca uglavnom reaguju plačem što provocira nerazrešene traume roditelja koje oni nisu u stanju da podnesu. Intenzitet tih osećanja može izazivati mržnju i napad na dete ili dovesti do napuštanja deteta. Zato su u ovim porodicama deca pod najvećim rizikom upravo u prvim godinama života. Mnoga zanemarena i zlostavljana deca vremenom postaju tiha i povučena, isključuju svoja osećanja na način koji više podseća na disocijativna stanja starije dece i odraslih. Ta deca nisu u kontaktu sa fizičkim čulima, ne znaju da li su gladna, mogu jako dugo da spavaju. U starijem uzastu imaju teškoće da razluče fizički bol od emocionalnog, glad od besa, uopšteno nisu u stanju da prate telesne signale i ne osećaju se ugodno u sopstvenoj koži. Jedan od vodećih kliničara u ovoj oblasti, Fred Peri (Perry, 2000) navodi razlike u strukturi i funkcionisanju mozga sigurno i nesigurno privržene dece. Do četvrte godine formira se limbički sistem koji treba da omogući regulaciju složenih emocionalnih stanja, razvoj socijalnog jezika i interpretaciju socijalnih informacija. Razvojni nedostaci i rane povrede u ovom uzrastu su trajne i nepopravljive i imaju za posledicu smanjenje kapaciteta za regulaciju emocija i pohranjivanje traumatskih sećanja. Sve to vodi impulsivnosti i hiperosetljivosti, koja će se odraziti na kasnija iskustva u regulaciji emocija i ponašanja. Cilj razvijanja privrženosti je obezbeđivanje sigurnosti kroz jedinstvo sa odgajateljem, a za ovu decu je to nemoguće. Nepredvidiva i ponekad životno ugrožavajuća reakcija roditelja detetu daje informaciju da je svet opasno i ugrožavajuće mesto i da, ukoliko se ono samo ne pobrine za sebe, niko to neće učiniti. Prepuštanje kontrole u doživljaju ove dece je životno ugrožavajuće, a kontrola drugih ljudi i procenjivanje njihovih namera od vitalnog značaja za preživljavanje. Ova deca su stalno na oprezu. Način da zadrže kontrolu je da se ponašaju nedоследно tj. suprotno svakoj logici. Njihova ponašanja idu od povlačenja, prihvatanja i nadgledanja, preko plača i identifikacije sa agresorom. Tokom razvoja, adekvatno postignutom stepenu samostalnosti, razvijaju različite strategije za preživljavanje i kontrolu drugih. To su deca koja „izbezumljuju“ svoje hranitelje jer rade sve suprotno od onog što im se kaže. Oni imaju neodoljivu potrebu da lažu, mogu biti agresivni i/ili imati disocijativne odgovore. Skloni su i samopovređivanju, povređivanju slabijih, mučenju životinja, uništavanju imovine i bizarnim ponašanjima. Neretko kod ove dece prisutno je dnevno ili noćno mokrenje, defeciranje, krađa hrane i/ili seksualno provokativno ponašanje. Naravno, ne pokazuju sva deca sva ova ponašanja. Jedna od važnih karakteristika ove dece je povišena osetljivost na odvajanje. Zbog straha od odbacivanja i prekida smeštaja stalno imaju potrebu da testiraju granice. Čak i samo nagoveštaj separacije može toliko provocirati napetost kod deteta da ono počinje da pravi is-pade u ponašanju ne bi li što pre bilo odbačeno i na taj način razrešilo tu, za njega nepodnošljivu, situaciju. Ova deca obično nemaju dobar osećaj za vreme, ne mogu da ponove šta se desilo prethodnog dana, a mogu imati teškoće i u formiranju psihoseksualnog identiteta. Postoji obilna skala simptoma koje ova deca ispoljavaju, ali u korenu svih tih ponašanja je pitanje kontrole i njihova potreba da čak i po cenu autoagresivnosti kontrolišu okolinu. U nižem uzrastu ova deca su opuštenija u prisustvu nepoznatih osoba nego odgajatelja. Ovi roditelji od rođenja doživljavaju dete kao strano i neprijateljsko i krive ga za sve što im se događa u životu. Takav odnos se odražava na detetovu sliku o sebi. Kako bi se zaštitili od traumatskih iskustava i bolnih osećanja ova deca koriste različite mehanizme, koji se kreću od amnezije (dete zaboravlja traumatski događaj), apsorpcije (dete je preokupirano nekom aktivnošću i kao da ne primećuje šta se oko njega događa), do depersonalizacije (dete „beži“ u psihozu). Ova deca ne mogu razviti nijednu strategiju privrženosti. Mogu isprobati sve obrasce ili odustati i potpuno se smrznuti, ali je njihov odgovor na stres uvek neodgovarajući i bizaran. Nisu

► Psihoze kod dece i mladih

Psihoze su ozbiljna psihička oboljenja koja karakteriše gubitak kontakta sa realnošću. Pod psihozama uglavnom podrazumevamo afektivne (bipolarne) psihoze i šizofreniju. Pojava psihoza u detinjstvu je izuzetno retka, dok je u adolescenciji nešto češća, ali je način ispoljavanja poremećaja sličniji onome kod odraslih. Iako nije rađeno mnogo istraživanja o psihozama na mladim uzrastima, pronađeni su određeni obrasci koji govore u prilog genetskoj predisponiranosti. Kao značajni **faktori rizika** za kasnije obolevanje smatraju se: prisustvo oboljenja kod roditelja ili dece (braće i sestara), oštećenja nastala tokom razvoja mozga u prenatalnom periodu, način komunikacije u porodicama koje odlikuje konfuzija i nejasni stil i teški oblici zlostavljanja.

Afektivne (bipolarne) psihoze

Afektivne (bipolarne) psihoze su poremećaji raspoloženja koji se manifestuju kroz neobičajeno sniženo (depresivno) i/ili naglašeno povišeno (manično) raspoloženje. Depresiju karakteriše depresivno raspoloženje, pesimistično razmišljanje, nemogućnost postizanja zadovoljstva, opšti pad energije i usporen misaoni tok (praćen usporenim pokretima i usporenim govorom), a kod nekih i uznemirenost i nesposobnost da se opuste. Manični poremećaj, sa druge strane, ispoljava se kao antipod depresije, pa se svet sagledava kroz „ružičaste naočare“, sopstveni postupci i osobine se nekritično precenjuju, a sve to praćeno je pojačanom fizičkom aktivnošću i ubrzanim misaonim tokom. Kod težih oblika afektivnih psihoza mogu se ispoljiti simptomi depersonalizacije, sumanute ideje i halucinacije. Iako je za sve psihoze zajednički gubitak kontakta sa realnošću, ono po čemu se razlikuju je činjenica da je kod afektivnih psihoza ispoljeni afekat uvek u skladu sa dominantnim raspoloženjem (npr. ako je osoba depresivna, ona izgleda tužno, uplakano, a ako je manična, onda je vesela i nasmejana), što kod šizofrenije nije slučaj.

Ispoljavanje depresivnog poremećaja kod dece nešto je drugačije nego kod odraslih. Na nižim uzrastima deca nisu u stanju da opišu kako se osećaju, pa se depresivno raspoloženje ispoljava, osim kroz uobičajene simptome kao što su plačljivost, gubitak interesovanja, nemogućnost fokusiranja pažnje i teškoće sa spavanjem, i kroz neobjašnjive bolove u stomaku, glavobolje, poremećaje ishrane, enurezu i anksioznost. Kod adolescenata karakteristične promene na fizičkom, psihoseksualnom, emocionalnom i socijalnom planu, često su praćene unutrašnjim previranjima, što može otežati prepoznavanje poremećaja. Depresivni simptomi se mogu ispoljiti kroz bes, otuđenje od roditelja, povlačenje od socijalnih kontakata sa vršnjacima i popuštanje u školi, što se tumači kao manifestacija otpora i bunta na koju roditelji odgovaraju nezaznavanjem i kaznom.

Šizofrenija

Šizofrenija koja se prvi put javi u detinjstvu i adolescenciji je teška bolest i traje ceo život. Naziv šizofrenija znači rascep duše i ukazuje na rascep unutar pojedinih psihičkih funkcija, posebno između emocionalnog i racionalnog. Najznačajnija osobina ovog poremećaja je

gubitak kontakta sa realnošću, prisutnost halucinacija i sumanutih ideja i neadekvatnom ispoljavanju emocija. Prisustvo halucinacija i sumanutih ideja u značajnoj meri otežava funkcionisanje deteta u školi, porodici ili socijalnom okruženju.

Na kome god uzrastu da se javi, u lečenju šizofrenije od presudnog je značaja upotreba lekova-antipsihotika (haloperidol, risperidon, clozapin, chlorpromasine, olanzapin) jer oni utiču na smanjenje simptoma kao što su halucinacije, sumanutosti i alogično mišljenje, odnosno drže bolest „pod kontrolom“. Uz lekove preporučuju se i terapije ili treninzi za samopomoć, poboljšanje socijalnih veština ili pomoć u učenju, kako bi se detetu pomoglo da bolje funkcionise u porodičnoj i široj socijalnoj sredini.

Pri smeštaju deteta sa psihijatrijskim teškoćama u hraniteljsku porodicu moramo imati u vidu specifične zahteve pred kojima se nalaze odgajatelji. Iako se šizofrenija može lečiti, retko kada se dete oporavlja u potpunosti. Zato pažnja treba da je usmerena na očuvanje postojećih kapaciteta ličnosti i prevenciju budućih psihotičnih proba. Svaki psihotični slom dovodi do propadanja ličnosti. Odgajatelja treba pripremiti, upoznati sa simptomima bolesti i naučiti da ih blagovremeno prepozna da bi, u slučaju pogoršanja, blagovremeno reagovao i očuvao postojeće kapacitete deteta. Porodično okruženje u kome se dete nalazi treba da je emocionalno toplo, stabilno, strukturisano i sa jasnim granicama. Odgajatelj treba da obezbedi da dete redovno i pod nadzorom uzima terapiju i da redovno odlazi na kontrole.

Treba neodložno reagovati ako se primete:

Halucinacije: dete čuje zvukove/glasove, vidi stvari koje ne postoje, ili oseća mirise koje niko drugi ne opaža (npr. dete priča sa nekim i kad nikog realno nema u sobi a nije na kompjuteru i ne razgovara telefonom ili oseća paljevinu iako nigde ništa ne gori).

Sumanute ideje: dete veruje u stvari koje ne postoje i ne može se razuveriti (npr. dete je u strahu od realno bezopasnih stvari i situacija – plaši se gumene patkice ili komšijine zlatne ribice).

Anksioznost psihotičnog karaktera: osećaj stalne strepnje i straha koji se ne može obuzdati a ogleda se u fizičkim pokazateljima (dete izgleda uplašeno, napeto, ubrzano diše, ne može da zaspi ili se opusti, iako ne postoji nikakvo objašnjenje za to).

Znaci **depersonalizacije** i **derealizacije:** dete ima doživljaj da je izmenjeno ili da je izmenjen svet oko njega.

Važno je razumeti da se mnogi od ovih simptoma podudaraju sa uobičajenim ponašanjem deteta u nekoj od prethodnih faza razvoja (npr. čudovište koje živi ispod kreveta je sa četiri godine normalna stvar, ali sa 15 je simptom), pa bi pomoglo kada bi se odgajatelj na vreme upoznao sa tim koje je ponašanje očekivano za dati uzrast.

Maida Stefanović

u stanju da planiraju svoje ponašanje, igraju se, razviju poverenje, znatiželju, empatiju, ili socijalno ponašanje. Skloni su da razviju čudna, stereotipna samonadražujuća ponašanja (udaranje glavom, grizenje, masturbacija), ili samoumirujuća (roking, sisanje ili glađenje) ponašanja. Na kasnijim uzrastima skloni su zloupotrebi lekova, narkotika ili alkohola koji im služe da se isključe iz nepodnošljive stvarnosti. Kako su odbrambene strategije koje su ova deca razvila potpuno otporne na klasične vaspitne metode, hranitelji se usled nedostatka specifičnih vaspitnih tehnika vremenom potpuno iscrpljuju i dižu ruke od njih, što za posledicu ima prekid smeštaja. Veliki broj promene smeštaja deteta jedan je najvažnijih indikatora koji ukazuje na poremećaj privrženosti kod ove dece. Naravno, svakim prekidom smeštaja kod deteta samo se učvršćuju negativni obrasci, a šanse za korekciju su sve manje. Kako Aleksandar Nil (Neill A.S., 1988) kaže: „Zlostavljana deca (koja su), u suštini, nevoljena i odbačena, na najpogrešnije moguće načine pokušavaju da skrenu pažnju na sebe, uverena u ispravnost stava 'ako već ne mogu da dobijem ljubav, zadobiću mržnju'. Međutim, mržnju koju prime u detinjstvu, preneće na svoju decu, čak i ako budu želela da im pruže ljubav“. Ali, baš zato im moramo pomoći da vrate poverenje u ljude tako što ćemo im omogućiti i zapravo ih naučiti da prime ljubav, da bi je jednoga dana mogli preneti svojoj deci.

Deca treba da iskuse i ispolje pun dijapazon osećanja, uključujući i najnegativnija, ali u bezbednom okruženju i kontrolisanoj meri. Treba da nauče da u svom svakodnevnom životu kontrolišu odnosno regulišu jačinu osećanja sreće i tuge, ushićenja i besa. Osećanja ne treba da ih preplavljaju, ali ni oni ne treba da preplavljaju druge svojim osećanjima. Oni treba da nauče da prepoznaju, imenuju i razlikuju različita osećanja, da ih izraze na način koji će im omogućiti zadovoljenje njihovih potreba i to na socijalno prihvatljiv način.

Bilo koji faktor koji ima uticaj na iskustvo vezivanja može uticati na razvoj kapaciteta za privrženost. Do prekida ili narušavanja odnosa negovatelja i deteta može doći usled problema sa detetom, negovateljem ili okruženjem.

Faktori u vezi za detetom su detetova lična svojstva, odnosno temperament. Ukoliko se dete teže smiruje, razdražljivo je ili neprikladno reaguje, to može biti otežavajuće za razvoj privrženosti. Detetova sposobnost razmene sa majkom može biti ugrožena i zbog medicinskih stanja (prevremeno rođenje, oštećenja nastala tokom porođaja ili druga oboljenja).

Faktori u vezi sa odgajateljem: ponašanje odgajatelja (npr. kritičnost, odbacivanje, nametljivost) mogu da utiču na dete tako da ono izbegava emocionalnu bliskost. Ako roditelji zlostavljaju decu, ona će ispoljavati nelagodnost kao reakciju na bliskost i povlačiće se. Majke ove dece mogu biti hladne i ne reagovati na dete zbog postpartalne depresije, zloupotrebe droga ili alkohola, preplavljenosti ličnim problemima, ili drugih faktora koji utiču na njihovu sposobnost da budu dosledne i predane majke.

Faktori okruženja: Najveća prepreka za razvoj privrženosti je strah. Ukoliko je dete uznemireno zbog bola, nekih psiholoških stanja (npr. autizam) ili haotičnog okruženja, imaće teškoće da uspostavi adekvatnu razmenu čak i sa negovateljem koji ga podržava. Deca izložena nasilju u porodici, na ulici ili ratnom okruženju su sklonija da ispolje teškoće u razvoju privrženosti.

Istraživanja su pokazala da se obrasci vezivanja roditelja prenose na sledeće generacije. Roditelji koji kao deca nisu imali adekvatne roditelje i sami su skloni da se neadekvatno ponašaju prema svojoj deci, pa možemo reći da se ne-ljubav prenosi sa generacije na generaciju. Žene čije je detinjstvo bilo uznemirujuće imaju tendenciju da manje ulaze u interakcije sa svojim bebama nego majke sa srećnijim detinjstvom. Studije majki koje su zlostavljale decu (Morris and Gould, 1963; Steele and Pollock, 1968; Green, Gaines, and Sandgrun, 1974; DeLozier, 1982) ukazuju da one očekuju i zahtevaju brigu i pažnju od svoje dece. Pokazalo se da svi roditelji koji očekuju da njihova deca brinu o njima imaju loša iskustva sa svojim roditeljima. Na žalost, sve to često pravi krupne psihološke probleme njihovoj deci. Bolbi govori o tome da iza značajnog broja školskih fobija, agorafobije i verovatno depresije, leže zamenjene uloge roditelja i deteta.

Partnersko nasilje, zloupotreba supstanci od strane roditelja ili adolescentni uzrast roditelja mogu takođe biti faktori rizika za razvoj poremećaja privrženosti (Carlson, 1998; Main&Hesse, 1990; Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski&Chapman, 1985).

Posledice po razvoj

Nesiguran i dezorganizovani obrazac privrženosti predstavlja važan faktor rizika za razvoj psihopatologije kasnije u detinjstvu.

Prema Roneru (Rohner, 1984) deca koja su odbacivana ili emocionalno zlostavljana i povređena sklona su da budu neprijateljski raspoložena i agresivna, zavisna ili „odbrambeno nezavisna“; imaju oslabljeno osećanje samopoštovanja i samoadekvatnosti; emotivno su nestabilna, ravnodušna, izolovana, nesposobna da slobodno i otvoreno uspostave prisne odnose sa drugima; u ekstremnim slučajevima postaju apatična ili emotivno slepa, manje tolerantna na stres; znatno su zavisnija i posesivnija. Najzad, odbačeno dete, anksiozno, nesigurno, emotivno nestabilno, potcenjujući sebe i svoje sposobnosti sklono je da uopštava takva svoja osećanja i da razvija negativan pogled na svet. Život je za njega preteći, opasan i nesrećan (N.Banjanin, 1998).

Poremećaj u razvoju privrženosti predstavlja osnovu za formiranje poremećaja u razvoju emocionalnosti, što dalje može da vodi do:

- a) Poremećaja govora: brzoplet govor, patološki spor govor, mucanje, mutizam.
- b) Poremećaja navika: hranjenja (anoreksija, gojaznost, sporo jedenje, pika); izlučivanja (enureza i enkompreza) i sna (otežano uspavlivanje, košmarni snovi, noćni strahovi).
- c) Reaktivnih poremećaja ponašanja: hiperkinetičke reakcije, reaktivne povučenosti (stidljivost), reaktivne hiperanksioznosti (strepnja, strah, elektivni mutizam), psihopatije (egocentrizam, nedostatak stida, bezosećajnost, opšta neadaptiranost) i reaktivne agresivnosti (neposlušnost, ratobornost, ljutnja, fizička agresivnost). Tokom odrastanja ovi poremećaji prerastaju u asocijalne i antisocijalne oblike ponašanja (krađe, bežanje i skitnja, nasilničko ponašanje, juvenilna delinkvencija), toksikomanije (pušenje, alkoholizam, narkomanija) i suicidalno ponašanje (Bojanin, S., 1985)

Sklonost ka akcidentima predstavlja drugi oblik samouništavajuće aktivnosti, koja se često sreće kod zlostavljane dece (Green, 1978). Specifične teškoće koje nastaju usled poremećaja privrženosti variraju u zavisnosti od prirode, jačine, dužine i vremena zanemarivanja i zlostavljanja. Deca koja sa tri godine života nisu imala odgovarajuću psihološku negu postizala su niže skorove na testovima inteligencije i imala su ograničene mogućnosti učešća u igri prikladnoj svom uzrastu (Gowan, 1993).

Traume i zanemarivanje kod neke dece vode i neurobiološkim odstupanjima, posebno onim koja su u domenu regulacije afekta i emocija, ali i teškoćama kao što su PTSP, stres, anksiozni poremećaj, poremećaj prilagođavanja, depresija, zloupotreba supstanci (Rochelle F.Hanson & Eve G.Sprat, 2000). Deca koja su iskusila emocionalno zanemarivanje u ranom detinjstvu često kasne u razvoju. Odnos sa odgajateljem koji nudi sigurnu bazu omogućava emocionalni, fizički i kognitivni razvoj.

I za kraj da citiramo Robin Kar-Mors (Karr-Morse, 1997):

„Najbolja zaštita od kasnijeg nasilnog ponašanja je formiranje bezbednog odnosa privrženosti. Tu u jednom odnosu leže temelji tri zaštitna faktora koja ublažavaju kasniju agresiju: učenje empatije i emocionalnog vezivanja za druge; učenje kontrole i balansiranja osećanja, posebno onih koja mogu biti razorna; i mogućnost da razviju kapacitete za više nivoa kognitivnih procesa“.

Literatura:

- Banjanin Đuričić, N. (1998). *Udarac po duši – sociološka studija zlostavljanja dece u porodici*, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Jugoslovenski centar za prava deteta, Beograd.
- Bojanin, S., (1985). *Psihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod*, ZUNS, Beograd.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*, Routledge.
- Cairns, K. (2006). *Attachment, trauma, resilience*, BAAF.
- Carlson (1998). Reactive Attachment Disorder: What We Know About the Disorder and Implications for Treatment, U: *Child Maltreatment*, Vol. 5, No. 2, May 2000, SAGE Publications Inc.
- Nil, A. S. (1988). *Slobodna deca Samerhila*, Biblioteka XX vek, Beograd.
- Perry, B.,D., Hambrick E., P. (2008). The Neurosequential Model of Therapeutics, *Reclaiming Children and youth*, fall 2008. Vol. 17, No.3. http://www.childtrauma.org/images/stories/Articles/nmt_article_08.pdf
- Schofield, G., Beek, M. (2008). *Attachment handbook for foster care and adoption*, BAAF.
- Snyder, C. R., Lopez, S. J., Pedrotti, J. (2003). *Positive Psychology: The Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*; http://www.sagepub.com/upm-data/11233_Chapter_13.pdf

DETE SA SMETNJAMA U RAZVOJU

Sulejman Hrnjica

Polazne osnove

Polazno stanovište za skup individualnih i društvenih aktivnosti za decu sa fizičkim ili mentalnim smetnjama sadržano je u tekstu Konvencije UN o pravima deteta i glasi: „Dete sa teškoćama u razvoju je dete sa potrebom za posebnom brigom, a dete sa potrebom za posebnom brigom je dete“. Iz dokumenata koji su nastali razradom Konvencije jasno proizilazi da u traganju za poboljšanjem kvaliteta života svakog deteta, pa i deteta sa invaliditetom, treba tragati za putevima koji bi pomogli da se zadovolje njegove ljudske potrebe. Ovom opštem skupu ljudskih potreba treba pridodati one koje su zaista posebne (kao što su npr. potrebe za orijentacijom u prostoru kod dece koja imaju teškoće sa vidom). Procena razvoja deteta koje ima potrebu za dodatnom podrškom obuhvata dva skupa aktivnosti:

1. Otkrivanje, stabilizovanje i održavanje očuvanih sposobnosti deteta i
2. Otkrivanje i ublažavanje, a kad god je to moguće i otklanjanje posledica razvojne teškoće. Ova grupa aktivnosti podrazumeva i jasno razdvajanje primarnih (biološki izazvanih i znatno teže otklonjivih) od sekundarnih teškoća u razvoju, koje su posledica neprimerenih odnosa sredine prema detetu.

Efikasna briga o deci koja imaju potrebu za dodatnom podrškom zahteva stvaranje dodatnih pogodnosti za njihov optimalan razvoj. Da bi to bilo moguće, pored materijalnih uslova neophodnih za dodatnu podršku, svi oni koji brinu o detetu moraju uspešno funkcionisati i biti uspešno povezani da bi proklamovani cilj *preduzimanje mera od najboljeg interesa za dete* bio i ostvaren. Dodajmo da i među stručnjacima, a i među roditeljima, postoji mnogo nedoumica u vezi sa pitanjem „šta je stvarno najbolji interes za dete“? Niz vaspitnih grešaka učinjenih u najboljoj nameri ili u strahu da se dete ne povredi su tipičan primer za nesporazume ove vrste. Ove dileme navele su neke stručnjake iz ove oblasti da, povodom mera kao što je integracija dece sa teškoćama u razvoju u sredinu vršnjaka bez razvojnih teškoća, izjave: „Nismo sigurni čija je to želja – njihova ili naša“.

O nekim metodološkim nedoumicama

Verovatno ni u jednoj oblasti nije bilo toliko dilema u pogledu terminologije kao u oblasti medicinskih i društvenih nauka koje se bave pružanjem pomoći osobama sa teškoćama u razvoju. S jedne strane postojao je strah od stigmatizacije (negativnog socijalnog obeležavanja) i svođenja identiteta osoba sa teškoćama u razvoju na samo oštećenje. Takva redukcija identiteta imala je ozbiljne negativne posledice u praksi. Napori stručnjaka bili su usmereni na smanjenje razvojne teškoće putem korekcije oštećene funkcije, a pri tome je bio zanemaren podsticaj razvoja očuvanih funkcija. Takav pristup je otežavao profesionalno osposobljavanje, jer je postojao veoma mali broj profesija za koje bi moglo biti osposobljeno lice čije su sposobnosti ostale neotkrivene i nerazvijene. Naredna posledica bila je formiranje stereotipa o pojedinim kategorijama lica sa razvojnim teškoćama, a i uvredljivih naziva (mentol, gluvać, čoro i sl.). S druge strane, postoji i danas pritisak administracije u većini zemalja sveta da razvojna smetnja neke osobe bude određena prema vrsti i stepenu težine kako bi to lice steklo pravo na razne vrste pomoći, posebno materijalnu pomoć. Reč *invalid* ima izrazito negativno osnovno značenje u latinskom jeziku i doslovno znači *bezvredan*. Ipak, pripadnici invalidskih organizacija ovaj termin su označili manje stigmatizirajućim od termina *lice sa posebnim potrebama*, s tim što su ga ublažili terminom *lice sa invaliditetom*.

Kada u svakodnevnom govoru kažemo da je dete sa teškoćama u razvoju dete sa posebnim potrebama, a dete sa posebnim potrebama dete, time ukazujemo na tri bitne stvari: detetu, a i odrasloj osobi koja ima teškoće u razvoju, neophodna je medicinska i psihosocijalna podrška primerena životnim okolnostima (medicinskim, psihološkim i socijalnim) u kojima dete/osoba živi.

U raspravama koje su kasnije vođene o pojmu *posebne potrebe* ovaj izraz je ublažen stavom da svako ljudsko biće ima isti repertoar potreba, s tim što je način njihovog zadovoljavanja primeren osobi sa teškoćama u razvoju. Od posebnog je značaja određenje da je *deteta sa teškoćama u razvoju pre svega deteta*. Svi programi psihosocijalne podrške imaju kao osnovni moto stav da je svako dete vrednost po sebi i da nijedan razlog (razvojna teškoća, vera, pol, nacionalnost...) ne sme biti izvor diskriminacije.

U Zakonu o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom navedeno je da su „osobe sa invaliditetom osobe sa urođenom ili stečenom, fizičkom, senzornom ili emocionalnom onesposobljenošću, koje usled društvenih ili nekih drugih prepreka nemaju mogućnosti ili imaju ograničene mogućnosti da se uključe u aktivnosti društva na istom nivou kao drugi, bez obzira na to da li mogu da ostvaruju pomenute aktivnosti uz upotrebu tehničkih pomagala ili službi podrške“.

Zbog brojnih dilema u vezi sa terminologijom danas u stručnim dokumentima dominira termin *lica kojima je potrebna posebna društvena podrška*. Ukoliko bi bila razrešena dilema da li nam je potreban popis i na njemu zasnovan funkcionalni registar lica kojima je potrebna posebna društvena podrška predložimo da bude prihvaćen. Neophodno je da za svaku osobu iz ove grupe postoje sledeće informacije: (1) vrsta razvojne teškoće; (2) stepen razvojne teškoće; (3) postojanje dodatnih razvojnih teškoća; (4) intelektualne, obrazovne i socijalne posledice razvojne teškoće i (5) preduzete medicinske mere i mere psihosocijalne podrške. Ove informacije bi služile kao osnova za preduzimanje raznih mera podrške detetu.

Bilo bi neophodno da se i postojeća klasifikacija razvojnih teškoća, pa time i utvrđivanje kom detetu je neophodna dodatna podrška, usaglasi sa nekom od međunarodnih klasifikacija. Jedan od predloga za klasifikaciju funkcionalnih poremećaja ponudio je tim OECD-a, koji se bavi unapređenjem položaja dece sa posebnim potrebama (OECD/CERI, 1988), a taj predlog je sledeći:

Oštećenje senzornih funkcija obuhvata sve stepene oštećenja vida, sluha, senzorne poremećaje taktilne osetljivosti, bola, dodira, kretanja i ravnoteže.

Poremećaji kognitivnih, intelektualnih, perceptivnih i funkcija pažnje obuhvataju sve stepene mentalne zaostalosti, teškoće u učenju izazvane bilo organskim, bilo socijalnim razlozima, govorne disfunkcije, poremećaje pažnje, okulomotorne perceptivne poremećaje i sl.

Poremećaji kontrole mišića obuhvataju sve poremećaje mišića koji otežavaju kretanje deteta, neposrednu komunikaciju i interakciju deteta sa sredinom (kao što su: cerebralna paraliza, ortopedski poremećaji, poremećaji u govornoj artikulaciji, amputacije, stanja mišićne slabosti i sl.).

Oštećenje fizičkog zdravlja deteta. U ovu grupu spadaju metabolički i fiziološki poremećaji kao što su: hipotireoidizam, galaktosemija, fenilketonurija, astma, juvenilni dijabetes, urođene bolesti srca, zavisnost od aparata za održavanje života i sl.

Emocionalni dečji poremećaji. U ovu grupu spadaju situacioni emocionalni poremećaji nastali kao posledica porodičnih kriza, dečje neuroze, dečje psihoze, emocionalne promene nastale oštećenjem nervnog sistema i sl.

Spoljašnji faktori. U ovu grupu spadaju spoljašnji socijalni uticaji (nastali u porodici ili širem socijalnom okruženju koji ometaju dete da se uspešno razvija. Takve su npr. disfunkcionalne i haotične porodice, neodgovarajuće i neadekvatno ponašanje roditelja, zlostavljanje dece od strane roditelja, teži oblici neuroza roditelja, psihotična stanja roditelja i sl.

Treba imati na umu da posebnu kategoriju čine deca sa višestrukim razvojnim teškoćama. Prema proceni vršenoj u raznim zemljama (ali ne i u Srbiji) moguće je očekivati oko 12% populacije mladih u nekoj od ovih kategorija. U nas je, iz teško razumljivih razloga, došlo do ukidanja velikog broja razvojnih savetovaništa. Ove ustanove postoje u okviru zdravstvene službe u domovima zdravlja, ali su organizovane samo onda ako direktor doma zdravlja iskoristi zakonsku mogućnost koja glasi: „Može da osnuje razvojno savetovanište“. Rad ovih savetovaništa bi trebalo obnoviti, osnovati kao zajedničke službe ministarstava za rad i socijalnu politiku, zdravlja i obrazovanja. Dosadašnje iskustvo je pokazalo da je saradnja ova tri sistema veoma nezadovoljavajuća i da bi jedino njihovo funkcionalno povezivanje moglo omogućiti da se ideje međunarodne zajednice o unapređenju položaja dece sa teškoćama u razvoju primene i položaj te dece sistematski popravi.

Poseban problem sadržan je u činjenici da deca koja imaju dodatnu potrebu za podrškom nisu homogen skup. Pored individualnih razlika, svojstvenih ljudskim bićima, moguće je, sa stanovišta postupaka usmerenih na pružanje pomoći ovoj deci, razlikovati tri osnovne grupe: (1) decu sa teškoćama u intelektualnom razvoju; (2) decu sa nekim somatskim oštećenjem bez teškoća u intelektualnom razvoju i (3) decu čiji je razvoj bitno otežan zbog teških socijalnih prilika u kojima žive (ekstremno siromaštvo porodice, zanemarivanje i zlostavljanje dece, duševno oboljenje nekog od roditelja i sl.). Otežavajuća okolnost za nalaženje odgovarajuće podrške sadržana je i u činjenici da znatan broj dece ima kombinovane smetnje u razvoju. Kod dece sa teškoćama u intelektualnom razvoju često se sreću i teškoće u govoru, senzorna i motorna oštećenja. Razvojna teškoća deteta, po pravilu, veoma otežava materijalnu situaciju porodice (majke napuštaju posao, medicinske intervencije iziskuju dodatne troškove, dete je trajno vezano za porodicu a kada odraste retko nalazi posao i sl.). Na psihološkom planu kod sve tri grupe dece nalazimo po pravilu sledeće posledice koje dodatno otežavaju uspešan razvoj i korišćenje očuvanih sposobnosti: Raspad motivacije za obrazovanje i profesionalno osposobljavanje, socijalna izolacija i kod dece očuvanih sposobnosti – gubljenje doživljaja smisla života. Dosadašnje mere podrške ovoj deci retko kada su uključivale čak i pokušaj da se reše i ovi problemi. Već je ukazano da su deca sa potrebom za dodatnom podrškom veoma heterogen skup. I medicinske i psihološke, kao i mere socijalne podrške moraju biti primenjene ne samo prirodni teškoće koju ima dete, već i ukupnim životnim okolnostima u kojima ono živi.

Posebnost u zadovoljavanju potreba i ostvarivanju prava dece koja imaju potrebu za dodatnom podrškom odražava se u metodima procene i metodima podrške, koji bi omogućili razvoj njihovih očuvanih sposobnosti u uslovima u kojima dete živi. Jedan od eksperata Unicefa tim povodom ističe: „Od ključnog je značaja da programi uključivanja dece sa invaliditetom u redovne uslove socijalne zaštite, zdravlja i obrazovanja raspoložu sa metodologijom procene i individualnog planiranja koji omogućuju socijalno uključivanje u njihovom najboljem interesu“ (Bošnjak, V., 2008, UNICEF).

U operacionalizaciji ideje o holističkom pristupu razvoju M. Mitić ističe da je socijalni značaj zaštite i podrške deci sa invaliditetom određen društvenim vrednostima, njihovom ulogom u društvu i legitimnim ciljevima obrazovnih, zdravstvenih i službi sistema socijalne zaštite. U obrazlaganju ove ideje istaknuto je Emersonovo stanovište da tri vrednosti moraju biti ostvarene i međusobno povezane: *samodeterminacija, inkluzija i kvalitet života*. Operacionalizacija ovoga stava podrazumeva da korisnik bude „prisutan u društvu i uvažan, kompetentan, pružene mu mogućnosti da pravi izbore i participira u životu zajednice. Deca sa razvojnim teškoćama u svakoj fazi svog razvoja i socijalizacije imaju potrebu za specifičnom vrstom zaštite i podrške, socijalno validne i funkcionalno zasnovane“ (Mitić, M., 2009, UNICEF). Razvoj konceptualnog okvira modela procene ROD uključuje i pretpostavku da će svi principi pružanja pomoći deci sa smetnjama u razvoju biti uzeti u obzir, ali da će predlog konkretnih rešenja obuhvatiti analizu stvarnih mogućnosti pojedinih učesnika u pružanju dodatne podrške da tu pomoć i pruže. Do gubitka motivacije, pa samim tim i efekata pomoći dovode i preterano niski i preterano visoki zahtevi pojedinim učesnicima u pružanju podrške detetu.

Predlogom budućih rešenja treba uzeti u obzir i materijalne mogućnosti, osposobljenost učesnika u pružanju pomoći, kao i zakonodavna rešenja koja budu doneta u ovoj oblasti. Princip sadržan u Konvenciji UN o pravima deteta *po kojem su potrebe deteta sa invaliditetom istovremeno i njegova prava* zahteva razradu kako bi bilo jasno ko je dužan da detetu omogući ostvarenje prava i zadovoljenje njegovih potreba i na koji način se utvrđuje da li je potreba deteta zadovoljena i šta ako nije.

Principi ljudskih odnosa u komunikaciji sa detetom kome je potrebna podrška

Svako ljudsko biće, bilo kog uzrasta, je veoma osetljivo na odnos drugih prema njemu, posebno onih do kojih mu je stalo i onih od kojih zavisi. U iskustvu deteta sa teškoćama u razvoju brojna su neprijatna iskustva. Podsmeh vršnjaka, sažaljenje odraslih, ignorisanje – samo su neka od neprijatnih iskustava koje osobu sa teškoćama u razvoju čine preosetljivom. Da li će se razviti depresija ili će se ispoljiti manifestno agresivno ponašanje zavisi od onih koji su najčešće u kontaktu sa njom. Srećan ishod tj. ponašanje koje ohrabruje i podstiče samopoštovanje je, nažalost, veoma retko.

Navešćemo nekoliko principa koje bi trebalo razviti kod onih koji brinu o detetu, a koji se najčešće pominju u literaturi (Hrnjica, S., 1991; 1997):

1. **Poštovanje dostojanstva osobe kojoj pružamo pomoć.** Jedna drevna kineska mudrost upućuje nas „da pomoć pružamo neupadljivo“. Ovaj stav je istaknut i u Deklaraciji UN o pravima ometenih u razvoju. Svako ljudsko biće je veoma osetljivo u situaciji kada je prisiljeno da, zbog teškoća u kojima se našlo i koje ne može samo da razreši, zatraži tuđu pomoć. Ta osetljivost je znatno izraženija kada se radi o osobi koja ima neku ozbiljnu razvojnu teškoću i koja je prisiljena da stalno traži pomoć i da zavisi od drugih. Kada god drugima pružimo pomoć ističući sebe, ili napadnim negiranjem važnosti pružene pomoći izlažemo se opasnosti da povredimo drugu osobu. Nije retka situacija da nas osoba kojoj smo tako pomogli izbegava, a da pri tome nama nije jasno šta je razlog tome.
2. **Deteta sa posebnim potrebama je partner.** Jedna od najčešćih grešaka, kako u odnosu roditelja/hranitelja/usvojitelja ili osoblja u institucijama jeste da ništa ne pitaju dete (posebno ono sa teškoćama u razvoju) o tome šta bi ono želelo. Stručnjaci u institucijama ne samo da ne pitaju dete, već ni roditelja/staratelja da li je saglasan sa merama koje oni predlažu i za koje veruju da su u interesu deteta. To se dešava ne samo u zdravstvenim, već i u obrazovnim i socijalnim institucijama.
3. **Roditelji/hranitelji/usvojitelji deteta sa razvojnim teškoćama su partneri.** U našoj kulturi postoji navika da roditelj/odgajatelj pasivno sluša stručnjake raznih specijalnosti, a da pri tome nije ništa pitan. Nema sumnje da osobe koje brinu o detetu mogu biti korisni saradnici stručnjacima. Posebno kada se radi o proceni očuvanih sposobnosti deteta niko bolje od roditelja/odgajatelja ne poznaje dečija interesovanja, čije poznavanje je nužan uslov za pružanje uspešne psihosocijalne podrške detetu. I kada je reč o medicinskoj pomoći partnerski odnos roditelja/odgajatelja i zdravstvenog radnika može biti od velike koristi, posebno u primeni predložene terapije.
4. **Pomoć detetu i porodici koja brine o njemu (bilo da je reč o biološkoj, hraniteljskoj ili usvojiteljskoj porodici) je neophodna u svim periodima razvoja deteta.** Tokom rasta i razvoja deteta sa teškoćama u razvoju u svakoj fazi javljaju se nove potrebe za čije zadovoljenje je porodici potrebna dodatna pomoć, posebno kada se radi o potrebama koje su osobene za ovu decu, a koje porodica ne može da zadovolji jer nije imala tu vrstu iskustva.
5. **Povećani realizam u proceni najboljeg interesa za dete.** Tokom raznih perioda javljale su se pod uticajem euforije, „otkrivanjem“ novog pristupa, nerealne ideje, koje suštinski nisu bile u interesu deteta. Pojavom inkluzivnih ideja, čija je suština promena okruženja u kojem dete živi sa ciljem da svako dete dobije priliku da se dobro oseća i ispolji svoje vrednosti, javljala su se preterivanja koja ne bi trebalo slediti. Tako npr. u nekim državama SAD „preko noći“ su rasformirane specijalne škole, a deca i nastavnici su raspodeljeni po najbližim redovnim školama. Nema nikakvih podataka o tome kako se završio takav eksperiment, ali je više nego verovatno da u nepripremljenim školama krajnji rezultat nije bio ni u čijem interesu. Posebno u ranom uzrastu dece njihove porodice su naročito sklone da prihvate nerealna očekivanja (koja ponekad daju i neodgovorni stručnjaci). Razočarenje koje nakon toga nastupi, pošto se obećano ne obistini, ima krajnje nepovoljan uticaj na motivaciju porodice, tako da dolazi do depresivnih reakcija i „mirenja sa sudbinom“.

Mesto roditelja/odgajatelja u inkluzivnom pokretu

Usvajanjem Konvencije UN o pravima deteta pokret ka inkluziji je postao planetarni pokret. Pri tome je bilo nesporazuma oko pitanja: Šta je zapravo inkluzivni pokret? Krajnje pojednostavljeno mogli bismo da kažemo da je suština inkluzije sadržana u tome da svako dete (obdareno, prosečnih ili smanjenih sposobnosti) dobije priliku da se razvija u granicama svojih sposobnosti i da se prijatno oseća u svom okruženju. Još bliže određenje krajnjeg cilja inkluzije bilo bi da svako dete bude vrednost po sebi. Pre nego što pokušamo da procenimo kakva bi trebalo da bude uloga roditelja/odgajatelja u inkluzivnom procesu ukratko ćemo razmotriti obeležja inkluzivnog vrtića/škole.

Podsetimo da je još davne 1929. godine švajcarski psiholog i pedagog, pod uticajem ideja Marije Montessori i Rudolfa Štajnera, predložio naziv „škola po meri deteta“. Obeležja te škole bila su: (1) postoji vrednosno-stavovska usmerenost na svako dete kao vrednost; (2) izlaganje nastavnih sadržaja i ocenjivanje znanja je primereno svakom detetu, bez obzira na stepen obdarenosti; (3) škola je dužna da razvije što veći broj vannastavnih aktivnosti i da u njih uključi svako dete prema njegovim interesovanjima i (4) roditelj/odgajatelj je partner školi u podsticanju i praćenju razvoja deteta.

Sada ćemo pokušati da razmotrimo primenu ovih principa u porodicama koje brinu o detetu sa teškoćama u razvoju. Prvi od navedenih principa možemo shvatiti *kao postojanje dobre atmosfere u porodici u kojoj se svako dete oseća voljenim i prihvaćenim*. Ako dete bude smešteno u hraniteljsku porodicu posebnu pažnju treba posvetiti prvim utiscima deteta. Predlažemo da budućim hraniteljima bude dodeljena manja novčana pomoć koja bi im omogućila da posebno obeleže dolazak novog člana. Ako ima druge dece u porodici (čiji su roditelji biološki ili druga deca hranitelji) neophodno je odnosom prema svakom detetu pokazati da su ravnopravni. Ovaj odnos treba zadržati i tokom kasnijeg boravka deteta u hraniteljskoj porodici. Hraniteljskoj porodici treba pomoći (u saradnji sa vrtićem/školom) da zadovolji interesovanja deteta (vezana za sport, razvoj veština ili umetničke sklonosti). Ovakav pristup bi ne samo olakšao porodici da uspešno obavlja hraniteljske obaveze, već bi i bitno podstakao uspešan razvoj deteta. Ako bi uspeli u tome sigurno je da bi bio poboljšana i kvaliteta života ne samo deteta, već i porodice u celini. U dobro razvijenom inkluzivnom modelu u školi roditelj/staratelj je sastavni deo tima koji prati razvoj deteta kako u obrazovanju, tako i u vaspitanju, kao i u ispunjavanju radnih obaveza i redovnosti dolaska u školu. Tamo gde postoje uslovi, dete u hraniteljskoj porodici treba uključiti u vrtić. To, sa jedne strane, bitno olakšava hraniteljskoj porodici brigu o razvoju deteta, a sa druge, predstavlja dobru pripremu za polazak u školu.

O dečjim potrebama i o osobenosti u zadovoljenju potreba deteta sa teškoćama u razvoju

Standardna lista razvojnih potreba svakog deteta (najčešće pominjana u literaturi iz razvojne psihologije) obuhvata: potrebe za očuvanjem zdravlja, obrazovne potrebe, potrebe za uspešnim emocionalnim razvojem, potrebe za uspešnom socijalizacijom, potrebe za razvojem i očuvanjem identiteta, potrebe za održanjem uspešnih porodičnih i socijalnih odnosa, potrebe za socijalnim predstavljanjem i veštine samozbrinjavanja. Ova lista potreba važi i za dete sa teškoćama u razvoju, s tim što je način zadovoljavanja ovih potreba znatno složeniji. Hraniteljstvo dodatno usložnjava ovaj problem iz dva razloga. Na osnovu dosadašnjeg iskustva autora teksta, pokazalo se da je motivisanost hraniteljskih porodica, po pravilu, nešto niža u pogledu zadovoljavanja dečjih potreba. Dodatni razlog je nedovoljna osposobljenost hranitelja za složene postupke zadovoljavanja potreba deteta kome je potrebna dodatna podrška.

U ovom prilogu izložićemo jedan psihološki model ljudskih potreba (posebno primenljiv u razvojnom dobu) koji, po našem uverenju, daje priliku za nov način razmišljanja i ima potencijalnu praktičnu primenljivost. Maslovljev model (Maslov, A., H., 1982) sadrži sledeće klase potreba:

1. Egzistencijalne potrebe vezane za opstanak pojedinca i vrste
2. Potrebe za sigurnošću
3. Potrebe za prihvatanjem, priznanjem, samopoštovanjem i ljubavlju
4. Saznajne potrebe
5. Estetske potrebe
6. Potrebe za razvojem očuvanih (kako otkrivenih, tako i neotkrivenih) sposobnosti.

Pre komentarisanja psihološkog sadržaja ovih potreba neophodno je da istaknemo dve napomene teorijske prirode, čije je razumevanje neophodno zato što imaju visok stepen praktične primenljivosti. To su sledeće napomene:

1. Potrebe su u hijerarhijskom nizu, tako da nije moguće zadovoljiti potrebe višeg reda dok ne budu zadovoljene osnovnije, bazične potrebe. Tako npr. dok ne budu zadovoljene potrebe za sigurnošću nije moguće zadovoljiti potrebe iz naredne grupe (potrebe za ljubavlju, priznanjem, samopoštovanjem...).

2. Iako nezadovoljene, bazične potrebe blokiraju oblike ponašanja nužne za zadovoljenje potreba iz naredne klase, emocionalna preosetljivost zbog njihovog nezadovoljavanja raste. Ovaj fenomen se naziva senzibilizacija. Tako npr. nezadovoljena potreba za sigurnošću bitno otežava zadovoljavanje potreba za ljubavlju, priznanjem i sl., ali osetljivost osobe zbog nemogućnosti da zadovolji ove potrebe se značajno povećava. „Glad za ljubavlju“ osoba sa invaliditetom predstavlja primer delovanja principa senzibilizacije na opis životne situacije osoba koje imaju potrebu za dodatnom podrškom. Ljubomora, koja je kod ovih osoba veoma izražena u odrasloj dobi, je posledica nesigurnosti koja ove osobe prati najčešće od rođenja.

Postoji niz dodatnih uslova koje treba uzeti u obzir kada pokušavamo da stručno osposobimo roditelje/hranitelje za zadovoljenje ovih potreba. To su: (1) vrsta i stepen razvojne teškoće; (2) stepen dostignutog fizičkog, intelektualnog, emocionalnog i socijalnog razvoja deteta; (3) pol deteta; (4) uzrast deteta; (5) dotadašnje posledice razvojne teškoće na ukupan razvoj deteta; (6) vreme nastanka razvojne teškoće; (7) preduzete mere na njenom ublažavanju; (8) dostupnost i kompetentnost saradnika institucija koje pomažu detetu. Ovoj listi možemo dodati i motivisanost deteta i porodice koja brine o detetu da aktivno sudeluje u aktivnostima kojima se pomaže detetu. Na kraju treba dodati i osobenosti vrednosno-stavovskih karakteristika sredine u kojoj dete živi. Dosadašnja istraživanja (SCF, 2003) su pokazala da odnos prema detetu sa razvojnim teškoćama nije isti u svim delovima Srbije. Spremnost za pomaganje detetu u školama bila je najmanje izražena na jugu, a najviše na severu. Obrnuto tome, spremnost roditelja da uključe dete sa razvojnim teškoćama u redovnu školu bila je najveća tamo gde su nastavnici pružali najveći otpor integraciji.

Treba imati na umu da nije moguće odmah osposobiti čak ni stručne saradnike, a kamoli roditelje/hranitelje da vode računa o svim navedenim uslovima. Za početak bi bilo sasvim dovoljno da timovi koji brinu o detetu imaju ove uslove na umu i da ih zadovolje u meri mogućeg. Analiza mogućnosti zadovoljavanja pojedinih klasa potreba iz Maslovljevog modela za decu sa teškoćama u razvoju (uz dodatni osvrt na situaciju u hraniteljskim porodicama i na životnu situaciju deteta u institucijama) pokazuje sledeće:

Egzistencijalne potrebe. Analiza egzistencijalne situacije dece sa invaliditetom u hraniteljskim porodicama (Mitić, M., 2009) jasno pokazuje da je mogućnost za zadovoljavanje ove klase potreba veoma nezadovoljavajuća. I same hraniteljske porodice najčešće su u stanju egzistencijalne oskudice. U odsustvu egzaktnih istraživanja o posledicama materijalne oskudice na zadovoljenje narednih klasa potreba moguće je, sledeći teorijska očekivanja, pretpostaviti da je potreba za sigurnošću deteta ugrožena kada ni osnovne životne potrebe nisu zadovoljene. Materijalno siromaštvo bitno smanjuje zadovoljenje svih onih potreba koje podrazumevaju bar minimalna materijalna ulaganja. Zadovoljenje saznavnih, estetskih i razvojnih potreba predstavlja tipičan primer posledica socijalne i materijalne deprivacije na ljudski razvoj.

Zadovoljavanje druge potklase ovih potreba (polne potrebe i potreba za roditeljstvom) kod dece/odraslih sa teškoćama u razvoju, koliko je nama poznato, nije sistematski istraživano. Nezadovoljene potrebe iz ove grupe imaju veoma teške posledice na mentalno zdravlje. Na jednom seminaru za roditelje dece sa teškoćama u razvoju (Save the Children UK, 2003) roditelji su zahtevali od predavača da u sadržaj teme uključe i teme o zadovoljenju polnih potreba deteta u adolescentnom uzrastu. Umesto predavača roditelji su iznosili svoja iskustva. To što je saopšteno bilo je veoma dramatično i predstavlja ozbiljan signal stručnjacima iz ove oblasti da pokušaju da nađu rešenje za ovaj, i za porodicu i za dete, veoma težak problem. U vezi sa ovim problemom je i nemogućnost velikog broja osoba sa razvojnim teškoćama da u odrasloj dobi zadovolje potrebu za roditeljstvom. Dok je kod osoba bez razvojnih teškoća odsustvo roditeljskog iskustva posledica nekih medicinskih problema (znatno ređe posledica ličnog izbora), taj problem je znatno složeniji. Najčešće je posledica nemogućnosti nalaženja partnerke/partnera koji bi prihvatili da sa osobom koja ima teškoće u razvoju formiraju zajedničko potomstvo, kod nekih (najčešće mentalno zaostalih) primenjuju se čak i medicinske intervencije za sprečavanje stvaranja potomstva.

Potreba za sigurnošću. Potreba za sigurnošću je jedna od najčešće nezadovoljenih potreba osoba sa teškoćama u razvoju. Posebno se pojačava u situaciji kada dete nema biološke roditelje ili su ga roditelji napustili. U ovom slučaju jasno se vidi delovanje dvostrukog rizika na neku ljudsku

potrebu. I razvojna teškoća i odsustvo roditeljske brige, svaka za sebe, ostavljaju teške posledice na osećanje sigurnosti. Udružene, skoro su nerešive problem. Trajno osećanje nesigurnosti bitno otežava aktiviranje očuvanih sposobnosti, a ima i značajne posledice na odnos osobe sa teškoćama u razvoju sa drugim ljudima. Nepoverenje u druge i ljubomora u odnosima sa partnerom suprotnog pola su najčešće posledice trajne nesigurnosti.

Ljubav, priznanje, prihvatanje, samopoštovanje. Kliničko iskustvo u radu sa osobama omećenim u razvoju ukazuje da je jedan od razloga neuspešnih emocionalnih veza sa partnerima suprotnog pola vezan za ispoljavanje neosnovane ljubomore prema partneru, emocionalnu hladnoću, nerealno visoke zahteve, posesivan odnos i smanjenu osetljivost za potrebe drugih. Ove reakcije moguće je shvatiti i kao neku vrstu posledica trajne nesigurnosti, a i kao odbranu samopoštovanja. Pošto osobe iz ove grupe retko dobijaju priliku da rade, a kamoli da ispolje svoje sposobnosti, malo je prilika za odavanje priznanja za uspeh, pa samim tim i za pozitivnu sliku o sebi koja bi bila zasnovana na dobijanju priznanja od drugih ljudi.

Saznajne i estetske potrebe. Zadovoljavanje sazajnih potreba, kao i zadovoljavanje estetskih potreba u značajnoj meri je povezano sa materijalnom situacijom i stimulacijom od drugih ljudi. Školsko obrazovanje, kada je uspešno, u dobroj meri zadovoljava obe ove klase potreba. Podaci o obrazovanju osoba sa teškoćama u razvoju, bar do sada, nisu bili ni malo optimistički. Inkluzivni pokret bi trebalo da da značajan pomak u ovoj oblasti, ali samo pod uslovom da bude ostvaren na način koji menja životni prostor osobe sa teškoćama u razvoju koja u njemu živi, a time i kvalitet života te osobe.

Razvojne potrebe. Da bi očuvane sposobnosti mogle biti razvijene i održane neophodna su dva uslova. Prvi je da bude smanjena napetost izazvana osećanjem nesigurnosti takve osobe. Drugi uslov je postojanje podsticajne sredine u detetovom okruženju. Porodica koja brine o detetu je osnovni podsticaj razvoja. Da bi ovaj uslov bio ispunjen porodici treba pomoći da savlada veštine podsticanja i da ima materijalne uslove koje takva aktivnost zahteva. Ovaj uslov je teško ispuniti, ali treba pokušati tamo gde za to postoje bar minimalni uslovi. Tamo gde porodica zaista nema minimalnih uslova kompenzatorni značaj vrtića/škole je još važniji, pa time i potreba za što većom saradnjom porodice sa institucijama u obrazovanju, kao i sa lokalnim institucijama namenjenim deci.

Preporučena literatura:

- Dejvis, H. (1995). *Savetovanje roditelja hronično obolele dece i dece omećene u razvoju*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Harlok, E. (1971). *Razvoj deteta*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Holt, Dž. (1979). *Kako djeca reaguju na neuspjeh*. Sarajevo: Svjetlost.
- Hrnjica, S. i sar. (1991). *Ometeno dete*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Hrnjica, S. (1997). *Deteta sa razvojnim smetnjama u osnovnoj školi*. Beograd: Učiteljski fakultet.
- Ivić, I. (1995). *Šta da se radi – priručnik za primenu dečjih prava*. Beograd: UNICEF.
- Joksimović, S., Vasović, M. (1990). *Psihološke osnove čovekoljublja*. Beograd: Prosveta.
- Jurić-Šimunčić, A. (1978). *Djeca s teškoćama u učenju i vladanju*. Zagreb: Školska knjiga.
- Marković, S. i sar. (2010). *Škola na kvadrat – model povezivanja specijalnih i redovnih škola*. Beograd: Save the Children UK.
- Maslov, A., H. (1982). *Motivacija i ličnost*. Beograd: Nolit.
- Mitić, M. (1996). *Porodica i stres – njegove osobnosti i načini prevladavanja*, doktorska disertacija. Beograd: Filozofski fakultet.
- Mitić, M. (2009). *Od individualnih potreba do socijalne politike – ekspozicija projekta*. Beograd: UNICEF.
- Montesori, M. (2001). *Otkriće deteta*. Beograd: Catholic Relief Services, Čigoja štampa.
- Morić-Petrović, S. (1982). *Nasleđivanje mentalnih oboljenja*. Beograd: Nolit.
- Pavlović, S. (1996). *Uzori i ideali kod dece lišene roditeljskog staranja, diplomski rad*. Beograd: Filozofski fakultet.
- Rodžers, K. (1985). *Kako postati ličnost*. Beograd: Nolit.
- Ršumović, Lj. (1995). *Bukvar dečjih prava*. Beograd: UNICEF.
- Sretenov, D. (2008). *Kreiranje inkluzivnog vrtića*. Beograd: Društvo psihologa Srbije.
- Šekspir, R. (1979). *Psihologija omećenih u razvoju*. Beograd: Nolit.

KLJUČNE PROMENE OPŠTIH SHVATANJA I PRAKSE U RADU SA OSOBAMA SA POTREBOM ZA DODATNOM PODRŠKOM

Vera Rajović

Da bi procena omogućila kvalitet odrastanja i života deteta, ona treba da uzima u obzir kontekst njegovog odrastanja sa ciljem da osmisli podršku u eko-sistemima, pre svega porodici. Razmotrićemo neka od pitanja značenja ometenosti u razvoju i invaliditeta koja mogu biti u vezi sa definisanjem i realizacijom neophodne podrške detetu i njegovoj porodici.

Presudan uticaj na promenu opštih shvatanja i prakse u radu sa osobama sa smetnjama u razvoju, *od medicinskog ka socijalnom modelu*, koja je započela šezdesetih godina XX veka, imali su sledeći principi i teorije:

- Princip najmanje restriktivnog okruženja (Turnbull, 1994)
- Razvojni princip, tj. princip razvojnog optimizma
- Princip normalizacije i teorija valorizacije društvene uloge (Wolfensberger, Thomas, 1983).

Princip najmanje restriktivnog okruženja nastao je iz potrebe da se ograniči kontrola države i drugih institucija nad osobama sa smetnjama, time što će smeštaj u specijalizovane, izdvojene institucije zameniti manje restriktivnim okruženjima, kako u fizičkom, tako i u psiho-socijalnom smislu. Ovim se principom naglašava važnost slobode izbora, poštovanja i očuvanja osećanja lične slobode i kontrole nad događajima u vlastitom životu, kao i usklađivanje primenjenih metoda i procedura sa potrebama svake individue. Primenom ovog principa podržava se *inkluzija i integracija* dece sa smetnjama u razvoju u redovne tokove života zajednice i sprečava se njihova nepotrebna institucionalizacija i segregacija u specijalne škole i, kao i zapošljavanje koje je često simbolično, ima prisilna i eksploatatorska svojstva, a retko vodi stvarnoj samostalnosti (Turnbull, 1994).

Razvojni princip naglašava potencijal individue za rast i razvoj, i to ne samo u detinjstvu, nego i kasnije, tokom čitavog odraslog životnog doba. Ovim se principom, takođe, naglašava odgovornost društva i neposredne sredine da pruže brojne mogućnosti i visoka očekivanja za razvoj dece i mladih sa razvojnim smetnjama, kao i da savremena metodološka i tehnička dostignuća učine dostupnim onima koji od njih mogu imati koristi. Prema ovom principu, potencijal za rast i razvoj su osnovna karakteristika svih ljudskih bića, pa tako i osoba sa smetnjama. U kojoj meri će se taj potencijal razviti zavisi od iskustava kroz koje osoba prolazi. Drugim rečima, uskraćivanje prilika za sticanje iskustva rezultiraće usporavanjem ili nemogućnošću razvoja potencijala i sposobnosti individue, a izlaganje različitim stimulusima i upražnjavanje raznovrsnih aktivnosti urodiće njenim većim postignućem i napretkom. Zastupnici razvojnog principa oštro kritikuju tendenciju da se osobe sa smetnjama u razvoju, kako u institucijama, tako i u okviru porodice, prezaštićuju i ograničavaju u obavljanju aktivnosti u oblasti rada, rekreacije ili ostvarivanja socijalnih kontakata, budući da takav tretman ne podstiče i ne podržava njihov razvoj i napredak. Razvojni princip našao je direktnu primenu u praksi u radu sa decom sa smetnjama u razvoju kroz uvođenje tzv. rane intervencije u tretman, kao i kroz primenu metoda i tehnika modifikacije ponašanja i analize radnih zadataka. Zahvaljujući primeni ovih metoda veliki broj osoba sa smetnjama u razvoju u poziciji je da razvija sposobnost samostalnog funkcionisanja u raznovrsnim oblastima svakodnevnog života.

Princip normalizacije je prvi put formulisan pedesetih godina XX veka u Danskoj za osobe sa intelektualnim hendikepom, i od tada je prošao kroz mnogobrojne faze daljeg razvoja i primene u SAD i Kanadi, sve dok 1983. godine nije prerastao u Wolfensbergerovu teoriju valorizacije društvene uloge. Princip normalizacije se određuje kao pružanje osobama sa smetnjama u razvoju „takvih uslova i načina života, koji su do najvećeg mogućeg stepena slični normama i načinima života većine ljudi u društvu“ (Wolfensberger, 1998, Rajović, 2004). U nešto novijim definicijama, princip normalizacije se određuje kao korišćenje sredstava prihvaćenih u datoj kulturi, da bi se obezvređenim ljudima omogućilo da žive životom koji se u toj kulturi smatra vrednim i da bi se vrednovala njihova društvena uloga (Wolfensberger i Thomas, 1983, prema Rajović i Stanimirović, 2006). U tom smislu,

princip normalizacije stavlja naglasak, ne na potrebu da se menja pojedinac i tako prilagođava sredini, već na potrebu za smanjenjem sredine (normalizacijom okruženja), da bi se odgovorilo na potrebe pojedinca. Volfensberger i drugi (Flynn, R. J., Guirguis, M., Wolfensberger, W., & Cocks, E. 1999) navode tri osnovne ideje normalizacije:

Integracija u društvo je suštinska strategija normalizacije i odnosi se na pružanje podrške osobama sa potrebom za dodatnom podrškom da iskuse standardne životne ritmove i aktivnosti, kao što su iskustvo detinjstva, odraslog doba i starosti sa svim pripadajućim aktivnostima, koju većina ljudi u društvu obavlja (igra, učenje, rad, rekreacija, odmor).

Obavljanjem životnih funkcija i aktivnosti na različitim mestima ostvaruje se bogatstvo iskustva i kontakata sa drugim ljudima i takve prilike treba da se omoguće i osobama sa smetnjama u razvoju. U tom smislu, deinstitucionalizacija je još jedna značajna strategija normalizacije.

Osobama sa smetnjama u razvoju i/li invaliditetom, kao i svim ostalim ljudima, pripadaju sva ljudska prava, uključujući i pravo na rad, normalan ekonomski standard, pravo da izaberu partnera.

Po Volfensbergerovoj i Tomasovoj najnovijoj definiciji iz 2005. godine **valorizacija društvene uloge** je „primena empirijskog znanja na oblikovanje aktuelnih ili potencijalnih društvenih uloga osobe ili grupe, prvenstveno sredstvima za ojačavanje njihovih kompetencija i društvenih predstava o njima, tako da su te kompetencije i društvene predstave što je više moguće pozitivno vrednovane u društvu“ (Wolfensberger i Thomas, 2005, prema Osburn, 2006). Bazična premisa valorizacije društvene uloge jeste da je mnogo verovatnije da će ljudi doživeti „dobre stvari u životu“ (Wolfensberger, Thomas 1983), ukoliko imaju cenjene društvene uloge, nego ukoliko to nije slučaj. Pod „dobrim stvarima u životu“ podrazumevaju se dostojanstvo, poštovanje, prihvatanje, osećaj pripadanja, obrazovanje, pravo glasa u pitanjima važnim za širu i užu zajednicu, prilike za učešće u društvenom životu, prilike za zapošljavanje i slično.

Uloge imaju svoj status u društvu i ocenjuju se kao pozitivne, cenjene i poželjne ili kao negativne, nepoželjne i bezvredne. One mogu biti glavne, u smislu da u većoj meri utiču na identitet i životne tokove osobe, ili sporedne. Osobe ili grupe postaju društveno obezvređene kada izgube glavne društvene uloge koje su cenjene i poželjne. U zemljama zapadne kulture, najčešće se obezvređenim smatraju osobe sa smetnjama u razvoju i invaliditetom, osobe sa bolestima zavisnosti, siromašne osobe, neobrazovane i nezaposlene osobe, i slično (Wolfensberger, 1998).

Valorizacija društvene grupe je naročito važna za dve grupe ljudi: one koje su već društveno obezvređene i one sa visokim rizikom da postanu obezvređene. Osobe ili grupe, koje su obezvređene, su mnogo češće tretirane loše u društvu nego osobe ili grupe koje nisu obezvređene i češće su sistematski izložene negativnim, a često i dugoročnim iskustvima, kao što su:

- Odbacivanje od strane zajednice, šireg društva, pa čak i porodice;
- Etiketiranje u smislu „devijantnog“, društvenog tereta ili pretnje, zbog negativno vrednovanih razlika;
- Držanje na fizičkoj ili socijalnoj distanci, a kasnije i putem segregacije;
- Pripisivanje negativnih društvenih predstava, uključujući i jezik i simbole, koji se koriste;
- Izloženost nasilju, zlostavljanju, pa čak i smrti (Osburn, 2006).

Literatura:

- Flynn, R. J., Guirguis, M., Wolfensberger, W., & Cocks, E. (1999). Cross-validated factor structures and factor-based subscales for PASS and PASSING. *Mental Retardation*, 37(4), 281-296.
- Osburn, J. (2006). An overview of social role valorization theory, *The SRV Journal*, 1(1), 4-13.
- Rajović, V. (2004). *Psiho-socijalne determinante razvoja i učenja mentalno retardirane dece*. Institut za psihologiju, Filozofski fakultet, Beograd.
- Stanimirović, D. V., Rajović, V. (2006). Ka socijalno-inkluzivnom pristupu osobama ometenim u razvoju. U: Branković, D. (ur.) *Nauka i obrazovanje*, Filozofski fakultet, Banja Luka, 209-219.
- Turnbull, H. R. (1994). *Free Appropriate Public Education – The Law and Children with Disabilities*, Love Publishing Company, Denver CO, USA.
- Wolfensberger, W. & Thomas, S. (1983). *Passing: Program Analysis of Service Systems Implementation of Normalization Goals - A method of evaluating the quality of human services according to the principle of normalization*, Canadian National institute on mental retardation.
- Wolfensberger, W. (1998). *A brief introduction to Social Role Valorization: A high order concept for addressing the plight of socially devalued people, and for structuring human services* (3rd ed.) Training Institute For Human Service Planning, Leadership and Change Agency (Syracuse University), Syracuse, NY.

PRIMARNE I SEKUNDARNE POSLEDICE RAZVOJNE TEŠKOĆE NA RAZVOJ I ODRASTANJE DETETA

Sulejman Hrnjica

Uvodne napomene

UNESKO je, još 1981. godine, uputio zemljama članicama dokument u kome je ukazano na postojanje primarnih i sekundarnih posledica razvojne teškoće. U tom dokumentu ukazano je na sledeće: Somatopsihička oštećenja (impairments) označavaju stanje organizma nastalo kao posledica nekog patološkog procesa, povrede ili genetske anomalije. Funkcionalna oštećenja (disabilities) označavaju organske i mentalne posledice organskog oštećenja. Hendikepi (handicaps) označavaju interakciju telesnog i funkcionalnog oštećenja i uslova u sredini u kojoj osoba sa oštećenjem živi. Ovaj dokument je predstavljao značajan pomak u razumevanju i pravcima pružanja pomoći osobama sa nekom teškoćom u razvoju. Stavom da organske i socijalne posledice treba posmatrati u interakciji upućivano je na uverenje da je sekundarne posledice razvojnih teškoća moguće ublažiti time što bismo pripremili sve one koji podstiču i usmeravaju razvoj deteta sa teškoćama u razvoju da stvaraju takvo socijalno okruženje za dete u kome bi bilo što manje izvora napetosti. Ublažavanje sekundarnih posledica teškoće u razvoju najbolje se postiže stvaranjem takve socijalne atmosfere u socijalnom okruženju deteta u kome ono sebe doživljava kao voljeno i prihvaćeno od onih sa kojima živi. Drugi pravac aktivnosti vezan je za podsticanje očuvanih sposobnosti deteta.

Subjektivni doživljaj teškoće u razvoju od strane deteta/odrasle osobe

Osobu sa razvojnom teškoćom drugi ljudi najčešće opažaju kao različitu, drugačiju od njih. U razgovoru sa osobama iz ove grupe zapaža se da i *one same sebe opažaju kao različite. Izvor tog subjektivnog doživljaja je poređenje sa svojom referentnom grupom (vršnjacima, istog uzrasta, pola i sociokulturnog i materijalnog statusa porodice)*. Opažanje posledica razvojne teškoće je po pravilu prenaplašeno. I kod osoba bez razvojnih teškoća svaka negativna promena na vlastitom telu je prenaplašeno doživljena (npr. imamo utisak da svi gledaju u nas kada delujemo umorno ili depresivno). Reakcija na razvojno oštećenje kako same osobe sa razvojnom teškoćom, tako i njene sredine, kreće se u rasponu od doživljaja teškoće kao tragedije do ignorisanja teškoće. Obe ove krajnosti predstavljaju nepovoljnu okolnost za razvoj deteta. U prvom slučaju emocije toliko „preplave“ i dete i one koji brinu o njemu da nema energije za konstruktivan pristup u očuvanju onoga što je preostalo. U drugom slučaju ignorisanje sredine dovodi do nepreduzimanja bilo kojih mera koje bi podstakle razvoj deteta. Nisu retki roditelji koji veruju da će ignorisanjem teškoće najbolje pomoći detetu da se razvija „normalno“. U tom slučaju postoji opasnost da relativno blage teškoće postanu tako teške da ih je kasnije veoma teško ublažiti. Već je napomenuto da pomoć treba pružati neupadljivo. To znači da dete i ne oseti pomoć kao nešto što je nametnuto (to se najbolje ostvaruje u vidu zajedničke igre), a da ni način pomoći dodatno ne obeleži dete. Stigmatizacija je greška u odnosu prema detetu koja sredini u kojoj dete živi (npr. vršnjacima u vrtiću/školi) daje naglašeno na znanje da je dete nešto bitno drugačije. Izbegavanje vršnjaka da dete pozivaju u zajedničku igru ili neku drugu grupnu aktivnost najčešće je posledica upravo prenaplašene brige roditelja ili vaspitača ili pak pozivanja da detetu stvore neke posebne uslove u radu ili igri „jer je ono drugačije“.

Kako razlikovati primarne od sekundarnih teškoća u razvoju

Da bismo pažnju usmerili na one oblike ponašanja kod kojih postoji mogućnost da budu ublaženi, iako su posledica teškoće u razvoju, neophodno je da razlikujemo posledice organskih promena u bilo kojoj fazi (genetskih, hromozomskih aberacija, raznih oboljenja majki tokom graviditeta, traumatskih stanja tokom porođaja, kao i oboljenja poput epilepsije koja se mogu javiti nakon rođenja...) od grešaka sredine (uže ili šire, porodice ili vršnjaka, nastavnika ili komšija, bez obzira na to da li se čine iz dobrih ili loših namera...). Stereotipi o pojedinim kategorijama dece sa teškoćama u razvoju

najčešće sadrže navođenje obe ove kategorije ne razdvajajući ih. Pokušaćemo, ukratko, opisujući stereotipe mentalno zaostale, slepe, gluve i telesno invalidne dece da ukažemo koje karakteristike potiču od grešaka sredine, a koje su izvorno posledica prirode razvojne teškoće.

Mentalno zaostala deca. Ova deca obuhvataju širok skup poremećaja u intelektualnom razvoju u rasponu od graničnih slučajeva do duboke mentalne zaostalosti. Granični slučajevi najčešće bivaju otkriveni tek pri upisu za polazak u školu. Najčešće dolaze iz porodica koje su socijalno deprivisane i žive u krajnje nepovoljnim materijalnim uslovima (deca iz romskih porodica kao najčešći primer). Brojna su ispitivanja karakteristika lako mentalno zaostale dece. Tako npr. Đačkov (Đačkov, A., I., 1973) je kod ove dece utvrdio postojanje zastoja u razvoju vizuelne percepcije, teškoće u razumevanju značenja opaženog, nerealno opažanje sredine u odnosu na sebe, nerazumevanje socijalnih odnosa, otežan proces analize i sinteze i osiromašeno shvatanje opaženih pojava. Uz oštećenje saznavnih funkcija najčešće se javljaju oštećenje motorike i poremećaj u govornoj artikulaciji, razumevanju govora i iskazivanju misli govorom. Iskazi roditelja pokazuju da deca iz ove grupe ispoljavaju „tvrdoglavost“, sklonost ka ponavljanju kazanog ili učinjenog i odbijanju zahteva (roditelja, nastavnika...) da nešto urade. Vaspitači i nastavnici ih opisuju kao decu koja su „lepljiva“, a nekad i agresivna. Agresivnost se najčešće ispoljava u odnosu sa vršnjacima, pogotovo onda kada im vršnjaci upućuju uvredljive nadimke ili im se podsmevaju. Iz ovog opisa jasno je da su „lepljivost“, agresivnost, „lenjost“ i slične osobine posledica grešaka sredine i da se mogu bitno ublažiti.

Deca sa oštećenjem vida. Pored osnovnih teškoća koje se javljaju kod dece iz ove grupe (teškoće vezane za orijentaciju u prostoru i nemogućnost usvajanja znanja iz štampanih izvora), postoji i emocionalna napetost koja nastaje kao posledica nesigurnosti u kretanju i uspostavljanju odnosa sa drugim ljudima za koje je neophodno i vizuelno iskustvo. Istraživanja vršena u nas (Popović, D., 1986) su pokazala da su emocionalne smetnje i poremećaji ponašanja kod dece iz ove grupe u toj meri atipični da su dobili naziv izveden iz engleskog naziva za slepilo (blajndizmi). Najčešće se ispoljavaju kao nefunkcionalni pokreti koji se ponavljaju, kao što su ljuljanje u stolici. Nastaju kao posledica straha roditelja da se dete ne povredi i stalnih zabrana da nešto uradi („nemoj tamo, nemoj ovo, nemoj ono“) nakon čega dete prestaje da se kreće i svoju potrebu za kretanjem zamenjuje ljuljanjem. I negativizam (za koji se koristi izraz „tvrdoglavost“) je vrlo čest kod dece oštećenog vida i traje duže nego kod vršnjaka bez ove razvojne teškoće. D. Popović ove poremećaje u ponašanju tumači kao oblik ispoljavanja otpora deteta i kao posledicu konflikta između potrebe za samostalnom aktivnošću i zahteva onih koji brinu o detetu. Zanimljivo je zapažanje autorke ovoga istraživanja da slepa deca ređe ispoljavaju agresivnost od vršnjaka koji (dobro) vide. U želji da pridobiju simpatije onih koji ih okružuju, slepa deca često potiskuju svoje želje za koje pretpostavljaju (opravdano ili neopravdano) da ih neće podržati oni od kojih zavise. U ovom slučaju submisivnost je sekundarna posledica i ne zavisi od stepena oštećenja vida, već od odnosa sredine prema detetu.

Istraživanja emocionalnog fazvoja dece sa oštećenjem vida pokazala su (Perepatic, J., 1996) da je strah od mraka tipičan za gotovo svu slepu decu. Pokazalo se da se deca ne boje mraka, već samoće. Kada se ugasi svetlo slepo dece gubi orijentaciju zasnovanu na zvukovima, pošto sve utihne i ona osećaju strah.

Deca sa oštećenjem sluha. Radoman (Radoman, V., 1991; 1996) je istraživanjem utvrdila listu oštećenja saznavnih sposobnosti koje nastaju kao posledica težeg oštećenja sluha. To su: selektivno oštećenje verbalne inteligencije, sposobnost za apstraktno mišljenje, otežano shvatanje značenja simbola, teškoće u zapamćivanju verbalnih i numeričkih podataka i niz drugih. Neki aspekti saznavnog funkcionisanja ostaju neoštećeni, a neki su čak razvijeniji nego li kod dece neoštećenog sluha (pamćenje crteža i pokreta, mimike, položaja tela i boja). Nalazi ove autorke o uticaju oštećenja sluha na ličnost ukazuju na niži nivo socijalne zrelosti, teškoće u socijalnom prilagođavanju, nedovoljnu sposobnost za brigu o sebi i nedovoljnu sposobnost da prihvati odgovornost za svoje ponašanje. I istraživanja britanskih autora (Gulliford, J. P., 1979) ukazuju na slične probleme. Dominiraju konflikti sa vršnjacima i nepoverenje u ljude. Neke od navedenih teškoća potiču od prirode oštećenja, ali u uslovima nepovoljnog odnosa sredine prema detetu oštećenog sluha bivaju bitno pojačani. Nepoverenje u ljude i konflikti sa vršnjacima i odraslima su nesumnjivo socijalnog porekla. Povećan nivo napetosti koji prati konflikte sa sredinom bitno otežava i saznavni razvoj deteta pošto konflikti smanjuju motivaciju za rad i oduzimaju značajan deo raspoložive mentalne energije.

Deca sa telesnim oštećenjima. Deca iz ove grupe čine veoma heterogen skup. Iako su kod njih veoma često očuvane neurološke strukture koje omogućuju uspešno intelektualno postignuće, opšte mesto za celu ovu grupu je *dramatičan pad motivacije za učenje*. U jednom našem istraživanju (Hrnjica, S. i sar., 1991) kod dece sa amputacijama, potpuno očuvanih intelektualnih sposobnosti, na testovima sposobnosti dobijeni su rezultati koji ih svrstavaju u lako mentalno zaostalu decu. Pokazalo se da je pad motivacije znatno izraženiji kod inteligentnije dece iz ove grupe. Jedno od mogućih tumačenja ovog nalaza bilo je da su ta deca svesnija posledica svoga invaliditeta i na kasniji profesionalni razvoj i na šanse za nalaženje posla, a posebno na šanse da nađu životnog partnera. Veoma su raznovrsne posledice na razvoj ličnosti telesno invalidne dece u zavisnosti od vrste telesnog invaliditeta. Kao ilustraciju uticaja sredine na ishod promena u ličnosti deteta navešćemo istraživanje Rubinštajna (Rubinštajn, S., 1982) koji je kod dece sa traumatskim povredama (u igri, saobraćaju i sl.) otkrio dve vrste promena u ponašanju u zavisnosti od odnosa sredine prema njima. Analizom ponašanja ove dece u školi utvrđeno je da umerena strogost ima pozitivan uticaj na moralni razvoj, radne navike i odgovornost prema obavezama. Preterana popustljivost može da dovede do niza negativnih svojstava kao što su: drskost, nepristojnost, grubost, sklonost ka laganju, egocentrizam i plašljivost. Proverom tipičnih oblika ponašanja deteta pre traume, kao i porodične situacije utvrđeno je da ništa u ranijoj istoriji porodice i deteta nije nagoveštavalo takav vaspitni ishod. I drugi autori (Đačkov, 1973) su kod učenika koji su u ranom dobu preležali encefalitis i prema kojima su i roditelji i nastavnici ispoljavali popustljivost dolazilo do „antietičkog sindroma“ koji se ispoljava u nizu negativnih osobina ličnosti kao što su: lažljivost, nametljivost, impulsivnost, pojačan seksualni nagon, sukob sa vršnjacima i odraslima i sl.

Ličnost deteta ometenog u razvoju kao celovit sistem

Gotovo svako značajnije oštećenje dovodi do otežanog razvoja svih aspekata ličnosti (intelektualnog, emocionalnog, socijalnog, a kod nekih kategorija dece sa razvojnim teškoćama i fizičkog razvoja). Mogli bismo reći da je „opšte mesto“ kod svake osobe neuspešan odnos sa sredinom, posebno sa onima sa kojima dete živi. Krajnji rezultat takvog skupa okolnosti jeste: nepoverenje prema ljudima, nepoverenje u sebe, a time i otpor osobe sa razvojnom teškoćom da razmišlja o budućnosti i da za buduće ciljeve veže svoju motivaciju za rad. Strah od budućnosti je posebno izražen kod dece sa razvojnim teškoćama kod kojih je intelekt ostao očuvan, a i za porodice svih kategorija dece sa razvojnim teškoćama. Uspeh u obrazovanju koji je, po pravilu, ispod potencijala deteta, je pravilo sa retkim izuzecima. Kod nekih osoba sa oštećenjem vida, sluha i telesno invalidnih dolazi do snažnih kompenzacionih procesa i natprosečnog uspeha u obrazovanju. Taj uspeh ne biva uvek podržan od sredine, teško nalaze posao, teško uspostavljaju uspešne emocionalne veze, pa i pored toga što su ostvarili natprosečne rezultate ostaje nezadovoljstvo i napetost kao obeležje ličnosti.

Samosvest i identitet osoba sa teškoćama u razvoju. Svaki oblik težeg oštećenja (fizičkog ili mentalnog) dvostruko utiče na razvoj svesti o sebi: (1) postojeće oštećenje smanjuje *repertoar socijalnih iskustava nužnih za formiranje jasne svesti o sebi*. Osobe sa teškoćama u razvoju se manje druže sa drugima (svojim vršnjacima npr.), a i postojeće druženje je strogo selekcionisano i ograničeno samo na osobe iz najbližeg okruženja, najčešće na vršnjake iz bliže ili šire porodice. Istraživanja britanskih autora (Mittler, P., 1976) su pokazala da osobe sa teškoćama u razvoju više izbegavaju druženje od njihovih neometenih vršnjaka; (2) posmatranjem načina na koji osoba sa razvojnim teškoćama komunicira sa drugim ljudima (vršnjacima i odraslima) stiče se utisak da je ta komunikacija znatno siromašnija. Neometene osobe, plašeći se da je ne povrede, izbegavaju ne samo razgovor koji bi tu osobu sa razvojnom teškoćom mogao direktno ili indirektno da povredi nekom nenamernom aluzijom na njeno stanje, već izbegavaju i razgovor o osobi u celini. Teme za razgovor su ograničene (razni doživljaji, sport, odnosi sa suprotnim polom i slične teme se izbegavaju). Slika o sebi je u značajnoj meri preopterećena svešću o značaju razvojne teškoće i konfuzijom u pogledu niza značajnih aspekata identiteta koji su osnova integracionih procesa u ličnosti.

Integritet i zrelost ličnosti osoba sa razvojnom teškoćom. Bazična nesigurnost i stalan strah od odbacivanja neminovno osiromašuju identitet ličnosti (skup bitnih svojstava koja karakterišu ličnost, bilo da ih je osoba svesna ili ne). Energija neophodna za razvoj i stabilizaciju očuvanih sposobnosti troši se na razrešavanje konflikata u sebi i sa drugima. Napor da se uspostavi samopoštovanje i očuva sigurnost aktivira brojne mehanizme odbrane i ti mehanizmi postaju trajnije obeležje ličnosti osobe sa razvojnom teškoćom. Planovi, namere i budući ciljevi spadaju po Olportu (Olport, G., 1969) među najvažnije

▶ DECA SA TELESNIM INVALIDITETOM

Pojmovno određenje. Deca sa telesnim invaliditetom čine brojnu i heterogenu grupu. Zajednička karakteristika ove grupe razvojnih poremećaja je da postoji značajan poremećaj telesnog integriteta, otežano motorno funkcionisanje i smanjena opšta telesna snaga osobe. Smanjenje telesnog funkcionisanja dovodi do određenih promena u aktivnostima deteta, menja njegov način života, otežava mu komunikaciju sa sredinom (socijalnom i fizičkom) i dovodi do promena u ličnosti, među kojima su najznačajnije smanjeno osećanje sigurnosti, nepoverenje u sebe, a zbog brojnih negativnih iskustava sa drugim ljudima – i do nepoverenja u njih.

Klasifikacija. U zavisnosti od toga koji su delovi tela, segmenti ili sistemi zahvaćeni deca sa invaliditetom dele se na sledeće kategorije:

1. Deca sa moždanom patologijom (cerebralna paraliza, stanja posle meningitisa ili encefalitisa, hidrocefalusa, trauma glave ili bilo kog dela centralnog nervnog sistema koji utiče na telesno funkcionisanje);
2. Deca sa perifernim oduzetostima, posebno sa disfunkcijama ekstremiteta (stanja posle dečje paralize, povrede kičme ili neuroloških oboljenja izazvanih oboljenjem perifernog nervnog sistema);
3. Deca sa hroničnim progresivnim oboljenjima (razni oblici mišićne distonije i slična progresivna oboljenja lokomotornog aparata);
4. Deca sa organskim oboljenjima bez značajnijih ispada u motornom funkcionisanju (teškoće vezane za respiratorni sistem, kardiološka oboljenja, oboljenja endokrinog sistema, maligna oboljenja i sva druga hronična oboljenja);
5. Deca sa ortopedskim invaliditetom (amputacije udova, urođene ili stečene anomalije lokomotornog aparata, iščašenja i slični poremećaji).

Uzroci. Kao uzroci telesne invalidnosti najčešće se navode hereditarna oboljenja, hromozomske aberacije, kongenitalne anomalije ili oštećenja nastala tokom intrauterinog razvoja, tokom porođaja ili nakon nekog oboljenja u postnatalnom periodu, kao i razna posttraumatska stanja (saobraćajni udesi, povrede u igri i sl.).

Posledice. Svako značajnije telesno oboljenje ima značajne posledice za telesni i mentalni razvoj deteta. Smanjena i otežana mogućnost kretanja ugrožava razvoj dečjeg organizma, ali otežava i njegov mentalni razvoj. Igra, kao najznačajniji oblik spontanog razvoja gotovo svih mentalnih funkcija, bitno je ograničena. Dolazi do otežane komunikacije sa vršnjacima, a u kasnom detinjstvu i adolescenciji i do značajnih problema u profesionalnom osposobljavanju i odnosima sa suprotnim polom. Izuzetne teškoće u razvoju motivacije za bilo koju delatnost bitno otežavaju adaptaciju na životne probleme u odrasлом dobu.

Kako pomoći detetu sa invaliditetom. U zavisnosti od vrste i težine razvojnog poremećaja neophodno je što ranije potražiti medicinsku pomoć. Psihosocijalna podrška usmerena je na podsticanje razvoja deteta biranjem aktivnosti koje omogućuje njegovo zdravstveno stanje, na podsticanje komunikacije sa vršnjacima i razvijanje motivacije za školski uspeh traganjem, zajedno sa roditeljima/starateljima, za ostvarljivim ciljevima u budućnosti koji bi mu omogućili samostalnu egzistenciju kada dospe u odraslo doba.

Sulejman Hrnjica

faktore integracije ličnosti. Budući ciljevi ostvaruju integracioni potencijal na taj način što aktiviraju one sposobnosti koje su bitne za postizanje željenih planova i ciljeva i obezbeđuju motivaciju za njihovo ostvarivanje. Strah od budućnosti kako samih tih osoba, tako i njihovih porodica je stvaran i opravdan.

Nepovoljna slika o sebi, konfuzan identitet (tj. odgovor na pitanje: „Ko sam ja?“) i neuspešni integracioni procesi, teorijski posmatrano, moraju imati kao krajnji rezultat nezrelost ličnosti. Zrelost je moguće shvatiti kao proces kojim se uspostavlja ravnoteža između identiteta i integriteta ličnosti (Hrnjica, S., 2008). Ako analiziramo iskustvo većine osoba sa teškoćama u razvoju zapazićemo da je kod njih preovlađujuće iskustvo primanja nad davanjem. Njima sredina pruža koliko može (u najboljem slučaju) a da od njih ništa ne očekuje za uzvrat. Time se razvija jedan, za osobu ometenu razvoju, opasan sindrom koji psiholozi i psihijatri nazivaju *sindrom naučene bespomoćnosti*. Na taj način se stvara podloga za smanjenu neosetljivost za potrebe drugih, a time i uslov da je drugi izbegavaju.

Literatura:

- Đačkov, A. I. (1973). *Osnovi defektologije*. Zagreb: Školska knjiga.
- Gulliford, J. P. (1979). *Special Educational Needs*. London: Rotledge and Kegan.
- Hrnjica, S. i sar. (1991). *Ometeno dete*. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Hrnjica, S. (1997) *Dete sa razvojnim smetnjama u redovnoj školi*. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Hrnjica, S. (2008). *Zrelost ličnosti*. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Mittler, P. (1976). *The Psychological Assessment of the Mental and Psychical Handicaps*. Norwich: Fletcher.
- Olport, G. (1969). *Sklop i razvoj ličnosti*. Beograd: Kultura.
- Perepačić, J. (1996). *Uporedna studija kvaliteta i intenziteta razvojnih strahova kod dece predškolskog uzrasta oštećenog i normalnog vida*. Novi Sad: Filozofski fakultet, diplomski rad.
- Popović, D. (1986). *Rani razvoj i prilagodavnje slepih*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Radoman, V. (1991). Karakteristike, razvoj i psihološka procena dece oštećenog sluha, U: *Ometeno dete*, Hrnjica, S. i sar. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Radoman, V. (1996). *Surdopsihologija*. Beograd: Defektološki fakultet.
- Rubinštajn, S. (1982). *Psihološke karakteristike sastava učenika specijalnih škola*, Defektološka teorija i praksa, 1. UNESCO (1981). *Action for Disabled Persons*, Paris.

RIZICI ODRASTANJA DECE SA TEŠKOĆAMA

Vera Rajović

U tekstu koji sledi izdvojićemo samo neke od najznačajnijih rizika po odrastanje i optimalni razvoj dece sa smetnjama u razvoju.

Rizici po odrastanje deteta se mogu klasifikovati kao:

- Rizici koji proizilaze iz prirode njegovog primarnog oštećenja
- Rizici koji proizilaze iz okruženja.

Pozabavićemo se rizicima koji predstavljaju izazove za društvo, a posebno za porodicu.

Odrastanje u instituciji: Odsustvo podrške porodici pojačava rizik odustajanja porodice i smeštaja deteta u instituciju za trajni smeštaj. Podaci pokazuju da je i pre projekata koji vode deinstitutionalizaciji, proširenje podrške porodici izvan medicinskih službi, npr. otvaranje prvih dnevnih boravaka, ublažilo dinamiku priliva dece u institucije za trajni smeštaj, tj. doprinelo osnaživanju porodica koje su želele da zadrže dete, a koje bi, da nije dnevnih boravaka, u uslovima zaposlenosti oba roditelja, svoj problem rešavale smeštajem deteta u instituciju.

O mnogostрукim rizicima odrastanja u instituciji, sa dubokim i dugoročnim, tj. trajnim posledicama po razvoj deteta postoji bogata literatura, od R. Špica koji je istraživao posledice afektivnog lišavanja, do etoloških studija koje pokazuju posledice nedostatka mogućnosti izvođenja aktivnosti za razvoj funkcija kakve su i filogenetske funkcije (kao letenja kod ptica i sl.), (Zigler, Vilijams, prema Rajović, 2004).

Daphne program Evropske komisije postavlja normu da se nijedno dete mlađeg uzrasta od 3 godine ne može smestiti u instituciju, već mu se mora obezbediti smeštaj u neku drugu porodicu ukoliko ga njegova biološka porodica ne prihvata ili je iz nekog drugog razloga u njegovom interesu da se iz nje izmesti na kraći ili duži rok. Pod uticajem ovog Programa i šireg evropskog i međunarodnog konteksta, i kod nas se razvija projekat deinstitutionalizacije kao izraz razumevanja da je najbolji interes deteta odrastanje u biološkoj porodici, a, ukoliko je to nemoguće, u alternativnoj porodici koja će biti najmanje restriktivno okruženje za dete.

Već više od decenije (kada se uzmu u obzir projekti iz 90-ih godina prošlog veka, inicirani i podržani od strane međunarodnih nevladinih organizacija, pre svega Save the Children i Fonda za otvoreno društvo), naše društvo ulaže napore ka transformaciji od segregiranog ka inkluzivnom, od medicinskog ka socijalnom modelu. Pri tom, pod „inkluzivnim“ podrazumevamo napore društva da prepozna i prihvati osobe sa smetnjama u razvoju i invaliditetom i kreira pretpostavke neophodne za njihovu integraciju u sve aspekte društvenog života; da prepozna da za odrastanje dece sa smetnjama nije potrebno osmišljati posebne institucije, kao i da kreira prilike i mogućnosti da oni, od najranijih uzrasta, grade veštine potrebne za dostojanstven život kroz osamostaljivanje uz službe podrške, koje imaju svi ljudi – članovi zajednice bez teškoća. Poslednjih godina ovi napori su postali deo društvene strategije kroz razvoj zakonodavstva koje prepoznaje potrebu sprečavanja diskriminacije u različitim aspektima života, kao i spor, ali dosledan proces osmišljanja i uvođenja onih oblika podrške/službi koje nedostaju da bi se ostvarila inkluzija.

Rizici odrastanja u porodici. Rizik po odrastanje deteta predstavlja i nedostatak rane razvojne stimulacije usled različitih razloga kakvi mogu biti: snižena očekivanja roditelja koja se manifestuju i kao prezaštićujući odnos prema detetu, tj. kao „činjenje za, umesto deteta“, nasuprot „činjenju sa“ detetom, što može biti deo kompleksnog zanemarivanja, odbacivanja od strane roditelja kao reakcija na oštećenje deteta. Ovi rizici koji potiču iz porodice često imaju poreklo u nedostatku društvene podrške: nedostatak ranog detektovanja i tretmana primarnog oštećenja, kao i nedostatak službi podrške porodici.

Biološke porodice dece sa teškoćama u razvoju i invaliditetom mogu biti, iz razloga kojima se ovde nećemo detaljnije baviti, nedostupne stručnjacima centara za socijalni rad, ali je njihov pristup hraniteljskim i usvojiteljskim porodicama obezbeđeniji. One, iako bez biološke veze sa detetom,

samim svojim porodičnim sklopom, mogu na adekvatniji način zadovoljiti potrebe deteta nego li najdivnije koncipirana institucija. Ne treba zaboraviti da, sve ono što dete uči, treba da doprinese njegovom učenju života u porodici kao ćeliji društva i njenoj socijalnoj mreži, što institucija, sa svojim obezličavajućim pravilima, prevelikim brojem korisnika koji ne pogoduje formiranju socijalne strukture slične životu izvan institucije... teško može da zadovolji.

Ako se ostave po strani eventualna hronična oboljenja, fizičke povrede, sa trajnim posledicama, posledice teških ranih iskustava mogu dovesti do: mentalne retardacije; rane dečje psihoze koja podseća na autizam, ali je nastala kao rezultat izolacije deteta kao mehanizam odbrane od situacije koju ne može da shvati, izdrži; hiperaktivnosti i problema u razvoju organizacionih sposobnosti kao posledica nedostatka rutine i stabilnosti života u porodici, specifičnih teškoća u učenju kakve su disleksija/disgrafija, diskalkulija, apraksija ... problema u ponašanju kao posledice nedostatka prilika za učenje pravila, nedoslednosti u vaspitnom silu roditelja, zanemarivanja...

Značajni aspekti prilagođavanja porodice na dete sa teškoćama uključuju:

- Stavovsko-vrednosno prihvatanje njegove različitosti
- Učenje šta oštećenje, invalidnost, problem znači sa stanovišta svakodnevnog života i zdravog razvoja deteta.

Život u hraniteljskoj porodici koja je brižljivo izabrana na osnovu njenih, kao i karakteristika i potreba deteta sa smetnjom ili invaliditetom omogućava optimalan razvoj ukoliko hraniteljska porodica ima na raspolaganju resurse podrške u lokalnoj zajednici koji omogućavaju da zdravstvene, razvojne, socijalne, obrazovne i druge potrebe deteta budu zadovoljene; da dete odrasta u stabilnom okruženju. Pored službi podrške porodici, značajan aspekt uspešnosti hraniteljstva dece sa smetnjama u razvoju može biti i odnos hraniteljske porodice sa ili (ukoliko je nedostupna) prema detetovoj biološkoj porodici, načini na koje ona gleda na to što su napustili svoje dete kome je potrebna veća pomoć nego drugoj deci... Međutim, ne treba zaboraviti da je stav prihvatanja svega njegovog, pa makar i njegove „loše“ porodice značajan za razvoj deteta – njegovu sliku o sebi¹ i razvoj identiteta (Brown, Moraes, Mayhew, 2005).

Uspeh smeštanja individualnog deteta u određenu hraniteljsku porodicu zavisi od više faktora, među kojima su značajniji: 1) proces selekcije, tj. odabiranja porodice u odnosu na individualno dete, kao i 2) podrška koja je na raspolaganju porodici u lokalnoj zajednici. Hranitelji koji se brinu o deci sa smetnjama u razvoju i/ili invaliditetom mogu se suočavati sa dodatnim problemima u čijem su im rešavanju potrebni posebni resursi da bi porodica zdravo funkcionisala na dobrobit svih njenih članova (Buboltz & Whiren, prema Brown, Moraes, Mayhew, 2005).

Dakle, porodica sa članom koji iz nekog razloga ima potrebe za dodatnom podrškom je porodica koja ima potrebu za dodatnom podrškom, takođe. Jedan od prvih koraka u pružanju ove podrške je snimanje, tj. procena potreba deteta, kao i stepena podrške koji mu je potreban da bi se njegove potrebe zadovoljile.

U okviru jednog drugog projekta (*Kvalitativno snimanje potreba dece sa ometenošću u biološkim i hraniteljskim porodicama*, UNICEF/Familia, 2010) pokazalo se da su u potrebama, kako ih vide odgajatelji, najzastupljenije zdravstvene potrebe, kao što su potrebe za stručnom podrškom, pregledima, tretmanima, kontrolama, pomagalima i rekvizitima i troškovima rehabilitacije, kao i lekovima. Zatim se navode nedostajuća systemska rešenja, veća materijalna primanja, podrška socijalizaciji i potreba za postojanjem različitih službi podrške, poboljšanje kvaliteta slobodnog vremena deteta i porodice, koje se odnose na stimulaciju razvoja deteta/mlade osobe sa teškoćama (računar, bavljenje sportom, učenje jezika, druženje, dostupnost različitih sportskih i kulturnih dešavanja). Rezultati su pokazali i da postoje specifične razlike u dominantnim potrebama porodica dece i mladih sa teškoćama po tipu teškoća i uzrastu dece i mladih. Kao moguća rešenja za zadovoljenje navedenih potreba, roditelji predlažu tri različita načina za pružanje socijalne podrške: novčana davanja, zakonska regulativa i službe podrške – da njihova raznovrsnost prati raznovrsnost potreba deteta i porodice.

1 Deca sa telesnim i/li senzornim oštećenjima već mogu imati teškoće u prihvatanju i vrednovanju sebe, ali ne treba zaboraviti ni da i deca sa intelektualnim teškoćama primaju i interiorizuju poruke iz okruženja u svoj doživljaj sebe i svoje vrednosti.

Obrazovanje i učenje. Poseban rizik može predstavljati obrazovanje sa stanovišta dostupnosti kvalitetnog obrazovanja deci sa smetnjama u razvoju i invaliditetom, kao i sa stanovišta resursa podrške učenju uopšte. Novi Zakon o osnovama obrazovanja i vaspitanja RS (Službeni glasnik, 2009) unapređuje formalno obrazovanje uvodeći inkluzivno obrazovanje, kao i obavezu izrade individualnih obrazovnih planova, no otpori zaposlenih, koji proističu iz već opisanih razloga, ali iz osećanja nedovoljne kompetentnosti za izazove inkluzivnog obrazovanja, zahtevaju širi angažman najrazličitijih društvenih aktera (Hrnjica, 2004). Problemi: (1) niske obuhvatnosti dece sa teškoćama, počev od predškolskog i obaveznog osnovnog obrazovanja; (2) opsega izbora profesije; (3) revizije planova i programa kojima će se uključiti potrebe različite dece; (4) jačanja saradnje škole sa porodicom; (5) obrazovanja dece sa težim, teškim i višestrukim oštećenjima; (6) proširivanja resursa podrške u saradnji sa lokalnom zajednicom... sve to su zadaci koji nas tek očekuju.

Studenti sa senzornim i telesnim oštećenjima često nose bolna iskustva i iz škole, koja potiču iz neznanja i predrasuda koje su njegova direktna posledica: npr. jedan student sa ozbiljnim oštećenjem vida je autorki rekao da su ga često, zbog slepila, tretirali kao da ima i druga oštećenja – da ne razume i nije u stanju da odgovori na pitanje, da ne može da uči poeziju, da je „neurotičan, egocentričan“ i sl. Međutim, svi tipovi teškoća ne dovode do teškoća u učenju, ni do teškoća u učenju uopšte, što ilustruje sledeći prikaz kojim je predstavljen uticaj razvojnih smetnji na učenje.

Razvojne smetnje koje utiču na učenje i time povećavaju rizike obrazovanja najčešće su:

- *Disleksija*: Problemi sa čitanjem, pisanjem, nekada i govorom
- *Diskalkulija*: Teškoće u učenju matematike, često i u računanju vremena, korišćenju novca
- *Disgrafija*: Teškoće u pisanju, organizaciji pisane komunikacije
- *Dispraksija (poremećaj senzorne integracije)*: Teškoće u razvoju fine motorike –koordinacije oko – ruka, lateralne dominantnosti, ravnoteže
- *Obrada auditivnih informacija*: Teškoće u čitanju, razumevanju pročitano, jeziku, koje su rezultat teškoće u razlikovanju zvukova
- *Obrada vizuelnih informacija*: Teškoće u obradi vizuelnih informacija: u čitanju, matematici, korišćenju mapa, grafikona, simbola, slika.

Dete može imati probleme u školi, a da nema neku teškoću u učenju u užem smislu, tj. koja nema poreklo u kognitivnim teškoćama: anksioznost, depresija, traumatičan ili stresni događaj ili neka druga stanja koja otežavaju koncentraciju usled koje je učenje otežano, kao što su ADHD, pervazivni poremećaj iz autističnog ili nekog drugog spektra.

Literatura:

- Brown, J. D., Moraes, S., Mayhew, J. (2005). Service Needs of Foster Families with Children who have Disabilities *Journal of Child and Family Studies*, Vol. 14, No. 3, pp. 417–429.
- Hrnjica, S. (ur.) (2004). *Škola po meri deteta - priručnik za inkluzivno obrazovanje dece sa teškoćama u razvoju*, Save the Children, UK i Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta, Beograd.
- Mitić, M. (ur.) (2007). *Hraniteljstvo kao izazov: porodični smeštaj dece sa posebnim potrebama*, Asocijacija za alternativno porodično stanje o deci Familia, Beograd.
- New York State Foster Parent Manual, NYS Department of Social Services Summary, 2002.
- Rajović, V. (2004). *Psiho-socijalne determinante razvoja i učenja mentalno retardirane dece*. Institut za psihologiju, Filozofski fakultet, Beograd.

DETE SA SMETNJAMA U RAZVOJU U SISTEMU SOCIJALNE ZAŠTITE

Nevenka Žegarac

Reforma sistema socijalne zaštite Srbije

Sistem socijalne zaštite u Srbiji dominantno funkcioniše preko institucija i službi koje vodi država i lokalne samouprave. Davaoci usluga iz nevladinog i privatnog sektora se uključuju u sistem poslednjih nekoliko godina, ali i dalje ostaju na marginama sistema usled zastarelih propisa u očekivanju novog zakona o socijalnoj zaštiti. Sistem ima razvijenu mrežu od 139 centara za socijalni rad (u gotovo svakoj opštini), 98 rezidencijalnih ustanova za različite grupe dece, mladih, odraslih i starih koje finansira Republika, dok različite lokalne usluge zavise od finansijskih i organizacionih kapaciteta lokalnih samouprava. Samo veliki gradovi i bogatije opštine za sada imaju mogućnost da finansiraju pomoć u kući, dnevni boravak, različita prihvatilišta i savetovališta koja su neophodna za podršku porodicama koje se staraju o detetu sa teškoćama.

Od 2002. godine sistem socijalne zaštite je u reformi i tokom osam godina sprovede se različiti projekti i aktivnosti kako bi se unapredio sistem u skladu sa Strategijom razvoja socijalne zaštite (SRSZ), koja je usvojena krajem 2005. godine.¹ Osnovni ciljevi strategije su smanjenje siromaštva i razvoj efikasnog sistema socijalne zaštite kako bi se zaštitila ljudska prava i zadovoljile potrebe građana. To uključuje aktivnosti na obezbeđenju usluga u najmanje restriktivnom okruženju i usklađivanje domaćeg zakonodavstva sa međunarodnim dokumentima i savremenom teorijom i praksom socijalnog rada.

Poslednjih nekoliko godina učinjeni su znatni naponi koji pokazuju potencijal Srbije za vođenje reforme. Definisani su inkluzivni modeli socijalne zaštite, revitalizovano je hraniteljstvo koje zasada uključuje samo ograničen broj dece sa teškoćama. Vlada Srbije i strani donatori su finansijski podržali „pilotiranje“ deinstitutionalizacije, što je pokazalo da ljudi sa mentalnim teškoćama mogu da žive i van institucionalnog smeštaja. Ukoliko bude dosledno primenjena, nova politika će radikalno preusmeriti socijalne usluge i službe koje su funkcionisale po medicinskom modelu segregacije.

Predlogom novog zakona o socijalnoj zaštiti², čija se primena očekuje od juna 2011. godine, obuhvaćeni su ciljevi reforme sa konkretnim rešenjima koja su usmerena na podršku deinstitutionalizaciji, razvoj usluga u zajednici i pluralitet davalaca usluga – otvaranje mogućnosti za uključivanje nevladinog i privatnog sektora u sistem davanja usluga.

Barijere u radu sa decom sa teškoćama u razvoju

Mada su domaća istraživanja o kulturološkim stavovima prema invaliditetu veoma retka, ima dosta indicija koje upućuju na zaključak da se u srpskoj kulturi telesna ili mentalna invalidnost ili ometenost sagledava kao nesreća i nepoželjni teret. Od roditelja se ne očekuje da odgajaju decu sa smetnjama, već radije treba da budu oslobođeni ove odgovornosti ukoliko to žele i ne treba pogoršavati njihovu već ionako neprijatnu situaciju postavljanjem teških pitanja. U skladu sa ovakvim stavovima ne može se očekivati da bi se bilo ko opredelio da gaji dete sa teškoćama. Smatra se da su ta deca „posebna“ i da zahtevaju specijalizovanu negu. Ove stavove u velikoj meri podržavaju stručnjaci u zdravstvenom i sistemu socijalne zaštite.

Uočljivo je da veliki broj stručnjaka u socijalnoj zaštiti saopštava da roditelji novorođene dece sa teškoćama ulaze u sistem socijalne zaštite veoma rano, tražeći „specijalizovanu“ institucionalnu negu, jer ih lekari odmah nakon porođaja savetuju da smeste dete u instituciju. Smeštaj u instituciju tako postaje odgovor na problem koji je lociran u samom detetu i treba ga posmatrati kao zdravstvenu negu ili pitanje tretmana.

1 Strategija razvoja socijalne zaštite, Vlada Republike Srbije, 2005.

2 Predlog zakona o socijalnoj zaštiti (2010). Ministarstvo za rad i socijalnu politiku RS. www.minrsz.gov.rs

Mnoga deca i mladi koji žive u institucijama imaju svoje porodice, koje su ih i smestile u dom zbog nedostatka finansijskih resursa i bilo kakve podrške. Uprkos zvaničnoj politici, čini se da lekari, centri za socijalni rad i komisije za kategorizaciju često preporučuju porodicama da „dignu ruke” od deteta sa teškoćama sugerišući da će se o detetu „bolje starati stručnjaci”. Profesionalni saveti često šalju poruke roditeljima „da se usmere na svoje zdravo dete” ili da „probaju ponovo” odnosno rode drugo dete. Ovi stavovi su odraz sistema koji je istorijski segregirao osobe sa teškoćama, posebno kada su u pitanju intelektualne, razvojne ili duševne teškoće.

Odnos društva i stručnjaka zapravo odražava teorije o uzrocima ometenosti i očekivane uloge roditelja u pogledu nege, staranja i edukacije ove dece (Jones, 1998; Turnbull & Turnbull, 1986). Medicinski model usmerava stručnjake da donose zaključke o sposobnostima roditelja da se staraju o sopstvenoj deci. Stručnjaci preuzimaju kontrolu nad detetom od roditelja, jer se smatra da imaju neophodnu ekspertizu za donošenje odluka o najboljim interesima deteta. To takođe implicira da roditelji nisu u stanju da sagledaju interese i potrebe sopstvene dece.

Jedna od barijera za rad sa decom sa teškoćama u sistemu socijalne zaštite je nedostatak znanja i kompetencije većine stručnjaka. Fakulteti na kojima se obrazuju stručnjaci za rad u ovoj oblasti veoma malo sadržaja posvećuju invalidnosti, a kasnija usavršavanja retko uključuju ovu temu. Sistem socijalne zaštite takođe nema sopstvenu taksonomiju za imenovanje dece sa teškoćama, već je u upotrebi nekoliko paralelnih sistema koji su uglavnom zastareli i oslanjaju se na medicinsko-dijagnostički model. Očekuje se da će novi propisi u ovoj oblasti doprineti ujednačavanju i osavremenjavanju termina i njihovoj adekvatnijoj upotrebi u socijalnoj zaštiti.

Glavna sistemska barijera je nedostatak organizacionih i finansijskih resursa kojima bi se obezbedila emotivna i materijalna podrška i omogućio predah porodicama dece sa teškoćama. Mada posebna istraživanja u našoj zemlji nisu rađena, uvidi u prakse potvrđuju da su roditelji koji se staraju o svojoj deci često izolovani i da se suočavaju sa povećanim troškovima lečenja deteta. Istovremeno, prihvati ovih porodica su uglavnom umanjeni, jer se jedan od roditelja (najčešće majka) celodnevno angažuje u nezi deteta, tako da ne može da se zaposli i zarađuje. Dodatak za tuđu negu i pomoć se obično koristi da popuni kućni budžet, a veliki broj porodica se suočava sa ozbiljnim teškoćama da pokrije izdatke za specifične potrebe dece – za ortopedsku pomagala, posebnu ishranu i dodatke ishrani, specijalističke preglede, lekove, dodatnu stručnu podršku, čuvanje dece i slično (Beker, Milojević i Zavišić, 2009). Ovi nalazi su u skladu i sa drugim studijama koje su se bavile pitanjima socijalnog i ekonomskog položaja porodica dece sa invaliditetom (Beresford, 1994; Dowling & Dolan, 2001; Cantillon & Van den Bosch, 2002).

Takođe, relativno mali broj organizacija i službi u Srbiji obezbeđuje specijalizovane usluge za decu sa teškoćama. Velika sistemska barijera je i broj sistema sa kojima se sreću roditelji ove dece. Razvojna procena i rehabilitacione službe su u zdravstvenom sistemu, (ne)inkluzivno obrazovanje je u obrazovnom sistemu, a druge službe podrške se nalaze u sistemu socijalne zaštite. Roditelji često lutaju između službi i sistema, bez koordinacije i odgovarajućih informacija o mogućim uslugama i pravima deteta. Usled neusklađenog delovanja, roditelji ne dobijaju pravovremene informacije od službi i sistema na koje su usmerene od najranijeg detinjstva. Informisanost u pogledu kriterijuma za ostvarivanje prava na novčane naknade za tuđu pomoć i negu je često neblagovremena i površna, što doprinosi marginalizaciji i osiromašenju ovih porodica.

Mali gradovi i ruralna područja neretko imaju dodatne barijere zbog nedostatka davalaca usluga, posebno specijalizovanih stručnjaka, kao što su dečiji psiholog i logoped. Usluge su još uvek teritorijalno udaljene od mesta boravka porodice, pa je potrebno voziti dete u udaljene gradove. Roditeljima su često potrebni dodatni vremenski i finansijski resursi da obave određene specijalističke preglede ili da obezbede redovno školovanje deteta sa teškoćama.

Inkluzivna praksa u obrazovnom sistemu Republike Srbije je do usvajanja Zakona o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja³ u avgustu 2009. godine bila sporadično implementirana, s obzirom da nije bilo sistemskih rešenja u ovoj oblasti. Novim Zakonom uvode se brojne novine koje se odnose na unapređivanje pravednosti obrazovanja, povećanje nivoa uključenosti marginalizovanih

3 Zakon o osnovama sistema obrazovanja i vaspitanja, Sl. glasnik RS, br. 72/09.

grupa, programe podrške za uključivanje u obrazovanje, pravedniju upisnu politiku, zabranu diskriminacije, itd. Efekti primene osnovnih zakonskih rešenja u životima dece sa smetnjama i njihovih porodica će se videti tek u budućnosti.

Prava i usluge socijalne zaštite koje koriste deca sa teškoćama u razvoju

Poslednjih nekoliko godina uloženi su naponi u ostvarivanje politike stalnosti za decu sa teškoćama i promociju socijalnih, kulturalnih i razvojnih prednosti života u porodici, kao sredstva za prevazilaženje institucionalizacije. Ukoliko analiziramo raspoložive podatke, veliki broj dece sa teškoćama dospeva u institucije, veoma mali broj ih napušta, i vrlo često nisu pravilno razvrstani u tim institucijama. U ustanovama za smeštaj dece sa teškim i multiplim oštećenjima edukacija i rehabilitaciono-habilitacioni rad su minimalno zastupljeni. To u velikoj meri otežava perspektive korisnika da napuste ustanovu i pripreme se za život u zajednici.

Od ukupno 98 ustanova u nadležnosti Ministarstva za rad i socijalnu politiku (MRSP), 17 je namenjeno osobama sa invaliditetom, među kojima je pet rezidencijalnih ustanova za decu. Kao rezultat često doživotnog smeštaja, institucije koje su prvobitno bile namenjene deci sa teškoćama postepeno su postale institucije za smeštaj i odraslih. Ove institucije karakteriše veliki, pa i stalno rastući broj korisnika (od 300 do 650), dece i odraslih uzrasta od četiri do 50 godina, čak i starijih.

Do 2000. godine broj dece u domovima bio je približno identičan broju dece u hraniteljskim porodicama. Deset godina kasnije (podatak iz januara 2010. godine) broj dece u hraniteljskim porodicama je povećan od 2363 na 4878 dece (49%)⁴. U istom periodu, broj dece u ustanovama smanjen je za preko 50%.

U Srbiji funkcioniše 13 domova za decu bez roditeljskog staranja, koji tek poslednjih nekoliko godina primaju decu sa smetnjama u razvoju. Prema podacima iz februara 2009. godine, od ukupno 850 dece koja su smeštena u domove bez roditeljskog staranja, 226 dece ima smetnje u razvoju (lako, umereno ometena). Još uvek je visok broj dece uzrasta od nula meseci do tri godine – 213 u 2009. godini. To su u najvećem broju deca sa smetnjama u razvoju smeštena u „Kolevci“ i Zvečanskoj.

U hraniteljskim porodicama se nalazi oko 22% dece lako ometene u razvoju, deca koja imaju organske bolesti ili kombinovane razvojne i zdravstvene probleme. Specijalizovane hraniteljske porodice se tek uvode u sistem zaštite⁵.

Kada su u pitanju rezidencijalne institucije za decu sa invaliditetom (obuhvatajući telesni i čulni invaliditet i mentalna oštećenja pod kojima se podrazumevaju intelektualno zaostajanje i duševna oboljenja) 1363 dece i mladih do 26 godina je smešteno u rezidencijalne ustanove.

U institucijama je tokom 2008. godine smešteno 4.302 odrasla korisnika i 257 starih korisnika različitog stepena ometenosti. Od ukupnog broja dece koja su smeštena u rezidencijalne institucije za decu sa invaliditetom, jedan broj dece (po proceni oko 100)⁶ ima laku ometenost ili su deca bez roditeljskog staranja i deca kojoj su postavljene „teže“ dijagnoze da bi se „opravdao“ smeštaj u instituciju te vrste.

Čini se da je proces transformacije ustanova sada već stabilizovan. Planirano je da se preusmere sredstva koja su namenjena za institucionalni smeštaj na finansiranje novih modaliteta smeštaja van porodice, kao što su hraniteljstvo, stanovanje uz podršku, grupno stanovanje za pet do šest korisnika van institucija itd. i za ostale usluge koje se finansiraju sa centralnog nivoa. Cilj je da se ne izgube finansijska sredstva koja su u centralnom budžetu namenjena rezidencijalnim ustanovama, već da se ta sredstva iskoriste za podsticanje transformacije ustanova i razvijanje usluga koje su u najboljem interesu dece.

Kada su korisnici materijalnih davanja deca sa smetnjama u razvoju, tokom 2009. godine 5876 dece koristilo je dodatak za tuđu negu i pomoć, a 3.854 dece sa težim smetnjama, stanjima ili oštećenjima uvećani dodatak za pomoć i negu⁷. Pravo na pomoć u osposobljavanju za rad koriste prvenstveno deca i mladi sa lakšim fizičkim ili mentalnim smetnjama koja se s obzirom na svoje psihofizičke

4 Podatak iz marta 2010, MRSP, odnosi se na decu i mlade od 0 meseci do 26 godina života.

5 Dokument „Transformacije rezidencijalnih ustanova socijalne zaštite za decu 2009–2013“, UNICEF, 2009.

6 Idem

7 Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad u Srbiji za 2009. godinu, Republički zavod za socijalnu zaštitu, Beograd, 2010. godine.

sposobnosti mogu školovanjem osposobiti za samostalan život i rad. Ovo pravo je u praksi svedeno na korišćenje naknade troškova prevoza od mesta stanovanja do škole u kojoj se deca osposobljavaju. Ređe, to je i naknada u troškovima smeštaja ako se proces osposobljavanja odvija van mesta boravka u specijalizovanim ustanovama. Pravo na osposobljavanje za rad koristi relativno mali broj mladih sa smetnjama u razvoju. U periodu 2002–2006. godine ovo pravo je u proseku godišnje ostvarivalo 480 korisnika, a od 2007. godine dolazi do značajnijeg porasta, pa je u poslednje posmatranoj godini materijalnu pomoć u rehabilitaciji koristilo ukupno 654 korisnika.

Veoma mali broj porodica korisnika osnovnog i uvećanog dodatka za tuđu pomoć i negu koristi usluge dnevnih centara, klubova, savetovanja, predah-smeštaja, pomoći i nege u kući. Prema podacima Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu u 2009. godini je ukupno 65 lokalnih samouprava finansiralo usluge dnevnog boravka (u 43 za decu, u 13 za odrasle i u devet za starije osobe). Očigledan je napredak u poređenju sa 2008. godinom kada su u Srbiji ukupno 53 lokalne zajednice finansirale usluge dnevnog boravka (u 33 su finansirani boravci za decu i omladinu, u 12 za odrasle i u osam za starije osobe). Najveći broj dnevnih boravaka za decu i omladinu obezbeđuje usluge za decu sa teškoćama u mentalnom razvoju.

Kada govorimo o broju dece u sistemu socijalne zaštite kojima je potrebna podrška zbog razvojnih teškoća ili invaliditeta, dolazimo do broja od oko 12.000 dece. U ovaj broj nisu uključena deca sa teškoćama koju sistem socijalne zaštite iz različitih razloga nije prepoznao, bilo da su u pitanju deca sa lakšim smetnjama ili zastojima o kojima roditelji brinu, ili su u pitanju deca kojoj je sistem nedostupan zbog zakonskih ograničenja za ostvarivanje pojedinih prava, nesređene ili nepotpune dokumentacije, neinformisanosti, socijalne izolovanosti i marginalizovanosti porodica u kojima žive.

Tačke ulaska deteta sa smetnjama u razvoju u sistem socijalne zaštite

Procena u centru za socijalni rad (CSR) i prateći stručni i administrativni postupci obezbeđuju osnovu za korišćenje različitih vrsta novčanih pomoći, što uključuje naknade za tuđu pomoć i negu koja je namenjena osobama sa teškoćama, sa ciljem da se podrži član porodice koji neguje dete ili odraslu osobu, i zbog toga nije u stanju da se u punom kapacitetu radno angažuje i zarađuje. Na osnovu rezultata procene korisnici se upućuju u dnevne boravke, pomoć u kući, rezidencijalne ustanove ili porodični smeštaj. Takođe, rezultat procene može biti preuzimanje mera za zaštitu prava deteta, ograničenje ili oduzimanje roditeljskog prava, zastupanje interesa deteta pred sudom i dr.

Uobičajeno je da proceni u CSR prethodi neka vrsta zahteva za pomoći ili uslugom, ili se postupa na osnovu prijave građana ili institucija o sumnji na zlostavljanje i zanemarivanje. U slučaju deteta sa teškoćama, *prva tačka* ulaska u sistem je kada roditelji novorođenčeta kod koga je ometenost uočljiva već pri rođenju, traže smeštaj u instituciju, uglavnom po savetu zdravstvenog osoblja. Čini se da ni roditelji ni zdravstveno osoblje ne percipiraju centar za socijalni rad kao službu koju treba uključiti veoma rano u podršku porodici koja se suočava sa krizom izazvanom rođenjem ometenog deteta. Centar ima ograničene mogućnosti da ponudi pomoć i usluge roditeljima kojima je u ovim okolnostima potrebna intenzivna podrška, kućne posete i savetovanje kako bi prevladali kriznu situaciju. Kada bi se postojeći resursi usmerili na ranu intervenciju i združeno delovanje socijalnih, pedijatrijskih i razvojnih službi, proširile bi se mogućnosti za intervencije usmerene na podršku porodici da se stara o ometenom detetu u skladu sa razvojnim potrebama i najboljim interesima deteta.

Obično centar nudi zakasnelu i nedovoljnu podršku u trenutku kada su roditelji već doneli odluku da dete smeste u instituciju. Kako specijalizovano hraniteljstvo još uvek nije razvijeno, dete se najčešće smešta u instituciju bez prethodnog razmatranja manje restriktivnog rešenja. U ovim slučajevima procena je uglavnom usmerena na procenu motivacije roditelja i specifične životne aranžmane porodice. Glavni izvor informacija za procenu potreba deteta je medicinska dijagnoza koja je dobijena na rođenju ili tokom prvih meseci života (Tabela 1).

Roditelji koji uprkos „stručnim“ mišljenjima prihvate brigu o ometenom detetu ili u slučajevima kada je ometenost kasnije utvrđena, uglavnom nastavljaju da se staraju o detetu uprkos nedostatku podrške. Posebne socijalne službe za podršku porodicama dece sa teškoćama na predškolskom uzrastu ne postoje, pa roditelji uglavnom koriste rehabilitacione i službe mentalnog zdravlja koje se nalaze u zdravstvenom sistemu.

Druga tačka za ulazak u sistem socijalne zaštite je na početku školovanja dece uzrasta od šest do devet godina. Tada se deca upućuju na Komisiju za kategorizaciju, koja je sve do 2010. godine radila na osnovu Odluke o kriterijumima za razvrstavanje dece ometene u razvoju i načinu rada komisija za pregled dece ometene u razvoju⁸. Glavni zadatak komisije je bio da što preciznije utvrdi vrstu i stepen ometenosti deteta (npr. slepo, gluvo, mentalno retardirano, višestruko ometeno dete) jer su na osnovu tog nalaza i mišljenja nadležni organi vlasti donosili odluku o daljoj „sudbini“ deteta u pogledu obrazovanja, smeštaja u ustanovu, prava na zdravstvenu zaštitu i rehabilitaciju, prava iz socijalne zaštite itd. Skoro 40% dece upućivano je komisiji prvi put u uzrastu od sedam do devet godina tj. na početku školovanja, a 25% u uzrastu od 10 do 12 godina, kada teškoće u školovanju postaju izrazite.

Dugogodišnje pripreme za uvođenje inkluzivnog obrazovanja imaju za rezultat, pored ostalog, i reformu rada komisija za razvrstavanje. U prvoj polovini 2010. godine usvojen je intersektorski **Pravilnik o radu Komisije za procenu potreba za pružanjem dodatne obrazovne, zdravstvene i socijalne podrške deci**, čime je prestao rad komisija za razvrstavanje dece ometene u razvoju. U nadležnosti novih komisija, koje će se formirati na lokalnom nivou, je procena potreba za dodatnom podrškom, koja pojedinačnom detetu treba da obezbedi uslove za razvoj, učenje i ravnopravno učešće u životu zajednice. Efekti nove metodologije rada ovih komisija i njihov uticaj na korišćenje podrške i usluga socijalne zaštite tek treba da se pokažu u praksi.

Ulazak u istem	Uzrast	Razlog	Spoljni izvor informacija za procenu CSR	Vrsta procene u CSR
Prva tačka	0–1 novorođenče	Roditelji traže smeštaj u instituciju – uglavnom po savetu zdravstvenog osoblja	Medicinska dijagnoza	Početna procena, potom usmerena i oslanjanje na medicinske dijagnoze
Druga tačka	6–9 školski uzrast – nakon kategorizacije	Roditelji traže novčanu pomoć	Komisija za kategorizaciju i komisija penzionog fonda	Formalni uslovi i oslanjanje na medicinske dijagnoze
Treća tačka	14–18 godina izolovani adolescent razvija različite probleme u ponašanju	Roditelji traže pomoć/ usluge, nekad smeštaj u instituciju, po savetu stručnjaka koji ne mogu da ponude usluge	Komisija za kategorizaciju	Početna procena, potom usmerena i oslanjanje na medicinske dijagnoze
Četvrta tačka	14–21 godina deca i mladi sa lakšim fizičkim ili mentalnim smetnjama ne mogu da nastave školovanje u svojoj sredini	Zahtev za ostvarivanje prava za osposobljavanje za rad; zahtev za novčanu naknadu troškova prevoza i smeštaja	Ranije medicinske dijagnoze i kategorizacija	Formalni uslovi i oslanjanje na medicinske dijagnoze
Peta tačka	30 i više godina izolovana ometena odrasla osoba bez razvijenih osnovnih veština za brigu o sebi i samozaštitu	Nakon gubitka roditelja – davaoca nege, porodica traži smeštaj u instituciju	Ranije medicinske dijagnoze i kategorizacija	Početna procena, potom usmerena i oslanjanje na medicinske dijagnoze

Tabela 1. Put kroz sistem socijalne zaštite deteta sa teškoćama

U dosadašnjoj praksi, centri za socijalni rad su koristili rezultate procene komisija za razvrstavanje i upućivanje na odgovarajuće usluge, dok se za novčana davanja koriste nalazi Komisije Fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje. Ova druga komisija je osnovana pri državnom penzionom fondu gde se odlučuje ko ima prava da koristi sredstva iz invalidskog fonda osiguranja. Tu se u okviru tipičnog medicinskog pristupa definiše „nivo oštećenja“. Ista metodologija se koristi za decu

⁸ Odluka o kriterijumima za razvrstavanje dece ometene u razvoju i načinu rada komisija za pregled dece ometene u razvoju, Sl. glasnik SRS, br. 16/86.

sa smetnjama u razvoju. Kako se propisima iz 2002. godine obezbeđuju značajna novčana sredstva za porodice koje se staraju o ometenom članu (za umerenu i težu ometenost), većina roditelja se prijavljuje za ova davanja. Centar koristi rezultate komisije iz penzionog fonda jer ova komisija ima precizniju metodologiju zasnovanu na deficitu nego komisije za kategorizaciju. Na ovoj tački ulaska u sistem, procena CSR je uglavnom usmerena na određivanje da li dete/podrođica ima prava na korišćenje novčane naknade.

Treća tačka ulaska u sistem socijalne zaštite je kada roditelji traže pomoć ili podršku za adolescenta sa smetnjama – izolovani adolescent obično razvija različite probleme u ponašanju i postaje teret porodici. Uočljivo je i da se veliki broj roditelja razvodi u ovom periodu životnog ciklusa. Neki roditelji traže instituciju za svoje dete, zbog posledica „sagorevanja“ (burn-out) primarnog davaoca nege i drugih članova porodice, povećanog zahteva za negom i/ili novog porodičnog aranžmana. U praksi su vidljivi i slučajevi kada brat ili sestra deteta sa smetnjama „uvuče“ porodnicu u sistem socijalne zaštite, obično zbog sukoba sa zakonom ili drugih problema u ponašanju.

Četvrta tačka ulaska u sistem socijalne zaštite je situacija u kojoj mlada osoba uzrasta od 14 godina do 21 godine podnese centru za socijalni rad zahtev za ostvarivanje prava za osposobljavanje za rad. Kao što je ranije naglašeno, ovo pravo najčešće podrazumeva naknadu troškova prevoza od mesta stanovanja do škole u kojoj se deca i mladi sa lakšim fizičkim ili mentalnim smetnjama osposobljavaju, a u manjem broju slučajeva naknadu i troškova smeštaja kada se proces osposobljavanja odvija van mesta boravka u specijalizovanim ustanovama. Ova deca i mladi ranije najčešće nisu koristili usluge i prava iz socijalne zaštite. Osnovni podaci za procenu i odobravanje naknade se traže u medicinskim dijagnozama i nalazima komisija za razvrstavanje.

Peta tačka ulaska u sistem je situacija kada izolovana, često teže i teško ometena odrasla osoba, nesposobna da se brine o svojim najosnovnijim potrebama ostane bez nege. Obično se dešava da roditelj koji se najviše brine o ometenoj osobi (uglavnom majka) oboli, ode na lečenje ili premine, pa porodica tada traži rezidencijalni smeštaj za svog ometenog člana.

Ovaj kratak prikaz nedvosmisleno ukazuje na često zakasnelu reakciju i sužene kapacitete socijalne zaštite da odgovori na složene probleme porodica i dece sa teškoćama.

Vođenje slučaja – nov pristup u radu sa decom sa teškoćama i njihovim porodicama

Od juna 2008. godine, usvojeni su novi standardi za vođenje slučaja u centrima za socijalni rad, sa ciljem da se uvede holistički pristup proceni, podstakne individualno planiranje, uvede planiranje stalnosti u socijalnu zaštitu i osnaži participacija korisnika i porodice (Žegarac, 2004). Prema novoj metodologiji, svaki klijent dobija zaduženog voditelja slučaja koji je odgovoran da vodi početnu procenu i organizuje dalju usmerenu i specijalističku procenu. Zadatak voditelja slučaja je i da sačini, u saradnji sa korisnikom, individualni plan usluga, okupi multidisciplinarni tim za korisnika, aranžira pristup uslugama, vrši monitoring toka i dinamike korišćenja usluga i evaluira ishode⁹.

Nova metodologija zasnovana je na savremenim konceptualizacijama prakse socijalnog rada, koje su usvojile sistemsko ekološku perspektivu, gde se dete sa smetnjama u razvoju vidi kao deo porodičnog sistema. Ovaj pristup se zasniva na međusobnoj povezanosti članova porodice i uvažavanje potreba svih članova, a ne samo osobe sa smetnjama (Brown, Nolan, & Davies, 2001; Carpenter, 1997; Dunst, Trivette, & Johanson, 1994; Knox, Parmenter, Atkinson, & Yazbeck, 2000; Murray, 2000). U savremenim modelima prakse naglašava se značaj formiranja odnosa između stručnjaka i roditelja, koji se zasniva na poštovanju, poverenju i otvorenoj komunikaciji. Od stručnjaka se očekuje da imaju razvijene veštine u raznovrsnim komunikacijskim tehnikama i strategijama koje omogućavaju delotvoran rad sa porodicama (Turnbull & Turnbull, 1986).

⁹ Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Sl. glasnik RS, 58/08 i 37/10.

U brojnim istraživanjima navodi se da je odnos između stručnjaka i porodice najefektniji kada se zasniva na istinskom partnerstvu. Ključne karakteristike partnerstva koje se navode u literaturi su međusobno uvažavanje, poverenje i iskrenost, zajednički dogovoreni ciljevi rada i zajedničko planiranje i donošenje odluka (Morrow & Malin, 2004; Dunst, Trivette, & Johanson, 1994).

Okvir za procenu deteta i porodice se koristi kao model procene u oblasti razvojnih potreba deteta, kapaciteta roditelja da odgovori na potrebe deteta i faktora porodice i sredine (DoH, 2000; DoH, 2000a; Rose, 2001; Žegarac, Džamonja-Ignjatović, Brkić, 2007). Okvir ima za cilj da obezbedi sistematičan pristup u prikupljanju, analizi, razumevanju i dokumentovanju podataka o detetu ili mladoj osobi u okruženju porodice i kontekstu zajednice u kojoj žive. Procena deteta sa teškoćama treba da da odgovore na sledeća pitanja (Marchant & Jones, 2000):

- Da li je dete voljeno i vrednovano onakvo kakvo jeste?
- Da li i u kojim domenima smetnja/teškoća deteta direktno utiče na njegov/njen razvoj?
- Da li postoje, odnosno koje barijere ometaju dete u razvoju?
- Šta možemo da uradimo da osiguramo da dete ima najveći mogući pristup porodičnom životu, obrazovanju i životu u zajednici?
- Čime možemo da unapredimo ili osiguramo bezbednost i podržimo razvoj?
- Na koji način razumemo šta konstituše optimalnu odnosno razumnu odgovarajuću roditeljsku/odgajateljsku negu za konkretno dete?
- Koji faktori podržavaju ili ometaju funkcionisanje porodice?
- Sa kojim barijerama se suočava ova porodica?
- Koje vrste pomoći su pristupačne i potrebne da podrže roditelje i širu porodicu u nezi deteta sa teškoćama?

Procena tri osnovna domena – potrebe deteta, sposobnost roditelja da odgovori na te potrebe i faktori porodice i sredine koji utiču na sposobnosti roditelja i potrebe deteta – treba da obezbedi balansirani, dubinski pregled osnovnih elemenata situacije u kojoj se nalazi dete: potreba, snaga, postojećih ili potencijalnih rizika, rezilijencije i faktora zaštite.

1. *Potrebe*: teškoće u bilo kom aspektu života deteta, koje utiču na njegov/njen život, dobrobit i razvoj. Akcenat opisa utvrđenih potreba u pojedinim oblastima je na načinima kako dete zadovoljava potrebe, dok se zaključivanje usmerava na to kako teškoće u njihovom zadovoljavanju utiču na razvoj deteta.
2. *Snage*: aspekte deteta, okolnosti života, porodičnih okolnosti i okruženja koji su pozitivni i imaju povoljan uticaj na život, dobrobit i razvoj deteta. Opis snaga odgovara na pitanje šta su snage – aktuelne i potencijalne, dok zaključivanje u ovoj oblasti odgovara na pitanje kako se one koriste i kako možemo aktivirati ili unaprediti nedovoljno korišćene snage i resurse.
3. *Postojeći ili potencijalni rizici* koji mogu da oštete ili ugroze bezbednost i razvoj deteta. Pri opisu rizika akcenat je na individualnim, porodičnim i sredinskim rizicima, a kod procene na postojećim ili potencijalnim uticajima tih rizika na aktuelno stanje, funkcionisanje u neposrednoj budućnosti i dugoročno.
4. *Rezilijencija i faktori zaštite*: osobine, okolnosti, odnosi i strukture koje promovišu dobrobit i podstiču razvoj deteta i njegovu socijalnu inkluziju. Opis faktora zaštite na individualnom, porodičnom i nivou okruženja daje osnovu za procenu postojećih ili potencijalnih uticaja faktora zaštite aktuelno, a u neposrednoj budućnosti i dugoročno.

Ovaj model procene je centriran na dete, zasnovan na savremenim znanjima o dečijem razvoju, ekološki orijentisan i podrazumeva participaciju deteta i porodice u otkrivanju i razumevanju teškoća, rizika i snaga. Procena podrazumeva interagencijski i multisektorski pristup u razmeni informacija i pružanju usluga. Takođe, procena nije jednokratni čin koji daje definitivne odgovore, već kontinuirani proces koji teče paralelno sa intrervencijama i uslugama koje su usmerene na zadovoljavanje potreba, osiguranje bezbednosti i dostizanje pozitivnih promena kod deteta.

Rad počinje na prijemu, nakon zahteva klijenta ili člana porodice za uslugom ili podrškom, ili kada druga institucija, služba ili građani prijave ili upute klijenta na CSR. Prijemni radnik razmatra pristupačne informacije, intrervjuje klijenta ili podnosioca zahteva ili prijave i donosi odluku o

narednim akcijama: da li je slučaj za CSR ili ga treba uputiti drugoj službi. Ukoliko je CSR nadležan za slučaj, prijemni radnik donosi odluku o nivou prioriteta: neodložno – reaguje se odmah, najdalje u roku od 24 sata; hitno – početna procena treba da počne što pre, najduže u roku od tri dana; i redovno – početna procena treba da počne najduže sedam dana od saznanja o slučaju (Žegarac, Džamonja-Ignjatović, i Brkić, 2007; 2007a).

Posle toga se određuje voditelj slučaja koji započinje *početnu procenu* u skladu sa određenim nivoom prioriteta. Voditelj slučaja ima zadatak da u roku od sedam dana kompletira inicijalni pregled potreba, rizika, snaga i motivacije klijenta, porodice i sredine. Period rada na početnoj proceni ne odlaže potrebne intervencije i podršku. Ukoliko je potrebno, voditelj radi sa porodicom na stvaranju bezbednog okruženja za dete i prevazilaženju teškoća, pokreće pravne mere zaštite deteta, upućuje na druge službe i aranžira pristup uslugama. Voditelj slučaja takođe, u konsultaciji sa supervizorom, treba da odluči o daljim aktivnostima, što uključuje i potrebu za daljom – usmerenom ili specijalističkom procenom. Voditelj slučaja treba da razvije početni plan usluga i mera najduže 15 dana od početka rada sa klijentom. Ovaj plan se usmerava na neposredne, očigledne i urgentne potrebe i može se razvijati uporedo sa postupkom dalje procene.

Usmerena procena fokusira aktivnosti na odabrane oblasti za dalju i dublju eksploraciju. Obično podrazumeva timsku procenu i/ili upućivanje na specijalističku procenu koja se obično vrši u drugim sistemima – zdravstvenom, mentalnom zdravlju ili obrazovanju. Paket procene deteta sa teškoćama zapravo ima karakter produbljene, usmerene procene koja se periodično odvija u određenim razvojnim stadijumima deteta i shodno situacijama i potrebama sa kojima se dete i porodica suočavaju. Mesto procene deteta sa teškoćama je prikazano na šematskom prikazu postupaka tokom rada na slučaju.

Najduže 60 dana od početka rada sa klijentom i porodicom, voditelj slučaja treba da sačini porodični plan usluga i mera sa planom stalnosti za dete. Plan se razvija u nekoliko oblasti rada izabranim na osnovu rezultata procene i dotadašnjeg rada sa detetom i porodicom. Zasnovan je na snagama deteta, porodice i sredine i podrazumeva participaciju korisnika u najvećem mogućem stepenu. Glavno usmerenje planu obezbeđuje definisan cilj stalnosti za dete, odnosno opredeljenje da li će se usluge i mere organizovati tako da dete ostane u porodici sa jednim ili oba roditelja, da se dete vrati u porodicu roditelja, da dete bude smešteno u srodničkoj ili drugoj starateljskoj porodici, usvojenje deteta i drugi stalni životni aranžman mlade osobe kroz osamostaljenje. U ovoj fazi moguće je organizovati konferenciju slučaja, jer se u planu specificuju vrste usluga, intervencija i mera, intenzitet, vremenski okvir i osobe odnosno službe zadužene za određene aktivnosti, uključujući i pitanja praćenja realizacije plana. Plan po potrebi sadrži i porodično-pravne mere zaštite u skladu sa nadležnostima organa starateljstva

Evaluacija i ponovni pregled se obavlja prema planu, maksimalno na šest meseci od početka rada na slučaju. Standardi takođe predviđaju redovan kontakt voditelja slučaja sa korisnikom, kako bi se prevenirala institucionalizacija i dostigli ciljevi stalnosti za dete.

Tokom svih postupaka procene i planiranja koriste se standardni formulari koji su definisani Pravilnikom o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad. Za procenu pojedinih domena i oblasti potreba, rizika i snaga koriste se relevantni instrumenati, skale i tehnike koje mogu da unaprede validnost procene i olakšaju evaluaciju rada na slučaju.

Literatura:

- Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad u Srbiji za 2007. godinu, Republički zavod za socijalnu zaštitu, Beograd, novembar 2008. godine.
- Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad u Srbiji za 2008. godinu, Republički zavod za socijalnu zaštitu, Beograd, 2009. godine.
- Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad u Srbiji za 2009. godinu, Republički zavod za socijalnu zaštitu, Beograd, 2010. godine.
- Beker, K., Milojević, N. i Zavišić, V. (2009). Dece sa smetnjama u razvoju – od pasivnih primalaca/-teljki usluga do aktivnih učesnika/-ca u životu zajednice – Izveštaj. Pančevo: Inicijativa za inkluziju Veliki mali.
- Beresford, B.A. (1994). Resources and strategies: How parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 35(1), 171-209.
- Brown, J., Nolan, M., & Davies, S. (2001). Who's the expert? Redefining lay and professional relationships. In: M. Nolan, S. Davies & G. Grant (Eds.), *Working with older people and their families*. Buckingham: Open University Press.
- Cantillon, B. & Van den Bosch, K. (2002). Social policy strategies to combat income poverty of children and families in Europe. Luxembourg Income Study Working Paper No. 336, December. <http://www.lisproject.org/publications/liswps/336.pdf>, posećeno septembra 2010.
- Carpenter, B. (Ed.). (1997). *Families in context: Emerging trends in family support and early intervention*. London: David Fulton.
- Department of Health (2000) *Assessing Children in Need and Their Families: Practice Guidance*. London: The Stationary Office.
- Department of Health (2000a). *Framework for the assessment of children in need and their families*. London: The Stationary Office.
- Dowling, M. & Dolan, L. (2001). Families with children with disabilities—Inequalities and the social model. *Disability and Society*, 16(1), 21–35.
- Dunst, C., Trivette, C. & Johanson, C. (1994). Parent-professional collaboration and partnerships. In: C. J. Dunst, C. M. Trivette & A. G. Deal (Eds.), *Supporting and strengthening families: Methods, strategies and practices* (Vol. 1, pp. 197-211). Cambridge, MA: Brookline Books.
- Izveštaj o radu ustanova socijalne zaštite za smeštaj korisnika u 2007. godini, Beograd, decembar 2008. godine.
- Izveštaj o radu ustanova socijalne zaštite za smeštaj korisnika u 2008. godini, Beograd, avgust 2009. godine.
- Jones, C. (1998). Early intervention: The eternal triangle? Issues relating to parents, professionals and children. In: C. Robinson & K. Stalker (Eds.), *Growing up with disability*, chapter 3. London: Jessica Kingsley.
- Knox, M., Parmenter, T., Atkinson, N. & Yazbeck, M. (2000). Family control: The views of families who have a child with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 17-28.
- Marchant, R. and Jones, M. (2000) Assessing the needs of disabled children and their families, DoH, *Assessing Children in Need and Their Families: Practice Guidance*. London: The Stationary Office, pp 73-112.
- Matković, G. (2006). *Decentralizacija socijalne zaštite u Srbiji*. Beograd: Centar za liberalno-demokratske studije.
- Morrow, G., & Malin, N. (2004). Parents and professionals working together: Turning the rhetoric into reality. *Early Years: An International Journal of Research and Development*, 24, 163-177.
- Murray, P. (2000). Disabled children, parents and professionals: Partnership on whose terms? *Disability and Society*, 15, 683-698.
- Odluka o kriterijumima za razvrstavanje dece ometene u razvoju i načinu rada komisija za pregled dece ometene u razvoju. Službeni glasnik SRS, br. 16/86.
- Podaci o korisnicima dečijeg dodatka, materijalnog obezbeđenja porodice, pomoći i nege drugog lica, roditeljskog dodatka, porodičnog i smeštaja u ustanovama socijalne zaštite – Ministarstvo za rad i socijalnu politiku, jun, 2009.
- Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Službeni glasnik RS, 58/08 i 37/10.
- Predlog zakona o socijalnoj zaštiti (2010). Ministarstvo za rad i socijalnu politiku RS, <http://www.minrzs.gov.rs>, posećeno 29. 12. 2010.
- Rose, W. (2001) Assessing children in need and their families: An overview of the framework, In: Horwath, J. (Ed.) *The Child's World*. London: Jessica Kingsley Publishers, 35-50.
- Strategija razvoja socijalne zaštite (2005) *Službeni glasnik RS*, broj 108/05.
- Turnbull, A. P., & Turnbull, H. R. (1986). *Families, professionals and exceptionality: A special partnership*. Columbus, OH: Merrill Publishing.
- UNICEF (2009). Dokument „Transformacija rezidencijalnih ustanova socijalne zaštite za decu 2009–2013“.
- Žegarac, N. (2004). *Dece koja čekaju – izazovi i trendovi profesionalne prakse u zaštiti dece od zlostavljanja*. Beograd: Save the children UK, Centar za prava deteta.
- Žegarac, N., Džamonja-Ignjatović, T. i Brkić, M. (2007). Praktikum za trenere u osnovnom programu obuke „Znanje i veštine za vođenje slučaja u socijalnoj zaštiti“. Edukativni materijal. Ministarstvo za rad i socijalnu politiku.
- Žegarac, N., Džamonja-Ignjatović, T. i Brkić, M. (2007a). Znanja i veštine za vođenje slučaja u socijalnoj zaštiti – *Vodič za planiranje, procenu, intervencije i evaluaciju rada za voditelje slučaja*. Priručnik za program obuke, Edukativni materijal. Ministarstvo za rad i socijalnu politiku.
- Žegarac, N. i Džamonja-Ignjatović, T. (2009). *Instrumenti procene u socijalnoj zaštiti – upitnici, skale i tehnike*. Beograd: Centar za primenu psihologiju.

PORODICA, RODITELJI I RODITELJSTVO

Marija Mitić

Osnovne karakteristike porodice

Kada govorimo o najznačajnijim odraslim osobama u životu deteta, uobičajeno prvo govorimo o njegovim roditeljima, biološkim ili supstitucijskim/alternativnim. Milje za ovu značajnu vrstu odnosa roditelj–dete, svakako predstavlja porodica sa svim njenim osobenostima specifične društvene grupe. Porodica je uticajan i važan faktor delovanja upravo zato što je to primarna mala grupa u kojoj su emocionalni odnosi intenzivni, interakcija dugotrajna i raznovrsna i uzajamna zavisnost i uticaji veliki (Rot, 2006).

Upravo te specifičnosti omogućavaju joj pružanje mogućnosti za razvoj i odrastanje deteta. Iako je, po definiciji, porodica društvena grupa, ona poseduje mnoge karakteristike koje je čine sasvim osobenom. U literaturi se najčešće pominju njene distinktivne karakteristike (Beutler, Burr and Bahr, 1989 prema Walsh, 1993).

Generacijska povezanost i trajnost jedinstvena je za porodičnu sferu i ne postoje ni u jednoj drugoj oblasti ljudskog iskustva – u osnovi je pravnih metoda da porodične odnose učine što trajnijim (deca se ne usvajaju privremeno, niti se brak definiše kao privremen), porodične veze su praktično neraskidive (Carter, McGoldrick, 1989).

Orijentacija na simultane procese odnosi se na činjenicu da je porodični život, za razliku od aktivnosti u drugim društvenim grupama, manje sekvencijalan, manje racionalan i manje uređen, multi-dimenzionalan je i simultan (majka istovremeno kuva ručak, preslišava dete da li je naučilo pesmicu za školu, sređuje kuhinju).

Porodični odnosi su odnosi *celovitih osoba*. Porodicu, slično ostalim društvenim grupama karakteriše postojanje uloga i ponašanje s tim u vezi, ali u porodičnom životu se svaka osoba tretira kao idiosinkratična individua, pre nego kao nepromenljivi nosilac uloge (sin je istovremeno i student, član košarkaškog tima, dobar brat).

Porodica je jedinstvena po prirodi afekta i *intenzitetu emocija* njenih članova (roditelji razvijaju intenzivnu vezanost za svoju decu, ljudi stupaju u brak jer se vole itd.). Trajnost pripadanja porodici i intenzitet emocija u njoj može nositi i velike rizike ukoliko postoje konflikti koji generišu negativne emocije („porodične omraze su najjače”).

Porodica sledi *kvalitativne ciljeve* kao što su: bliskost, razvoj, nega i osećanje pripadanja, što ne znači da je lišena kvantitativnih ciljeva (zadovoljenje osnovnih potreba članova za hranom, skloništem, odećom, prevozom i sigurnom okolinom).

Altruizam je osećanje međusobne odgovornosti i dužnosti u porodici koje je fundamentalnije i više obavezuje od pravno propisanih obaveza i obuhvata saosećanje, blagost i fer odnos.

U porodici se *vlada negovanjem* – briga i nega su procesi koji naglašavaju ubeđivanje i redirekciju više putem uticaja nego kontrolom, što je u skladu sa simultanom, kvalitativnom i intuitivnom prirodom porodičnih odnosa.

Za porodicu je još karakteristična *zajednička porodična paradigma* ili pogled na svet; a često je zastupljena i *biološka povezanost* koja nije prisutna u drugim društvenim grupama.

Shvatanja o porodici i njena određenja menjala su se zahvaljujući društveno istorijskim kretanjima i okolnostima pod kojima ljudi žive, ali zavise i od kulturoloških specifičnosti. Mnoga uvrežena mišljenja i pristupi polazili su od nekih, dugo godina vladajućih *mitova o porodici* kao što su: mit o *tradicionalnoj porodici* daleke prošlosti (idealizacija multigeneracijskog domaćinstva); mit o *modernoj nuklearnoj porodici* (muž hranilac, žena domaćica i deca koja zavise od njih); mit o odgovarajućem *odnosu polova* koji je vladao u društvenim naukama do sredine pedesetih godina i glorifikovao „mamizam” (i time na ženu svalio odgovornost za sve dečije i porodične probleme) kao i mit o kazanu za pretapanje (melting-pot) koji prelazi preko svih razlika u kulturi porodica u jednom društvu ne uzimajući u obzir da se socijalne norme, tradicije i životni izazovi značajno razlikuju među etničkim grupama (Walsh, 1993).

Zašto govorimo o mitovima? Njima se i danas barata, a gubi se iz vida činjenica da su se poslednjih nekoliko decenija odigrale značajne promene i da fenomen savremene porodice uključuje mnoštvo varijeteta.

Naziv porodica nije više sinonim za tradicionalnu nuklearnu porodicu. Jedna od definicija koja uzima u obzir mnoge porodične varijacije je: „Porodica je bilo koja grupa osoba povezana brakom, srodstvom (krvnom vezom), usvojenjem ili bilo kojom seksualnom vezom u kojoj su ljudi povezani jedni sa drugima u intimnom odnosu, članovi vide svoj identitet kao značajno povezan sa grupom koja poseduje sopstveni identitet“ (Lamanna, Riedman, prema Seibt, 1996).

Danas se susrećemo sa sve većim brojem netradicionalnih porodica kao što su *porodice sa jednim roditeljem* (samohrane majke, razvedeni roditelji), ponovo zasnovani brakovi i porodice (step families) – rekonstruisane porodice, porodice sa istopolnim roditeljskim figurama (gej i lezbijske porodice sa decom iz prethodnih brakova, usvojenom ili dobijenom na neki drugi način), hraniteljske porodice i usvojiteljske porodice (Seibt, 1996). Svaki od ovih porodičnih modaliteta poseduje specifične potrebe i susreće se sa specifičnim izazovima na koje ne mogu uvek odgovoriti sami.

S obzirom na mnoge promene i ovu raznovrsnost u porodičnim vidovima, postavlja se pitanje kriterijuma *zdravlja ili normalnosti porodice*. Novi teorijski pristupi, posebno systemska-biopsihosocijalna orijentacija i model životnog ciklusa porodice dodatno su problematizovali pitanje *norme*. Zdrava, funkcionalna porodica nije ni ona u kojoj nisu prisutni simptomi, ni prosečna, niti ideal ka kome težimo; normalnost se definiše preko normalnosti porodičnih procesa, jer se o porodici više ne razmišlja kao o statičkom, bezvremenskom entitetu. Procena normalnosti porodice variraće u zavisnosti od njenog odgovora na različite razvojne zahteva njenih članova i porodice u celini uključujući i promenu njene strukture.

Ipak, postoje neke *zajedničke karakteristike funkcionalnih, zdravih porodica*, kao što su: povezanost članova u zajednicu koju karakteriše uzajamni odnos, međusobna briga i podrška, respekt za individualne razlike i autonomiju, nega, socijalizacija dece i briga o ostalim ranjivim članovima, organizaciona stabilnost, ali i fleksibilnost u odnosu na unutrašnje i spoljašnje zahteve za promenom i efikasno prevladavanje stresa. Otvorena komunikacija doprinosi efikasnom rešavanju problema i razrešavanju konflikata. Opšteprihvaćen sistem verovanja omogućava poverenje među članovima porodice i povezanost sa prošlim i budućim generacijama. Da bi porodica normalno funkcionisala neophodno je i da poseduje adekvatne resurse za osnovnu ekonomsku sigurnost i psihosocijalnu podršku preko mreže proširene porodice i prijatelja, zajednice i širih socijalnih sistema.

Disfunkcionalna porodica je, po definiciji, porodica u kojoj se konflikti, loše ponašanje, čak i zlostavljanje pojedinih članova dešavaju kontinuirano, što dovodi do toga da se članovi prilagođavaju takvoj situaciji, a deca čak mogu da misle i da je takvo ponašanje normalno. Disfunkcionalne porodice mogu biti posledica alkoholizma, zavisnosti od supstanci ili drugih zavisnosti kod roditelja, nelečenih mentalnih bolesti ili poremećaja ličnosti ali i disfunkcionalnih obrazaca i porodičnih iskustava roditelja iz primarne porodice. Ove porodice karakteriše: nedoslednost i nepredvidivost i često obrtanje uloga (deca u ulozi roditelja). To su najčešće zatvoreni porodični sistemi (socijalno izolovana porodica koja obeshrabruje odnose sa ljudima izvan porodice), ali u kojoj nema empatije za članove porodice a članovi jedni drugima šalju izmešane poruke. U ovim porodicama ili manifestno vrvi od konflikata ili uopšte nisu vidljivi (negiraju se). Posledice po decu mogu se videti iz različitih obrazaca ponašanja odnosno uloga koje ona na sebe preuzimaju kako bi (u ulozi žrtvenog jarca) smanjila tenziju u porodičnom sistemu:

- *Dobro dete* – preuzima roditeljsku ulogu;
- *Problematično dete* – ono koje se krivi za većinu problema;
- *Zaštitnik/negovatelj* preuzima na sebe odgovornost za emocionalnu dobrobit porodice;
- *Izgubljeno dete* – nevidljivo, ćutljivo, potrebe mu se često ignorišu;
- *Maskota* – koristi šalu da bi odvučlo pažnju od narastajućeg disfunkcionalnog porodičnog sistema;
- *Pametnica* – oportunistički kapitalizuje na greškama ostalih članova porodice.

Razvoj porodice – porodični životni ciklus

Životi članova porodice su uokvireni formativnim tokom prošlosti njihovih porodica, sadašnjim zadacima koje porodica pokušava da ostvari i budućnošću kojoj teži. Ovaj složeni hod i život porodice kroz vreme odvija se kroz specifične faze razvoja koji su nazvani životni ciklus porodice (McGoldrick, prema Milojković, Srna, Mićović, 1997). Granice se pomeraju, psihološka distanca među članovima se menja a uloge se stalno redefinišu unutar i između podsistema (Milojković, Srna, Mićović, 1997). Model porodičnog životnog ciklusa *opisuje seriju predvidivih razvojnih zadataka za sistem koji se dešavaju u vreme promene članstva: rođenje, smrt, udaja, razvod*. Biološki i emocionalni razvoj pojedinaca utiču na sposobnost sistema da se reorganizuje i ostvari tranziciju, ali model porodičnog životnog ciklusa je fokusiran na sistemski nivo.

Najpoznatiji model je ovaj u kojem Carterova i McGoldrickova (1989) opisuju šest razvojnih faza:

1. Između porodica: Mlada neudata/neoženjena osoba (koja se još nije vezala, nije u zajednici).
2. Pridruživanje porodica udajom/ženidbom – ponovno regulisanje odnosa sa prijateljima i proširenom porodicom, pregovaranje o pravilima i ritualima svake od porodica porekla i generalno postizanje saglasnosti o novom sistemu.
3. Porodica sa malim detetom – ulazak deteta u sistem može biti okidač za probleme prilagođavanja starije generacije, sadašnjih deda i baba i konflikti za koje je par mislio da su rešeni u prethodnim fazama. Fokus je na pitanju: „Koje vrednosti i kultura treba da se prenesu na decu?“
4. Porodica sa adolescentom – ovde nije toliko problem sa prevladavanjem ulazaka i izlazaka u postojeći sistem, koliko fundamentalno restruktusiranje sistema neophodno da bi se dozvolila veća nezavisnost.
5. Porinuće/lansiranje dece i odlazak uključuje više ulazaka i izlazaka nego bilo koja druga faza i neki istraživači ukazuju da su deca iz te faze najzastupljenija u kliničkoj praksi. Deca napuštaju kuću ili dovode bračnog partnera (izlazak, ulazak), starija generacija ide u penziju ili je u krizi srednjeg doba (izlasci) a njihovi ostareli roditelji traže više brige.
6. Porodica posle – zahteva podršku starijim generacijama, suočavanje sa smrću i onesposobljenošću, životni rezime i integraciju za najstariju generaciju

Rađanje deteta i nastajanje porodice

O porodici u pravom smislu te reči možemo da govorimo tek kada u nju stignu deca (rođenjem, usvojenjem ili na neki drugi način), a do tada govorimo o braku, odnosno partnerskoj zajednici. Prelazak na roditeljstvo čini porodicu stabilnim sistemom i mnogi ovu fazu smatraju krucijalnom prekretnicom u životu porodice.

Šta znamo o roditeljstvu? *Svakoga dana više od tri četvrtine miliona odraslih ovoga sveta doživi radosti i glavobolje, izazove i nagrade od toga što su postali roditelji. Uprkos činjenici da je većina ljudi postala roditeljima, kao i da je svako u svom životu imao roditelje, roditeljstvo ostaje u nekom smislu mistifikovana tema o kojoj svako ima mišljenje, ali se malo ljudi oko toga slaže* (Bornstain, 1998).

Zbog brojnosti promena koje nosi roditeljstvo nekad se govori i o *razvojnoj krizi*. Postajanje roditeljem uključuje fundamentalnu promenu u identitetu pojedinca, od deteta (svojih roditelja) postaje roditelj (svom detetu). Ovo je period kada može doći do oživljavanja nerešenih konflikata sa porodicom porekla i ta pitanja bi bilo neophodno da se prorade pre nego što se razvije nov odnos roditelj–dete. Stvarno postojanje bebe čije potrebe i razvoj mogu biti u suprotnosti sa očekivanjima roditelja i fantazijama o detetu kakvo su želeli dodatno komplikuje uspostavljanje pomenutog odnosa, što posebno treba da imamo na umu kada govorimo o roditeljstvu detetu sa smetnjama u razvoju.

Promene se ne dešavaju samo u novozasnovanoj porodici već se menja i položaj sadašnjeg roditelja u njegovoj primarnoj porodici: rođenjem deteta njemu se definitivno priznaje ulazak u svet odraslih.

Motivacija za roditeljstvo

Danas se, zahvaljujući povećanju ekonomske nezavisnosti žena, smanjuje broj onih koji sklapaju brak ili žele da imaju decu. Imati decu takođe znači računati na dugoročne ekonomske i socijalne posledice. Deca su uvek koštala, imati decu znači odreći se „dobrog života“ kome mnogi teže. Uslovi

života za majku (posao pre svega) redukuju njeno uključivanje u roditeljstvo. Pored toga, nemanje dece više ne povlači socijalnu stigmatu kao pre. Postojanje kontracepcije i svest o pravima u planiranju porodice, neizvesne perspektive za obezbeđivanje optimalnog kvaliteta života porodice, dodatni su faktori, koji uz druge, brojne, mogu smanjiti motivaciju za rađanje dece odnosno roditeljstvo.

Zašto se ljudi ipak odlučuju na rađanje dece? U literaturi se najčešće pominje klasifikacija motiva za roditeljstvo Alberta Reubina (Kapor-Stanulović, 1984). Tragajući za odgovorom na pitanje koje potrebe roditelji očekuju da im njihova deca zadovolje, stigao je do sledećih motiva. *Altruistički* motiv uključuje nesebičnu ljubav, naklonost prema deci i potrebu da se ona podižu. *Fatalistički* se bazira na uverenju da su ljudi stvoreni da rađaju i održavaju vrstu, to je sudbina. Shvatanje da je dete dokaz maskuliniteta odnosno feminiteta, potvrda fizičkih, psihičkih i bioloških potencijala roditelja, osnova je *narcističkog* motiva. O *instrumentalnom* motivu govorimo kada roditelji koriste decu kao sredstvo za postizanje nekog cilja (da se zadrži partner, dobije stan, obezbedi ugled).

Roditeljstvo – osnovne odrednice i njegov značaj

Roditeljstvo se može definisati kao *svrsishodna aktivnost usmerena obezbeđivanju opstanka i razvoja dece*. Reč „roditelj“ označava biološke relacije majke, oca i deteta, za razliku od „usvojitelja“ „hranitelja“, ili „staratelja“. Kada odrastu, nekadašnja deca mogu ovu vrstu aktivnosti upražnjavati u odnosu na svoje roditelje. Tako, roditeljstvo postaje najfundamentalnija briga društva. Ono je povezujuće tkivo univerzalnog altruizma kroz sve nacije, generacije, socijalne klase i etničke grupe.

Koliki značaj se pridaje roditeljstvu, koliko je to plodna i kompleksna tema, ili čak „nova disciplina“ pokazuje četvorotomna knjiga „Priručnik za roditeljstvo“ (Bornstein, 1995), što potvrđuje i novo izdanje knjige iz 2002. god.

U jednoj od novijih knjiga posvećenoj toj temi (Hoghughy, M., Long, N., 2004) razmatraju se ključni koncepti vezani za roditeljstvo, pa se pored osnovnih koncepata govori o: socijalnom kontekstu roditeljstva, roditeljstvu kroz životni ciklus, roditeljskom uticaju na ranjivost i rezilijentnost dece, roditeljstvu u različitim kulturnim sredinama, roditeljstvu u rekonstruisanim i surogat-porodicama, odnosu seksualne orijentacije i roditeljstva, te ulozi baba i deda i proširenoj mreži podrške. Takođe se razmatra roditeljstvo hronično bolesne dece, izuzetne dece, antisocijalne dece i dece sa problemima mentalnog zdravlja. Ovo je samo jedan deo veoma širokog dijapazona pitanja koja se danas izučavaju u oblasti roditeljstva.

Značaj koji se pridaje roditeljstvu proizilazi iz nekoliko činjenica. Prokreacija je proces od koga zavisi opstanak vrste i nema smisla ukoliko potomci ne prežive. Obezbeđivanje opstanka je osnovni zadatak roditeljstva. Ljudsko mladunče nije u stanju da brine o sebi sve do sredine detinjstva, a u modernim društvima se to i produžava. Pored toga, roditeljstvo koje deca imaju predstavlja ugaoni kamen za razvoj njihove emocionalne, interpersonalne i socijalne dobrobiti (kvalitet odnosa sa drugima uključujući vlastitu decu kada budu postali roditelji). Dete, kao i sredina u koju dolazi imaju svoje osobenosti i razvoj se odvija kroz njihovu interakciju. Najvažniji i najduži uticaj u životu jedinke ostvaruju roditelji. Podele životnog ciklusa porodice na faze određuju sadržaj istih stavljajući u fokus podizanje dece i njihovo odrastanje.

Konceptualni doprinosi razumevanju roditeljstva

Od plejade doprinosa u današnjem razumevanju roditeljstva izdvajamo samo nekoliko.

John Bowlby smatra se utemeljivačem *teorije vezivanja/privrženosti* (attachment theory) koju je napravio pošavši od proučavanja posledica koje trpi dete kada je lišeno majke (iskustva dece razdvojene od roditelja tokom Drugog svetskog rata).

Winnicott uvodi human i neophodan *koncept dovoljno dobrog roditeljstva* upozoravajući da je savršeno roditeljstvo nemoguće i nepotrebno za uspešan detetov razvoj.

Ainsworth je razvila koncept vezivanja i kao značajan ishod dobrog procesa roditeljstva označava *sigurno vezivanje*.

Bronfenbrenner ističe da je praksa roditeljstva *u interakciji sa socijalnim i ekološkim kontekstom* dece i roditelja (međusobni odnosi supružnika, ekonomski uslovi, kulturološki kontekst, šire socijalne i političke strukture).

Baumrind istražuje pitanje postupanja sa decom u njihovom socijalnom i razvojnom kontekstu i definiše osnovne *stilove roditeljstva* odnosno vaspitne stilove (termin koji se češće koristi u našoj literaturi).

Zadaci i funkcije roditeljstva

Ključna funkcija porodice deteta i roditelja je da mu obezbede sigurno i pouzdano okruženje koje mu je naklonjeno i daje mu podršku, što će mu omogućiti da razvije znanja, veštine, stavove i ponašanja neophodna da izraste u odraslu osobu i pruži produktivan doprinos sebi, porodici, zajednici i društvu.

Na roditeljima je da oblikuju veći deo iskustva deteta svojim verovanjima i ponašanjem koje pokazuju. Verovanja roditelja uključuju stavove i znanje o svim aspektima roditeljstva i detinjstva, što varira od kulture do kulture.

Identifikovan je relativno mali broj centralnih oblasti roditeljske brige i interakcije i konstatovano da značajno jezgro u repertoaru podizanja dece predstavljaju:

- Nega (nurturing caregiving) – zadovoljavanje detetovih bioloških, fizičkih i zdravstvenih potreba.
- Materijalna briga – načini na koji roditelji snabdevaju, organizuju i aranžiraju fizički svet u kojem dete živi, uključujući dom i lokalnu sredinu.
- Socijalna briga – varijetet vizuelnih, verbalnih, afektivnih i fizičkih ponašanja koje roditelji koriste kako bi emocionalno uključili dete i uredili njihove interpersonalne razmene (ljuljanje, ljubljenje, dodirivanje, osmehivanje, vokalizacija i igra). To pomaže detetu da reguliše sopstvene emocije, a utiče i na njegov način komunikacije sa drugima.

Pomenute tri kategorije su vrlo široke i istraživači su u okviru tih kategorija napravili posebne tipologije (stilovi roditeljstva).

Poučavanje – različite strategije koje koriste roditelji kako bi stimulisali dete da se uključi i razume sredinu i uđe u svet učenja (podučavanje, opisivanje demonstriranje, pružanje mogućnosti za opservaciju, imitaciju i učenje).

Ova ponašanja se najčešće kombinuju i ona vrše direktne efekte na roditeljstvo. Indirektni efekti su mnogo suptilniji, ali ne i manje značajni. Oni mogu da se ostvare preko kvaliteta bračne podrške i komunikacije (Bornstein, 2002).

Adekvatno i neadekvatno roditeljstvo

Adekvatno, kompetentno roditeljstvo predstavlja osnov emotivnog, interpersonalnog i socijalnog razvoja deteta, obezbeđuje zaštitu, olakšava emocionalnu organizaciju i ohrabruje istraživanje okoline i učenje.

Belsky je pionir teorija procesa kompetentnog funkcionisanja roditelja. Njegov model je fokusiran na faktore koji utiču na roditeljsko ponašanje, kao i na to kako ti faktori utiču na podizanje deteta i posledično, na razvoj deteta (1984). Na porodičnom nivou interesuje ga primarno međusobna interakcija između roditelja i deteta (ovo je razrađeno da bi se objasnili uzroci zanemarivanja i zlostavljanja). Belsky navodi sledeće postavke u vezi **determinanti roditeljstva**:

1. Roditeljstvo je višestruko determinisano karakteristikama roditelja, deteta i podsistemima socijalne podrške u sredini;
2. Ove tri determinante ne učestvuju podjednako u podršci ili ometanju roditeljstva;
3. Istorija razvoja i ličnost roditelja indirektno oblikuju roditeljstvo i primarno utiču na širi kontekst u kojem veze roditelj–dete egzistiraju (npr. bračni odnosi, socijalne mreže, zanimanje).

Belsky smatra da su ličnost roditelja i njihova psihološka dobrobit od najvećeg uticaja u podršci funkcionisanja roditelja; kada su dve od tri determinante u stresnoj situaciji pogođene, optimalno roditeljstvo se još uvek održava, čak i onda kada su lični psihološki resursi roditelja jedina determinanta koja je zadržala pozitivan oblik.

Uticao podsistema socijalne podrške u sredini je veći od uticaja karakteristika deteta na funkcionisanje roditelja. Riziko karakteristike deteta se relativno lako mogu prevladati ukoliko druge dve determinante ili bar jedna nisu pod rizikom.

Faktori koji mogu da utiču na kvalitet roditeljstva

Nove teorije o roditeljstvu smatraju da je ono multiplo determinisano *individualnim karakteristikama roditelja* (a kao najvažniji činioci su lična istorija i lični psihološki resursi i prethodno iskustvo sa svojim roditeljima), *temperamentom deteta, porodičnim odnosima, socijalnim i kulturnim faktorima*.

Posebno se ističe značaj modela brige koji su roditelji iskusili kao deca i iz njega proizašle moguće teškoće koje se tiču samopouzdanja, identiteta i samokontrole. Ukoliko je razvoj dinamike vezivanja bio povoljan i omogućio sticanje sigurne emocionalne baze u ranom životu olakšava razvoj samopouzdanja, kapacitet za autonomno funkcionisanje i empatiju za druge (Steel, prema Reder i Lucey, 2000). Narušavanje normalnog procesa vezivanja ostavlja nerešen konflikt zavisnosti koji se prenosi u život odraslog, uključujući odnos roditelj–dete.

Danas se, u razmatranju značaja socijalnih faktora govori o sve brojnijim socijalnim stresorima kao što su: siromaštvo, fizička i mentalna bolest, povećanje stope razvoda, raspršenost proširene porodice i mreža podrške – nedostupne ili nedovoljne mreže podrške, konfliktni zahtevi posla i kuće (posebno za majke), neprihvatljivost tradicionalnih mera vaspitanja dece (odsustvo standarda ili nekog uzora roditeljstva), uz povećani uticaj vršnjaka i njihove kulture, zatim razvoj urbanih sredina u kojima su deca izložena jakim spoljašnjim uticajima (uključujući medije).

Multifaktorska uslovljenost roditeljstva najuočljivija je na primeru roditelja zlostavljača. Roditelji zlostavljači obično imaju iskustvo psihološke deprivacije i/ili zlostavljanja kada su i sami bili deca i pate od trajnog konflikta između brige (nege) i kontrole. U odraslom dobu formiraju odnose u kojima se ovi konflikti ponovno aktiviraju kroz ekscesivne, ali često ambivalentne zavisnosti od drugih i dovode do preosetljivosti na gubitak, bilo da je aktuelan ili naslućen. Oni daju prioritet sopstvenim, a ne potrebama svoga deteta. Deca koja ne uspevaju da ispune njihova očekivanja bivaju podvrgnuta žestokim kaznama ili se na njih gleda kao na beskorisnu stvar i postaju predmet zanemarivanja. Zahtevi deteta za brigom mogu izazvati anksioznost, frustraciju ili ljutnju kod odraslih. Konflikti sa kontrolom mogu se ispoljiti kroz ekscesivno agresivno ponašanje, pokušaje da se dominira drugima i netoleranciju na one koji se pogrešno opazaju kao da ih kontrolišu. Ti roditelji imaju tendenciju da budu rigidni i nefleksibilni i imaju neprimerena očekivanja od svoje dece.

Deca koja se prerano rode, sa fizičkim ili intelektualnim deficitima, koja slabo jedu, bolesna su ili su iskusila rano odvajanje takođe postavljaju stresne, emocionalne zahteve svojim roditeljima, pa su stoga pod povećanim rizikom od zlostavljanja.

Mada se zlostavljanje dece dešava u svim društvenim slojevima, dodatni društveni uslovi kao što su siromaštvo, neuslovno stanovanje i bolest intenziviraju rizike. Roditelji zlostavljači su obično socijalno izolovani, izgubili su kontakt sa porodicom porekla zahvaljujući geografskoj mobilnosti ili malo koriste mreže socijalne podrške.

Stilovi roditeljstva ili vaspitni stilovi

Među autorima ne postoji usaglašenost u pogledu vrste i broja faktora ili dimenzija neophodnih za opis roditeljskog ponašanja, pa danas nema opšteprihvaćene tipologije (Touliatos, prema Boddroški, 2007). Jedan od začetnika rada u području identifikacije vaspitnih stilova je Baumrindova, koja pod ovim pojmom podrazumeva „normalne varijacije u roditeljskim pokušajima da kontrolišu i socijalizuju svoju decu“ (Baumrind, 1991, prema Darling, 1999). Ona je prvobitno identifikovala tri vaspitna stila: autoritativni, autoritarni i permisivni (Baumrind, 1966), a tek kasnije njena tipologija uključuje devijantne oblike roditeljstva kakvo može postojati u porodicama u kojima ima zlostavljanja i zanemarivanja.

Vaspitni stil obuhvata dva elementa roditeljstva: prihvatanje (toplinu) i kontrolu (O’Conor prema Jones, 2009). *Prihvatanje* (toplina i podrška) podrazumeva trud roditelja da dete razviju u zrelu, samosvesnu, asertivnu ličnost, pružajući mu podršku, aktivno se uključujući u njegove aktivnosti, prepoznaju njegove potrebe i zahteve i adekvatno odgovaraju na njih. *Kontrola* se odnosi na zadatke koje roditelji postavljaju deci, kako bi ih integrisali u porodicu i društvo svojim zahtevima, nadgledanjem, disciplinom i suprotstavljanjem dečijoj neposlušnosti, kao i kontrolom detinjih impulsa (Baumrind, 1991).

Na osnovu ovih kriterijuma, definisana su četiri vaspitna stila: permisivni, autoritarni, autoritativni i zanemarujući.

Roditelji sa *autoritarnim stilom* su zahtevni ali sa niskim vrednostima na dimenziji topline. Oni nastoje da oblikuju, kontrolišu i ocenjuju ponašanje i stavove deteta u skladu sa nizom standarda koji su obično apsolutni, teološke prirode i određeni od strane višeg autoriteta. Vrednuju poslušnost i favorizuju kaznene, prisilne mere da bi obuzdali detinju volju onda kada se njegovo ponašanje i stavovi sukobljavaju sa onim što roditelj smatra da je ispravno ponašanje. Veruju u to da se „zna gde je detetu mesto“ i to da poštovanje prema radu treba usaditi ograničavanjem autonomije i davanjem zaduženja u domaćinstvu.

Roditelji koji su uspostavili ravnotežu između visoke responzivnosti i zahteva su *autoritativni* roditelji (Baumrindova koristi pojam *demokratični* kao sinonim). Nastoje da daju podršku i povratne informacije detetu i podstiču verbalnu razmenu sa njim. Otkrivaju detetu svoj način rezonovanja pri donošenju odluka i podstiču protivljenje konformizmu. Dečije aktivnosti pretežno usmeravaju na racionalan, svrsishodan način. Primenjuju čvrstu kontrolu u trenucima neslaganja sa detetom, ali ga ne sputavaju. Nameću svoju perspektivu kao odrasli, ali cene dečije interese i mogućnosti. Autoritativni roditelji priznaju aktuelne kvalitete deteta, ali takođe postavljaju standarde budućeg ponašanja. Koriste se razumom, moći i podrškom i ne zasnivaju sopstvene odluke na grupnom konsenzusu ili individualnim dečjim željama. Nastoje da im deca budu asertivna, društveno odgovorna i kooperativna.

Permisivni stil ispoljavaju roditelji sa niskim vrednostima na dimenziji kontrole a visokim na responzivnosti. Oni nastoje da prihvataju i podržavaju impulse, želje i akcije svoga deteta i da ga ne kažnjavaju. Dogovaraju se pri donošenju odluka i daju objašnjenja porodičnih pravila. Topli su i puni ljubavi za dete i postavljaju mu malo zahteva u vođenju domaćinstva i u pogledu urednosti. Detetu se predstavljaju kao resurs koji ono može da koristi po želji, a ne kao ideal sa kojim treba da se takmiči ili kao činilac odgovoran za oblikovanje i menjanje tekućeg i budućeg ponašanja. Dopuštaju mu da reguliše sopstvene aktivnosti koliko god je moguće i izbegavaju upotrebu kontrole. Pokušavaju da koriste razum i vešto usmeravanje, bez otvorenog pokazivanja moći.

Zanemarujući stil poseduju roditelji koji imaju niske vrednosti na obe dimenzije. Oni se ne staraju o svojoj deci i ne zanimaju se za njihove aktivnosti ili interesovanja (Baumrind, 1966; Baumrind, 1991, prema Darling, 1999).

Izgleda da najveći deo roditelja pripada „mešovitim“ kategorijama, odnosno, vaspitni stil je često rezultat različitih kombinacija, sa mogućnošću da jedan od stilova preovlađuje (Ružičić, 1999; McGraw, 2004).

Biološko i alternativno roditeljstvo – ko su pravi roditelji

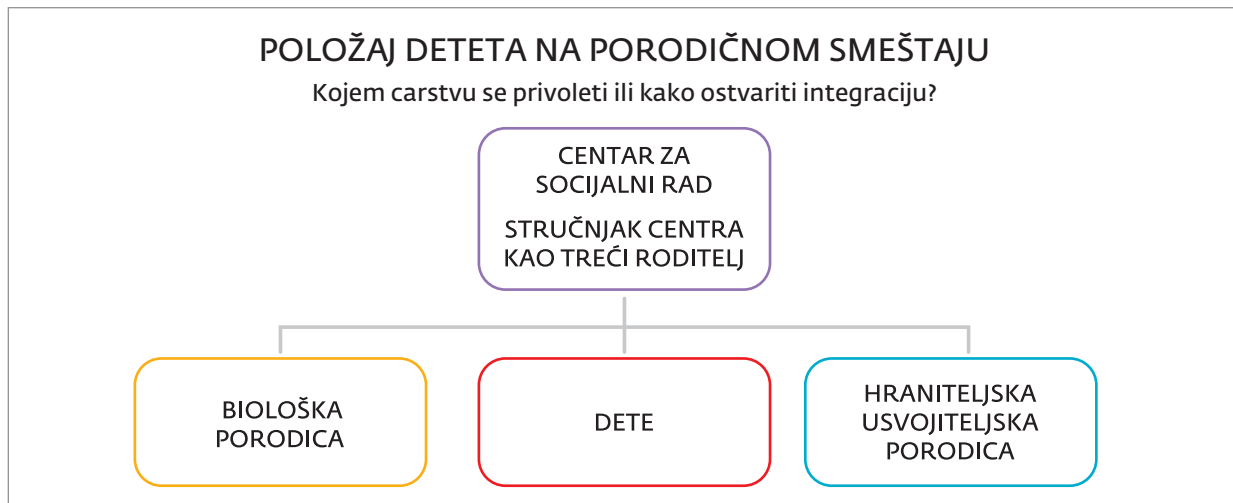
Svako od nas ima biološke roditelje za ceo život, a o snazi biološkog roditeljstva vladaju i mnogi mitovi. Mit o biološkom roditeljstvu predstavlja rasprostranjeno i duboko ukorenjeno uverenje da niko na svetu ne može voleti dete i starati se o njemu kao njegovi roditelji. On sadrži idealizaciju roditeljske slike i nesvesnu fantaziju da negde na svetu postoji osoba koja može da prepozna, razume i savršeno zadovolji sve naše potrebe koje ne moramo ni da iskažemo. Idealizacija je mehanizam odbrane od mučnih anksioznosti kada se u periodu separacije dete suočava sa traumatičnim iskustvima, bespomoćnošću, zavisnošću i može ekscesivno da se koristi kroz ceo život određujući motivaciju, izbor profesije, odnos sa drugima i slično (Despotović, 2002; Dunjić, 2002).

Stručnjaci različitih profila, pa i u socijalnoj zaštiti svojim ponašanjem pokazuju koliko su i oni usvojili mit o biološkim roditeljima. To se prepoznaje kroz njihove pokušaje da na sve načine očuvaju veze između deteta i bioloških roditelja. Posledice toga nisu zanemarljive po decu. Ona koja odrastaju u krajnje nefunkcionalnim porodicama se nepotrebno izlažu daljim traumatizacijama i višestrukom narušavanju emocionalnog kontinuiteta. Objašnjenje za ovakvo ponašanje stručnjaka proizilazi iz njihovog suočavanja sa sopstvenom patnjom odvajanja, kao i nesvesnom fantazijom o roditeljskoj omnipotenciji iz prvih godina života, prilikom donošenja odluke o odvajanju deteta od bioloških roditelja.

Iz ovoga ne proizilazi stav negiranja značaja bioloških roditelja. Uvažavanje njihovog postojanja, kao i potrebe deteta za kontinuitetom, zaslužuje posebnu pažnju kada govorimo o oblicima supstitucijskog ili alternativnog roditeljstva. Treba imati na umu značaj iskazan u sledećoj rečenici: „Detete možete da izmestite iz njegove porodice, ali porodicu ne možete da izmestite iz deteta“ (DeBot, 2007).

Alternativni/supstitucijski roditelji su *psihološki roditelji*: oni koji gaje, svakodnevno brinu o detetu i zadovoljavaju njegove raznovrsne potrebe (opstanak, razvoj, sigurnost, zaštita, ljubav). Odgovor na fundamentalno pitanje: Koja je razlika između roditelja i osobe koja se stara o detetu daje Lindsey (2000). Značajna razlika nije pitanje semantike ali ima veze sa njom; da li je moguće zameniti biološkog roditelja i postati detetov psihološki roditelj. Ukoliko neko podiže dete u ime bioloških roditelja, to je priznanje da biološki roditelji zaista postoje i značajni su za dete čak i kad ono supstitucijske roditelje prihvata kao majku i oca.

Teorija vezivanja pruža okvir za razumevanje obrazaca odnosa koji su zajednički za decu na supstitucijskoj brizi (Lindsey, 2000). Njihova rana iskustva roditeljstva izgleda da se reflektuju u nesigurnom, anksioznom, izbegavajućem i ambivalentnom ili dezorganizovanom vezivanju za nove staratelje. Hranitelji i stručnjaci ne mogu uvek da prepoznaju da obrasci potiču iz ranih iskustava i da nisu u vezi sa sadašnjim nastojanjem da se ponudi brižan odnos i pun ljubavi, već su zasnovani na prethodnom učenju.



Biološke porodice pod rizikom u kojima odrastaju deca na različite načine su viđene za određenu vrstu podrške koja treba da im se pruži, prvenstveno vodeći računa o potrebama, interesima i pravima dece. Jedan model programa i usluga za zaštitu dece koji podrazumeva kontinuum brige/zaštite (Davis, 2008) razlikuje nekoliko nivoa pružanja usluga u odnosu na procenjene kompetencije roditelja.

Najmanje restriktivne usluge podržavaju prava porodice da donose odluku za svoje dete odnosno decu, daju porodici i deci veću mogućnost izbora u vlastitim životima. Podrška obuhvata aktivnosti samopomoći, neformalnu pomoć i obrazovanje zajednice i podržavaju usluge koje se pružaju u vlastitim domovima i zajednicama.

Najrestriktivnije usluge su supstitutivne usluge koje ograničavaju mogućnost odlučivanja koje roditelji imaju u odnosu na svoju decu i deca se štite u okviru alternativne/supstitucijske brige, dakle izmeštaju iz porodice.

Između pomenute dve nalaze se dodatne usluge kojima se kompenzuju određeni nedostaci u roditeljskoj brizi o deci.

Usvojenje, a i hraniteljstvo zahtevaju psihološke sposobnosti da se postane deo trougla: porodični sistem koji uključuje *usvojiteljsku/hraniteljsku porodicu, dete i biološku porodicu*. Ovo zahteva kapacitet da se pomogne detetu da integriše svoju životnu priču sa pričom koja se razvija u

novoformiranoj porodici. Ni usvojenje nije kreiranje porodice koja bi bila slična biološkoj – o ranijim iskustvima stalno iznova treba da se diskutuje u vreme životnih kriza u porodici u različitim životnim fazama, posebno u adolescenciji.

Jedno istraživanje kod nas je pokazalo da hraniteljice daju podatak da deca na hraniteljstvu izuzetno retko pitaju za svoje biološke roditelje (Mitić, 2002) i vredelo bi istražiti o čemu se tu zapravo radi – lojalnosti prema hraniteljima, strahu da će biti ponovo odbačeno ako suviše pominje svoje roditelje, suviše bolna iskustva koje je doživelo u biološkoj porodici?

Porodica i roditeljstvo deteta sa smetnjama u razvoju

Zašto deca sa smetnjama u razvoju čine gotovo jednu četvrtinu dece na hraniteljstvu, zašto na smeštaju u institucijama u Srbiji ima toliko ove dece? Kako ona ostaju bez roditeljskog staranja?

Rođenje deteta u porodici najčešće je izvor radosti i formiranja novih osećanja, a u braku koji je do tada bio bez dece dolazi do istinskog formiranja porodice i razvijanja osnovnog porodičnog osećanja koje karakteriše nežan, brižan i zaštitnički stav. Međutim, rođenje deteta sa smetnjom ili njeno naknadno utvrđivanje predstavlja snažan izazov i pretnju čitavom porodičnom životu.

Naša i svetska iskustva i istraživanja ukazuju na to da je rođenje deteta sa smetnjom u razvoju neosporno snažan stresogeni događaj za porodicu i da najčešće bitno menja njeno aktuelno funkcionisanje i određuje pravac i tok njenog daljeg razvoja. Zahtevi koji se postavljaju pred porodicu, odnosno sve njene članove, nisu mali i mogu bitno da uzdrmaju i ugroze svakog od njih pojedinačno, ali i porodicu kao celinu.

Deca sa smetnjama u razvoju, od uzrasta bebe pa do tinejdžera, smeštaju se u hraniteljske porodice i institucije zato što se njihovi roditelji ne osećaju sposobnim da brinu o njima. Neki roditelji imaju potrebu da dete redovno bude kod hranitelja nekoliko dana u nedelji ili mesecu i to doživljavaju kao podršku. Podrška i porodici i ometenom detetu je vrlo dragocena i često se naziva predah-hraniteljstvo (Mitić, 2006).

Šta se to dešava što može bitno poremetiti razvoj porodice, ali i roditeljstvo u ovom slučaju? Za razvoj i odrastanje deteta, posebno njegov razvoj u prvim godinama života, skladnost funkcionisanja bračnih partnera, odnosno roditelja deteta kao porodičnog podsistema je od izuzetne važnosti.

Istraživanje grupe porodica dece sa cerebralnom paralizom u periodu šest meseci od saznavanja prave dijagnoze, izvršeno je u sklopu šireg istraživanja grupa porodica pod stresom različite vrste (Mitić, 1997). Nalazi ukazuju na značajno poremećene odnose među roditeljima i njihov potpuno različit odnos prema činjenici da imaju dete sa cerebralnom paralizom. Izdvajamo nekoliko najznačajnijih zapažanja. Oni poseduju i rukovode se izrazito različitim, nekad *dijametralno suprotnim procenama* o različitim aspektima stanja i odnosa u porodici i načinima funkcionisanja. Po proceni očeva, porodica je kohezivna do fuzije i isprepletenosti, a majke je procenjuju kao znatno ispod proseka (u odnosu na vrednosti kontrolne grupe), dakle kao više razjedinjene tj. sa manje zajedništva. Jedino slaganje postoji u proceni dimenzije adaptabilnosti (fleksibilnost porodice da svoja pravila i uloge prilagodi novonastalim situacijama ili zahtevima koji se pred porodicu postavljaju). Oba roditelja procenjuju porodicu kao *nefleksibilnu*. Podatak o nefleksibilnosti porodice upućuje na mogućnost da je suočavanje roditelja sa teškoćom deteta porodicu prosto „zakucalo” i da postoji izražen strah od promena. Rigidnost može privremeno da bude dobra odbrana od užasa koji ih je zadesio. Poznata i uhodana pravila (predvidivost čak i koraka u psihološkim igrama) po svoj prilici daju neko osećanje sigurnosti, koliko god da to istovremeno predstavlja i prepreku za dalji razvoj.

Poseban problem predstavlja pitanje spremnosti roditelja da, s obzirom da teško prevladavaju kriznu situaciju, prihvate ili zatraže dodatnu pomoć ili podršku. Oni se po tome značajno razlikuju: majke bi to prihvatile i neophodno im je (pošto su u dobroj meri „sagorele” od brige o detetu i toga šta ih je snašlo), dok očevima to ne pada na pamet. Sliku dodatno komplikuje shvatanje većine majki da na poboljšanje bračne situacije može da utiče ozdravljenje deteta, čime se nekritično dete opterećuje (okrivljuje?) za nemogućnost rešavanja problema koje ispoljavaju odrasli.

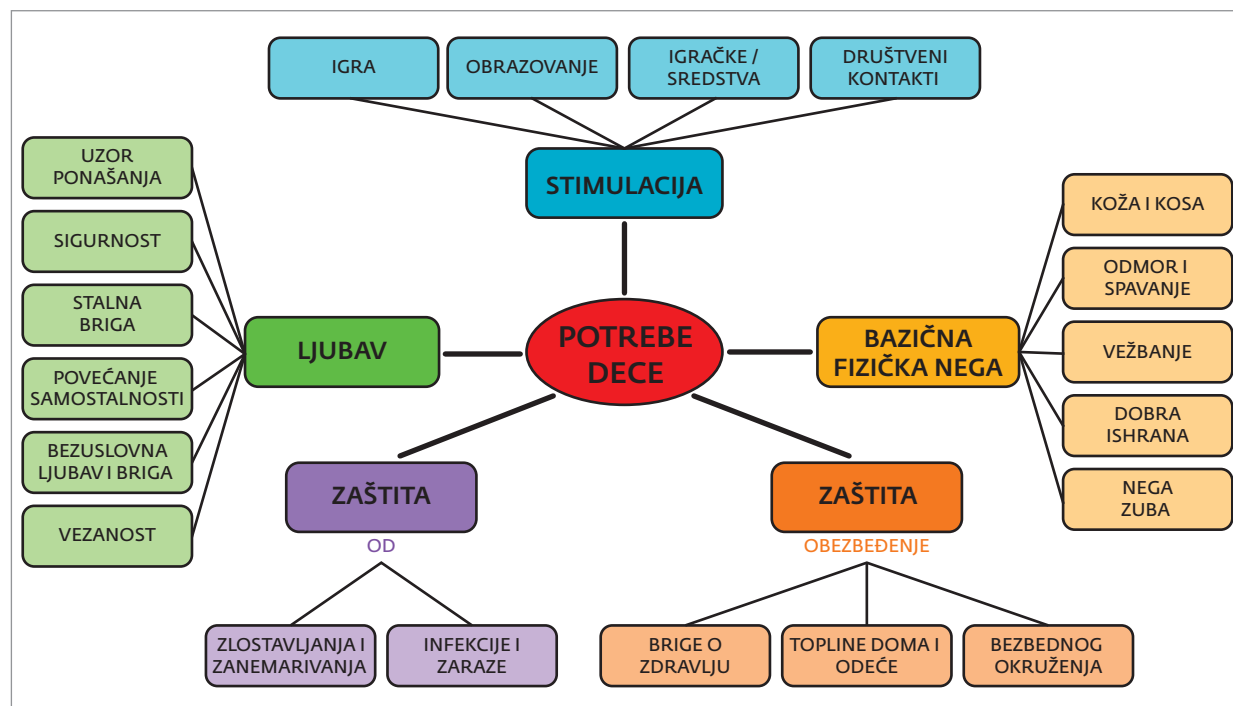
Literatura:

- Baltić, M. (2010). Povezanost svojstava porodičnog sistema sa vaspitnom stilom roditelja, diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd (mentor Marija Mitić)
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1966). Prototypical Descriptions of 3 Parenting Styles: www.devpsy.org/teaching/parent/baumrind_styles.html , on February 2009.
- Belsky, Y. (1984). The determinants of parenting: a process model, *Child development*, 55, 83-96.
- Beutler, I., Burr, W., Bahr, K. (1989). The Family Realm: Theoretical Contribution for Understanding Its Uniqueness, *Journal of Marriage and Family*, Vol.51, 805-816.
- Bodroški, B. (2009). Postupci roditelja u vaspitanju dece i njihov međugeneracijski transfer, doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Beograd.
- Bornstein, M. (1998). Refocusing on Parenting <http://parenthood.library.wisc.edu/Bornstein/Bornstein.html>
- Bornstein, M. H. (2002): *Handbook of Parenting: Children and parenting*, Volume 1, <http://books.google.com/>
- Carter, B., McGoldric, M. (1989). *The Changing Family Life Cycle*, Alen and Bacon, New York.
- Darling, Nancy (1999). Parenting Styles and Its Correlates: www.ericdigests.org/1999-4/parenting.htm
- Davis, R. (2008). *Dobrobit djece: Od prevencije do zaštite*, Priručnik za prakse socijalnog rada fokusirane na porodicu/obitelj, Save the Children UK, Sarajevo.
- De Bot, R. (2007). You can take a child out of the family, but you cannot take the family out of the child. *Developing foster care for children and families in the European Union, CEE, CIS and North Africa - new challenges, quality standards and solutions*, Malta.
- Despotovic, T. (2002). Ko su pravi roditelji. U: Despotović, T., Jovanović-Dunjić, I., Vulević, G., Mitić, M., Karleuša, M. *Pomoć pomagačima*, priručnik za profesionalce. Beograd, Save the Children UK Belgrade.
- Hoghugh, M., Long, N. ed. (2004). *Parenthood*, Sage Publications.
- Jovanović-Dunjić, I. (2002). Mit o biološkom roditeljstvu. U: Despotović, T., Jovanović-Dunjić, I., Vulević, G., Mitić, M., Karleuša, M. *Pomoć pomagačima*, priručnik za profesionalce. Beograd, Save the Children UK Belgrade.
- Kapor-Stanulović N. (1984). *Psihologija roditeljstva*, Nolit, Beograd.
- Lindsey, C. (2000). Alternative caretakers. In: *Assessment of parenting - Psychiatric and psychological contributions*, III ed., Routledge, London/New York.
- Milojković, M., Srna, J., Mićović, R. (1997). *Porodična terapija*, Centar za porodicu, Beograd.
- Mitić, M. (1997). *Porodica i stres – između poraza i nade*, Institut za psihologiju i IP „Žarko Albulj“.
- Mitić, M. (1997). Neke osobenosti porodice deteta hendikepiranog cerebralnom paralizom. U: *Detinjstvo, rehabilitacija, integracija*, Zavod za cerebralnu paralizu i razvojnu neurologiju, Beograd.
- Mitić, M. i sar. (2006). *Hraniteljstvo kao izazov – hraniteljstvo dece sa posebnim potrebama*, Asocijacija za alternativno porodično staranje o deci FAMILIA.
- Mitić, M. (2002). Porodični smeštaj – hraniteljstvo kao oblik zaštite dece bez roditeljskog staranja. U: *Deca bez roditeljskog staranja*, Kuzmanović i sar, Beograd, Institut za psihologiju i Save the Children UK, Beogradska kancelarija.
- Reder, P., Lucey, C. (2000). *Assessment of parenting - psychiatric and psychological contributions*, third edition. Routledge, London/New York,
- Rot, N. (2006). Psihologija grupa. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Ružičić, G. (1999). Povezanost kvaliteta bračnih relacija roditelja i nastanak psihosomatskih smetnji kod dece, magistarski rad, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu.
- Seibt, T. H. (1996). Nontraditional Families. U: *Treating the Changing Family*, Harvey, M. (Ed.), John Wiley & Sons, USA.
- Walsh, F. (1993). *Normal family processes: growing diversity and complexity*, The Guilford Press, New York.

RODITELJSKE I ODGAJATELJSKE KOMPETENCIJE KONCEPTUALIZACIJA I PROCENA

Marija Mitić

Već smo prethodno ukazali na značaj roditeljskih, odnosno odgajateljskih kompetencija u okviru ukupnog korpusa determinanti razvoja deteta. U praksi socijalnog rada donose se mnogobrojne odluke na osnovu procene ovih kompetencija: o izmeštanju ili ponovnom vraćanju deteta u porodicu, o predlogu za starateljstvo nad detetom u procesu razvoda braka ili o smeštanju deteta u alternativnu/supstitucijsku porodicu. Ova procena je važna za praćenje prilagođavanja i odrastanja deteta u novoj porodici. Zbog svega ovoga, sastavni deo procenjivanja potreba za podrškom detetu sa smetnjama u razvoju čini i procena odgajateljskih kompetencija. Pošto smo usmereni na dobrobit deteta, u proceni polazimo prvenstveno od njegovih *potreba*. Vodimo računa o potrebama deteta *generalno*, dakle potrebama zajedničkim svoj deci i svih uzrasta, ali se fokus premešta na potrebe *konkretnog deteta* u skladu sa njegovim uzrastom i razvojnim periodom u kojem se nalazi, kao i vrstom smetnji u razvoju.



Slika 1. Dijagram dečijih potreba

Šta podrazumevamo pod roditeljskim kompetencijama, za koju konceptualizaciju roditeljskih kompetencija se opredeljujemo? Koristimo okvir za procenu deteta u stanju potrebe i njegovih roditelja (UK Department of Health, 2000), u ovom slučaju i hranitelja, pošto je to model koji se koristi u praksi socijalne zaštite. On obuhvata šest *dimenzija kapaciteta za roditeljstvo* za koje se smatra da su primenljive na svu decu bez obzira na njihov uzrast, posebne potrebe i razvojni status. To su:

- *Osnovna nega/briga*, koja uključuje obezbeđivanje hrane, pića, topline, skloništa, odgovarajuće odeće, lične higijene.
- *Bezbednost i zaštita od povrede i opasnosti*, koja uključuje zaštitu od ugrožavajućih odraslih ili dece, samopovređivanja, prepoznavanje rizika i opasnosti vezanih za dom i spoljašnju sredinu.
- *Emocionalna toplina*, koja uključuje odgovor na potrebu deteta za sigurnim, stabilnim i toplim odnosima, adekvatan fizički kontakt, komfor i toplinu.

- *Stimulacija*, koja uključuje odgovarajuće nivoe interakcije, komunikacije i pospešivanje igre.
- *Vođstvo i granice*, koja uključuje formiranje adekvatnog ponašanja i emocionalnu regulaciju, efikasno disciplinovanje i oblikovanje ponašanja.
- *Stabilnost*, koja uključuje kontinuitet brige i postojanost vezivanja, konsistentnost u emocionalnoj toplini i reagovanju.

Kako decu, pored bioloških, mogu da gaje i hraniteljske i usvojiteljske porodice, to je za ove dimenzije u literaturi uobičajen termin *odgajateljske kompetencije*, koji smo i koristili u modelu ROD.

Pored prethodno pomenutih kompetencija, postoje i *dodatne*, koje su neophodne kada dete odrasta u hraniteljskoj porodici. To su:

- Održavanje odnosa sa biološkom porodicom, što može da se uključi u dimenziju stabilnosti (vođenje računa o kontinuitetu u životu deteta i njegovog ličnog i porodičnog identiteta);
- Poznavanje uslova pod kojima može da se obezbedi dodatna podrška u gajenju deteta sa smetnjama u razvoju u lokalnoj zajednici, kao i aktivno traženje podrške.

Britanska asocijacija za usvojenje i hraniteljstvo (*British Association for Adoption and Fostering*, BAAF) navodi neophodne hraniteljske kompetencije:

- *Staranje o detetu* (caring for children): prihvatanje deteta onakvog kakvo je; staranje u skladu sa tim; saradnja sa porodicom deteta i drugim značajnim osobama; postavljanje odgovarajućih granica i upravljanje ponašanjem; znanje o normalnom razvoju deteta i odgovarajućoj sposobnosti slušanja i komunikaciji; sposobnost da se razume i promoviše razvoj deteta do odraslog;
- *Obezbeđivanje bezbedne i brižne sredine* (zaštita od diskriminacije, zlostavljanja);
- *Hranitelj radi kao deo tima*;
- Rad na *sopstvenom razvoju* (sposobnost povezivanja sa okolinom radi obezbeđivanja podrške, korišćenje mogućnosti edukacije u unapređenje veština (Chapman, 2010).

Procena odgajateljskih kompetencija ne bi bila potpuna, ako ne bismo uključili i

- procenu slaganja bračnih partnera i
- podatke o širini socijalne mreže hraniteljske porodice.

Postoji shvatanje (Jones, 2009) koje smo zdušno prihvatili, da se deo odgajateljskih kompetencija, a posebno onih koje se tiču *vođstva i granica* može dobro proceniti i preko roditeljskih, odnosno *vaspitnih stilova*.

Zašto je važna procena roditeljskog/vaspitnog stila?

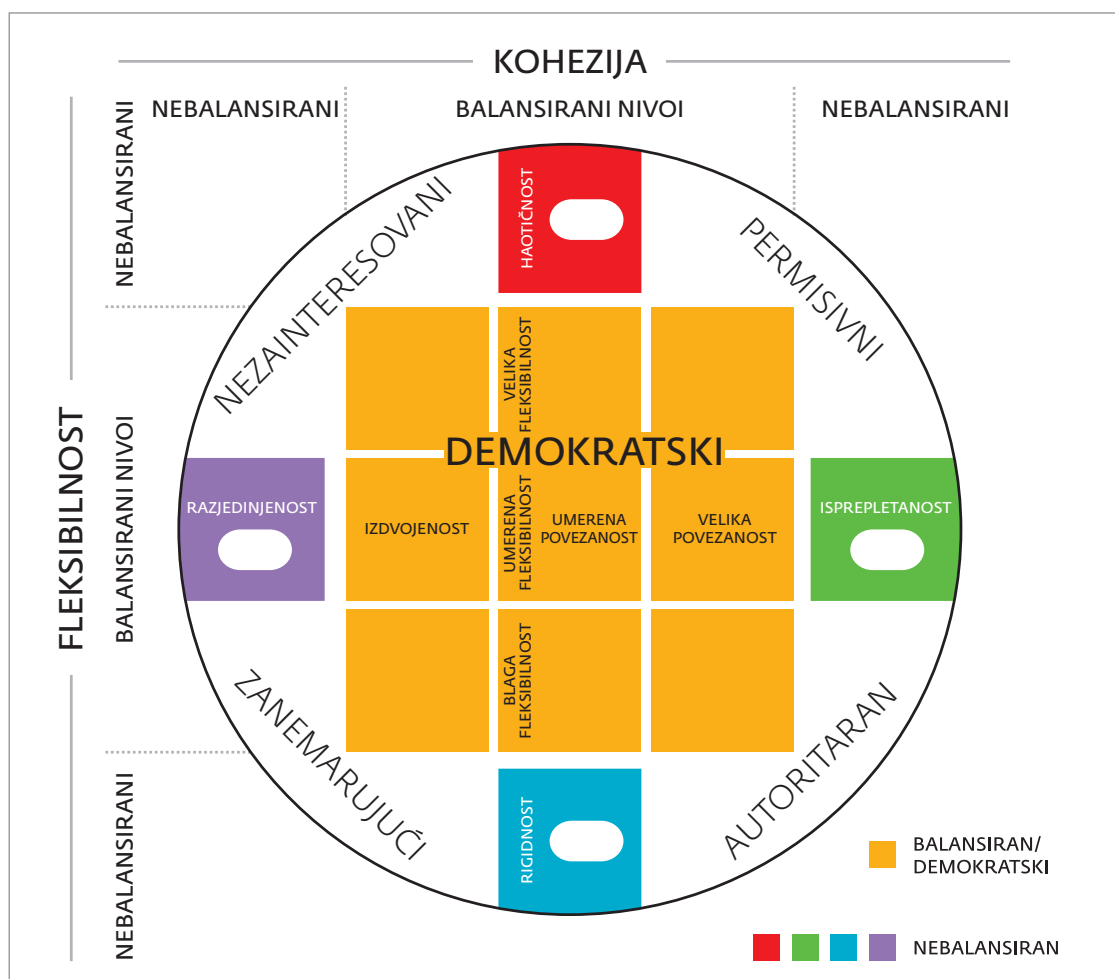
Roditeljski/vaspitni stil može značajno da se odrazi i obeleži budući razvoj i ponašanje deteta, sa dalekosežnim efektima i u odraslom dobu. Smatra se (Olson i sar., 2007) da *demokratski/autoritativni stil* doprinosi razvoju i formiranju energičnog, prijateljski naklonjenog, samopouzdanog i bodrog deteta usmerenog ka postignuću. *Autoritarni* vaspitni stil može da doprinese tome da imamo jedno neprijateljski raspoloženo, konfliktno, nesrećno i nestabilno dete. *Permisivni* vaspitni stil, ma koliko da zvuči paradoksalno „iznedruje“ impulsivno i buntovno dete sa niskim postignućem, a odbacujući – nezrelo dete sa psihološkim problemima. *Nezainteresovanost* roditelja i zanemarivanje dovode do toga da je dete usamljeno i povučeno, sa niskim postignućem.

Ova zapažanja i pretpostavke su delimično potvrđena i empirijskim istraživanjima koja sada, zbog ograničenog prostora, ne možemo da navodimo.

Vaspitni stil roditelja koji je odrasla osoba iskusila tokom svog detinjstva može postati moćan obrazac u gajenju *buduće generacije*. Generacijska povezanost između obrazaca porodičnog ponašanja najviše je ispitivana u oblasti roditeljstva, pri čemu je uočljiva tendencija roditelja da primenjuju vaspitne stilove i strategije kojima su i sami bili izloženi u detinjstvu. U jednom takvom istraživanju koje je sprovedeno u okviru Nacionalnog instituta za porodicu i roditeljstvo u Velikoj Britaniji, rezultati su pokazali da ispitanici vide roditeljstvo kao kompleks aktivnosti koji je pod uticajem mnogih faktora, a kao najvažniji ističu način na koji su ih oni vaspitavali. Intergeneracijski prenos obrazaca konstruktivnog roditeljstva ispitivan je u okviru longitudinalne studije koja je obuhvatala uzorak trinaestogodišnjaka koji su praćeni do srednjeg odraslog doba. Studija je pokazala

da se moglo predvideti njihovo ponašanje u ulozi roditelja u odnosu na kontrolu, komunikaciju i pozitivne afektivne veze (Chen i Kaplan, 2001). Empirijska istraživanja su pokazala da, koliko pozitivni obrasci roditeljstva mogu da se prenesu sa jedne generacije na drugu generaciju, to isto važi i za disfunkcionalne obrasce. Na primer, kod dece koja su bila izložena agresiji roditelja, može se predvideti da će se na isti način ophoditi prema sopstvenoj deci dvadeset godina kasnije.

Procenjena vrsta roditeljskog stila posredno nam može ukazati i na neke osobenosti ukupnog funkcionisanja porodice. Olson¹ je shvatio da je svaki od pet vaspitnih stilova koje je on koncipirao po uzoru na mnogobrojne prethodne autore, karakterističan za određeni tip porodice i da te vaspitne stilove može ucrtati u mapu Cirkumpleksnog modela (Olson i sar., 2007).



Slika 2. Cirkumpleksni model i pet vaspitnih stilova

Preuzeto iz: Olson, H., Gorall M. & Tiesel W. (2007): *FACES IV & the Circumplex Model: Validation Study*, St. Paul, MN: University of Minnesota.

Demokratski (autoritativni) stil vaspitanja zastupljen je u balansiranim tipovima porodica. To su porodice solidnog zajedništva (kohezivnosti) i fleksibilnosti, porodice koje svrstavamo u zdrave ili normalne. *Autoritarni* stil vaspitanja zastupljen je u porodicama gde postoji ekstremno visoko zajedništvo (isprepletenost), a porodice su nefleksibilne, rigidne. To znači da roditelji očekuju i zahtevaju poslušnost i lojalnost od svoje dece. Pravila koja vladaju u ovakvim porodicama su dosta kruta i njihovo nepoštovanje uglavnom sa sobom nosi posledice. *Permisivni* stil vaspitanja prisutan

1 David Olson i saradnici tvorcii su poznatog Cirkumpleksnog modela bračnih i porodičnih odnosa u kojem su ukrštajući dve osnovne dimenzije porodičnog funkcionisanja – kohezivnost i fleksibilnost, došli do šest glavnih tipova porodica: *uravnotežene, rigidne kohezivne, prosečne/srednjeg nivoa, fleksibilne neuravnotežene, haotične razjedinjene i neuravnotežene.*

je u porodicama koje karakteriše ekstremno visok nivo kohezivnosti (isprepletanost) i ekstremno visok nivo fleksibilnosti (haotičnost). Dakle, postoji zajedništvo, ali uloge i pravila su ili nejasni ili se stalno menjaju (nedostaje stabilnost). *Odbacujući (zanemarujući)* vaspitni stil karakterističan je za porodice u kojima nema dovoljno bliskosti, zajedništva i koje su krute po pitanju pravila i uloga. *Nezainteresovani* stil vaspitanja odlika je razjedinjenih (niska kohezija) i haotičnih (visoka fleksibilnost) porodica. Pravila u ovakvoj porodici se često menjaju, deca ne znaju koje pravilo važi i kada ga treba poštovati. Rezultati jednog našeg istraživanja, iako na malom uzorku, dokazalo je opravdanost Olsonovih pretpostavki za bar tri vaspitna stila: autoritativni, autoritarni i permisivni (Baltić, 2010).

Kao okvir za procenu roditeljstva može da posluži i odgovor na pitanje kakav je roditeljev/hraniteljev odnos prema ulozi roditelja (Reder i Lucey, 2000):

- Da li roditelj obezbeđuje osnovnu fizičku negu (hranjenje, toplota, zdravlje, bezbednost i čistoća)?
- Da li roditelj obezbeđuje dobro primerenu negu u emocionalnom pogledu?
- Da li roditelj ohrabruje razvoj dinamike vezivanja?
- Kakav stav ima roditelj prema zadacima roditeljstva (stavovi prema disciplinovanju, razvojnim očekivanjima od deteta)?
- Da li roditelj prihvata odgovornost za roditeljsko ponašanje?

Neka osnovna načela pri proceni odgajateljskih kompetencija

Procenjujući odgajateljske kompetencije treba da vodimo računa o sledećem:

1. Od presudnog značaja za zdravlje i razvoj deteta je sposobnost roditelja i odgajatelja da osiguraju da bude *adekvatno odgovoreno na njegove razvojne potrebe* i da se prilagođavaju potrebama deteta koje se s vremenom *menjaju*. Šanse dece da dostignu optimalne ishode će zavisi od sposobnosti roditelja da primereno odgovore na njihove potrebe u različitim fazama njihovog života.
2. Dovodeći roditeljsko ponašanje u direktnu vezu sa razvojnim izazovima sa kojima se suočava dete, jasno je da se i od *roditelja traži da se menjaju* tokom životnog ciklusa (Jones, 2009).
3. Savremeni pristupi napuštaju ideju da kapacitet za roditeljstvo treba da se smesti negde u unutrašnjost pojedinačne osobe, van vremena i prostora; roditeljstvo je multideterminisano (Jones, 2009), o čemu je već bilo govora.
4. Kapacitet osobe za roditeljstvo konkretnom detetu može *fluktuirati* u odnosu na mnoge faktore, te postoji manja ili veća verovatnoća da dete dostigne razvojne ishode.
5. Ono što opserviramo putem aktuelnog roditeljskog ponašanja u odnosu na dete ne mora da reprezentuje *ukupan kapacitet* za roditeljstvo tom detetu. Naglasak je na tome da se omogući roditelju da razvije svoje kapacitete i pretoči ih u specifične i praktične roditeljske strategije, veštine i ponašanje.
6. Da bi roditeljstvo bilo efikasno neophodno je da postoji funkcionalna usklađenost između *roditeljskog funkcionisanja* i *potreba deteta* na dva distinktivna nivoa: (a) veza između detetovih razvojnih potreba i odgajateljskih veština i (b) veza između roditeljeve kompetencije da brine o sopstvenim potrebama i detetovim potrebama. Obe ove oblasti se dovode u vezu sa fizičkim, kognitivnim i socijalno/emocionalnim razvojem i tako pravi odgovarajuća matrica (Budd, 2001, prema Hackett, 2003).

Da rezimiramo: savremeno shvatanje roditeljstva polazi od toga da potrebe deteta treba staviti u središte i roditeljstvo razmatrati prvenstveno sa te tačke uzimajući u obzir i da postoje različiti aspekti ili dimenzije roditeljstva, počevši od fizičke nege do osetljivosti i responzivnosti, ali sve usmereno na potrebe deteta. Obuhvatna i fer procena roditeljstva zahteva multipla sagledavanja koja su kulturološki senzitivna i kontekstualno relevantna. Zato u proceni treba da se rukovodimo time šta je deci potrebno i koje su posledice ukoliko na te potrebe nije odgovoreno na primeren način ili nisu zadovoljene.

Osnovna pitanja i teškoće u proceni odgajateljskih kompetencija

Procena odgajateljskih kompetencija predstavlja izazovan i odgovoran zadatak s obzirom na odluke koje se na njoj zasnivaju, a posebno planiranje vrsta podrške ili davanje predloga mera koje treba preduzeti.

- Procena preko roditeljskih/vaspitnih stilova je nešto što se preporučuje jer predstavlja opšti način postupanja odraslog u gajenju deteta. Opisane kategorije stilova roditeljstva mogu dati dobar okvir praktičarima koji procenjuju roditeljske kapacitete, ali postoje i ograničenja (Jones, 2009).
 - *Ne mogu se svi roditelji svrstati u jednu kategoriju, niti se može očekivati da njihova reakcija uvek i pod svim okolnostima indikuje određeni roditeljski stil i otpisati njihov potencijal za razvijanje alternativnog pristupa, mada nalazi istraživanja zaista sugerišu da reakcije roditelja na svoju decu uglavnom spadaju u jednu od četiri, već pominjane i opisane kategorije (Aunola i sar. 2000, Thompson, 2000, prema Jones, 2009).*
 - Vaspitni stil promoviše indirektan uvid o uticaju roditeljstva na ishode po dete, ali postoje dokazi i o *uticaju deteta*.
 - *Ne postoji linearan odnos između roditeljstva i ishoda kod deteta/mlade osobe; u obzir se uzima i kontekst, okruženje i okolnosti u sredini. Jedna studija pokazuje da postoji verovatnoća da autoritarni roditelji koji koriste fizičko kažnjavanje neće imati decu sa problemima u ponašanju, kao što ni autoritativni roditelji koji koriste ubeđivanje neće sa više verovatnoće imati decu bez problema u ponašanju (Thompson, prema Jones, 2009).*

Ovo je možda i zbog toga što postupke disciplinovanja iz kruga autoritarnog roditeljstva, koji mogu da imaju potencijalno negativan uticaj, mogu kompenzovati doslednost i emocionalna odgovornost koju pruža roditelj.

- Postoji teškoća u odlučivanju o *relativnoj težini* koja treba da se pripíše svakoj *pojedinačnoj dimenziji roditeljstva*; da li je neki aspekt važniji od drugog? U slučaju odsustva bazične brige pitanje značaja je suvišno, ali kod manjih deficita nismo u stanju da uvek izrazimo značaj različitih dimenzija. Kao vodič može da posluži obraćanje pažnje na međusobni odnos različitih dimenzija roditeljstva.
- *Indikatori*. Nevolja sa dimenzijama roditeljstva je u tome što one nisu pretočene u validne i empirijski testirane bihevioralne indikatore, što se ističe kao glavni problem (Budd i Holdsworth, prema Hackett, 2003). Činjenica je da su neka ponašanja i aktivnosti roditelja manje dokučiva od drugih. Tako je, na primer, teže izmeriti emocionalnu sposobnost odgajatelja od fizičkog stanja doma. Naravno, ovaj problem se pojavljuje kada nastojimo da dosledno koristimo pristup u skladu sa pozitivistički kvantitativnom tradicijom. To ne znači da zagovaramo nekontrolisani subjektivni pristup u proceni. Postoje načini da se, koliko god je to moguće, pronađu i definišu indikatori određenih dimenzija (operacionalno koliko god je to moguće), a da se kombinujući kvantitativan i kvalitativan postupak (za koji je preduslov dobra edukacija) ipak procene, za praksu relevantne, dimenzije roditeljstva. Napori u pravljenju modela procene ROD su upravo bili usmereni u tom pravcu.
- *Tehnike i instrumenti*. Odgajateljske kompetencije ili dimenzije mogu da se procenjuju na različite načine, putem različitih postupaka, procedura i instrumenata. Možemo da koristimo tehnike samoizveštavanja različite strukturisanosti, opservacione skale, ček-liste itd. (intervju, upitnik itd.) za prikupljanje podataka. Svakako, podaci koje smo prikupili samo jednom tehnikom ili instrumentom nisu dovoljni za procenu različitih dimenzija roditeljstva koje se praktikuje u konkretnom slučaju, a sa druge strane proceniti i mogući upliv faktora kao što su bračno slaganje, porodična atmosfera, socijalna mreža i mnogi drugi.
- *Kako raznorodne podatke integrisati u jednu celinu*. S obzirom na prethodno rečeno, postavlja se pitanje integracije različite vrste podataka u celinu koja će nam pružiti jasniju sliku šta u konkretnom slučaju treba činiti. U obavljanju ovog zadatka proces suđenja i zaključivanja stručnjaka igra glavnu ulogu. Dobra selekcija relevantnih podataka (na osnovu neophodnih znanja),

definisani koraci u čitavom procesu, edukacija i uvežbavanje, provera veština stizanja do zaključka, nužni su preduslovi za postizanje željene i moguće objektivnosti koja neće izbrisati osobnosti konkretnih ispitanika.

Mnoge od navedenih teškoća smo nastojali da rešimo u okviru modela ROD tako što smo: (a) jasno, i koliko god je to moguće, operacionalno definisali indikatore za sve relevantne dimenzije i determinante roditeljskog ponašanja (zadovoljavanje potreba deteta i roditeljski stil, procena bračnog funkcionisanja i procena socijalne mreže podrške); (b) dizajnirali različite tehnike i instrumente (strukturisani intervju, upitnik, eko mapa, list za opservaciju); (c) napravili uputstva za procenu pojedinih dimenzija roditeljskih/odgajateljskih kompetencija i vaspitnog stila i (d) napisali uputstvo kako i posredno, preko različite vrste podataka, može da se procenjuje odgajateljska kompetencija.

Literatura:

- Baltić, M. (2010). Povezanost svojstava porodičnog sistema sa vaspitnim stilom roditelja, diplomski rad, Filozofski fakultet, Beograd (mentor Marija Mitić).
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior, *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Baumrind, D. (1966). Prototypical Descriptions of 3 Parenting Styles: www.devpsy.org/teaching/parent/baumrind_styles.html, on February 2009.
- Chapman, R. (2010). *Undertaking a fostering assessment - a guide to collecting & analysing information for form F (fostering) England*, British Association for Adoption and Fostering.
- Chen, Z.Y., Kaplan, H.B. (2001). Intergenerational transmission of constructive parenting, *Journal of Marriage and Family*. Vol. 63, NO.1; 17-31.
- Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office 2003: *A framework for the assessment of children in need and their families* – pack. London UK. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/.../DH_4008144
- Hackett, S. (2003). A Framework for Assessing Parenting Capacity. U: Martin C. & Hackett, S. (Eds.). *Assessment in child care using and developing frameworks for practice*, Russell House Publishing.
- Jones, D. (2009). Assessment of Parenting. In: Horwath Jan (Ed.). *The Child's World: The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need*, II edition. Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia.
- Olson, H., Gorall M., Tiesel W. (2007). *FACES IV & the Circumplex Model: Validation Study*, St. Paul, MN: University of Minnesota.
- Reder, P., Lucey, C. (2000). *Assesment of parenting - Psychiatric and psychological contributions*, III edition. Routledge, London/New York.

RODITELJSTVO DECE SA OMETENOŠĆU IZAZOVI I TEŠKOĆE U NJEGOVOJ REALIZACIJI

Sulejman Hrnjica

Uvodne napomene

Vaspitanje dece, a naročito dece sa teškoćama u razvoju, predstavlja izazov za svaku, kako biološku, tako i hraniteljsku porodicu. I kada je porodica funkcionalna, a dečji razvoj normalan, u zavisnosti od stepena razvijenosti sposobnosti, uzrasta i pola deteta, a i brojnih osobenosti, kako pojedinih članova porodice, tako i ukupne dinamike porodičnih odnosa, porodica je suočena sa brojnim iskušenjima. Rađanje deteta sa teškoćama u razvoju postavlja nove zahteve porodici sa kojima se ranije nisu suočavali. Isto to važi i za hraniteljsku porodicu. Prihvatanje deteta sa teškoćama u razvoju predstavlja novo iskustvo. Da li će to iskustvo biti traumatsko zavisi od brojnih faktora. Vrsta i težina razvojne teškoće deteta, emocionalne karakteristike deteta (smirenost, razdražljivost), pol i uzrast deteta, motivacija porodice da savladava teškoće presudni su za krajnji ishod. Pri tome treba imati na umu da je hraniteljska porodica u psihološki boljoj situaciji od biološke porodice. Trauma rođenja, izneverena očekivanja, strah od budućnosti karakteristični za biološku porodicu, ne postoje kod hraniteljske porodice.

Podizanje deteta sa teškoćama u razvoju

Rozmari Šekspir (Šekspir R., 1979) je, na osnovu intervju sa roditeljima koji su dobili dete sa teškoćama u razvoju, utvrdila da su najčešće emocionalne reakcije na rođenje deteta: depresija, potreba za izolacijom, šok, frustracija, osećanje krivice, a često i snažan strah zbog pomisli „bolje da se nije ni rodilo“. Ovo stanje je posebno karakteristično za majku, ali pogađa i oca, samo su ispoljavanja raspoloženja manje vidljiva. *Izbegavanje da drži dete u rukama, izbegavanje da mu se obraća glasom i niz sličnih postupaka kojima majka izražava svoje nezadovoljstvo odlikuju atmosferu u porodici nakon rođenja deteta.* Retki su roditelji koji su u stanju da smireno prihvate ovaj događaj. Jasno je da stvorena atmosfera nije pogodna za razvoj deteta, dete intuitivno oseća da nešto nije u redu i, najčešće, plače. Hranitelji nemaju ovakve probleme, ukoliko su dobro pripremljeni za prihvatanje deteta sa teškoćama u razvoju. Od posebne je važnosti da svi članovi porodice budu obavešteni i da daju saglasnost za dolazak deteta u porodicu.

Rozmari Šekspir je sistematizovala i teškoće sa kojima se suočavaju roditelji. Već prvih dana po dolasku deteta iz porodilišta treba doneti odluku kakvu medicinsku intervenciju preduzeti i kome je poveriti. Roditelji deteta sa oštećenim vidom suočeni su sa jednom vrstom teškoća, deteta sa oštećenim sluhom sa drugom, deteta sa invaliditetom sa trećom i sl. I hranitelji imaju iste probleme, samo što je prateći emocionalni tonus bitno snižen.

Vaspitni problemi

Koji će se vaspitni problemi javiti zavisi, pre svega, od vrste razvojne teškoće, njene težine, pola, uzrasta, dodatnih osobenosti deteta i spremnosti porodice da ih ublaži. Treba imati na umu da postoje razlike i među neometenom decom u pogledu temperamenta i da postoji dokazana veza između urođenih karakteristika temperamenta deteta i podobnosti za njegovo vaspitanje. Masen (Mussen, J., P., 1974) je sa saradnicima ispitivao grupu od 141 deteta u ranom periodu života. Na osnovu karakteristika temperamenta deca su razvrstana u tri grupe:

- (1) *Grupu lakih za vaspitanje*, koju je činilo oko 40% dece iz uzorka. Karakterisalo ih je dobro raspoloženje, uredne higijenske navike i veoma izražena radoznalost. Roditelju su ovu decu ocenili kao „lako vaspitljivu“.

- (2) *Grupu teških za vaspitanje*, koju je činilo oko 10% dece iz uzorka. Deca iz ove grupe su često plakala, nisu imala uredne higijenske navike, neuredno su jela i spavala, burno su reagovala na svaki pokušaj nametanja volje vršnjaka ili odraslih, a neka su reagovala povlačenjem iz nepoznatih situacija. Ovu decu su roditelji ocenili kao „teško vaspitljivu“.
- (3) *Grupu „nezainteresovane dece“*, koju je činilo oko 50% dece iz uzorka, karakterisala je opšta pasivnost, povlačenje iz nepoznatih situacija, negativizam i slabe reakcije na bilo koji podsticaj. Ovim primerom želimo da istaknemo da i dete bez razvojnih teškoća može biti teško za vaspitanje. Ipak, kod dece sa teškoćama veća je učestalost javljanja vaspitnih teškoća, njihovi simptomi su složeniji i često veoma dugo traju, nekada tokom celog života.

Regresivni oblici ponašanja, kao što su zacenjivanje, valjanje po podu i vika javljaju se kod svih kategorija dece sa teškoćama u razvoju u značajnom procentu (između 85% i 90%), s tim što ovi izlivi neprilagođenog ponašanja traju kratko, pod uslovom da roditelj/hranitelj smireno priđe detetu. Iznerviran roditelj/staratelj samo produžava ove reakcije (Hrnjica i sar., 1991). Iznenađuje podatak da su ovi poremećaji ponašanja češći kod slabovide i slepe dece, nego kod mentalno zaostale dece. U ovom istraživanju roditelji su navodili postojanje konvulzivnih reakcija u većem procentu nego što je bilo utvrđeno postojanje oboljenja koje prati konvulzivni napad (npr. epilepsija). Verovatno su roditelji/hranitelji svako zacenjivanje tumačili kao konvulzivni napad, što nije ispravno.

Ne samo što deca imaju problema koji nastaju kao posledica teškoće u razvoju, već i porodica biva destabilizovana. Iako roditelji ove dece nerado govore o problemu koji je nastao rađanjem deteta sa teškoćama u razvoju i naši i podaci iz drugih zemalja ukazuju da je procenat razvoda brakova u ovoj populaciji veći od opšteg proseka. U našem istraživanju priznanje da je došlo do poremećaja u odnosima među supružnicima saopštilo je 20% roditelja mentalno zaostale dece i 19% roditelja dece sa teškim oštećenjem sluha. Taj procenat je bio znatno niži kod porodica sa detetom oštećenog vida (9%). Realno je pretpostaviti da je navedeni procenat znatno viši. Prestankom radnog odnosa majke (da bi čuvala dete koje nema kome da ostavi) pogoršava se finansijska situacija porodice; otac sve više izostaje iz kuće, socijalne veze porodice bivaju značajno osiromašene... Hraniteljske porodice su u povoljnijoj situaciji pošto nema brojnih izvora napetosti (osećanja krivice, gubljenje socijalnih veza, pogoršanja materijalnog položaja i sl.) pod uslovom da su svi članovi porodice dobro pripremljeni za dolazak deteta sa teškoćama u razvoju i da su saglasni sa dolaskom novog člana porodice.

Radoznanost deteta u ranom uzrastu je jedan od bitnih znakova uspešnog intelektualnog razvoja. Smanjena radoznanost je veoma karakteristična za decu sa teškoćama u intelektualnom razvoju, ali se javlja i kod dece sa senzornim oštećenjima (vida, sluha) i sa telesnim oštećenjima. Ova karakteristika dece veoma otežava podsticanje razvoja očuvanih potencijala deteta. Dete sa teškoćama u intelektualnom razvoju teško shvata pravila igara, vršnjaci ga nerado primaju u društvo jer „kvari igru“. Roditelji ovaj problem rešavaju tako što preuzimaju ulogu vršnjačkih partnera, nekada trajno, a nekada da bi pripremili dete za igru sa vršnjacima. Telesno invalidno dete, zbog ograničene sposobnosti kretanja, ne može da sudeluje u brojnim igrama koje zahtevaju pokret. Postoje brojni pokušaji da se izmene pravila igre (osobe sa telesnim invaliditetom mogu da igraju košarku, a oni najuspešniji mogu čak da nastupaju na takmičenjima za invalide). Nažalost, ovakvi podsticaji razvoja su dostupni samo retkim osobama.

Uključivanje deteta sa teškoćama u razvoju u obrazovni sistem predstavlja još uvek teško rešiv problem. Ključni vaspitni problem, vezan za obrazovanje deteta sa teškoćama u razvoju, jeste *motivacija za obrazovanje*. Roditelji svih kategorija dece sa teškoćama u razvoju su usmereni na očekivanje da će medicinska pomoć detetu rešiti ili bar ublažiti njegov (i njihov problem) i svu energiju usmeravaju na nalaženje medicinske pomoći. Nije redak slučaj da porodica rasprodaje imovinu da bi otišla sa detetom „na kraj sveta“ jer su čuli da je tamo neko rešio problem koji oni imaju. Time se gubi dragoceno vreme, dete zaostaje u obrazovanju, čime se njegov razvoj bitno otežava. Ionako labavi odnosi sa vršnjacima bivaju još labaviji. U posebno teškoj situaciji su obdarena deca sa težim telesnim nedostatkom ili senzornom teškoćom. Već oko dvanaeste godine kod njih se snažno razvija osećanje samosvesti u kome dominira svest o posledicama razvojne teškoće u odraslom dobu.

Teorijski posmatrano, najveću praktičnu pomoć u rešavanju ovog problema mogla bi da ima Olportova sugestija o teleološkom integritetu (Olport G., 1969). I za dete i za roditelje izvor gubitka motivacije potiče iz njihovog uverenja *da napor koji vredi uložiti u obrazovanje deteta u njihovoj situaciji nema smisla*. Nažalost, društvena zbilja im daje za pravo. Osobe sa teškim oštećenjima, čak i sa najvišim nivoom obrazovanja, teško nalaze posao. I kada ga nađu, to je posao koji je znatno ispod njihovih obrazovnih mogućnosti, što dodatno pojačava osećanje besmisla dosadašnjeg napora, a predstavlja primer za druge ometene u razvoju „da se ne vredi truditi“. Povećanje broja dostupnih zanimanja za osobe sa teškoćama u razvoju, razvijanje doživljaja smisla uloženog napora još u ranom periodu obrazovanja predstavlja jedno od mogućih rešenja ovog problema.

Strah od budućnosti, kako deteta tako i roditelja predstavlja kako mentalno higijenski, tako i vaspitni problem. Otežava motivaciju za svaku aktivnost, kako za razvoj deteta, tako i za funkcionisanje porodice. Roditelji najčešće postavljaju pitanje: „Šta će biti sa detetom kada mi umremo?“ Ovo pitanje se opsesivno ponavlja i predstavlja snažan izvor mentalne napetosti. Strahovi, raspad svrhovite motivacije, izneverena očekivanja i slični problemi su snažno povezani sa vaspitnim teškoćama deteta. Odsustvo spontanosti u porodici i na ranom uzrastu, a i tokom kasnijeg razvoja otežava razvoj deteta u granicama mogućeg, pa time problemi mentalnog zdravlja i vaspitni problemi deteta postaju nerazmrsiv čvor. Ako se ništa ne preduzme, postaju sve složeniji i teže rešivi.

Kako pomoći porodici koja ima dete sa teškoćama u razvoju

Mnogi roditelji, u nas i u svetu, pisali su sa ogorčenjem o tome kako se prema njima odnosilo medicinsko osoblje u vreme kada se rodilo njihovo dete sa nekom razvojnom teškoćom (Warnock H.M., 1978). Nekada roditeljima ne kažu ništa ili ih uveravaju da je to prolazna teškoća i da će sve uskoro biti u redu. Mišljenje o teškoćama koje dete ima i o mogućim posledicama na njegov razvoj najčešće se saopštava na grub način, bez poštovanja privatnosti, pred drugim osobama u prostoriji u kojoj se vodi razgovor ili čak i na hodniku. Brojna pitanja koja u toj situaciji majka želi da uputi, jednostavno nema kome da postavi. Ni pred otpuštanje iz porodilišta najčešće ne dobivaju savet šta dalje da rade i kome da se obrate za pomoć. Ni hraniteljske porodice, koje se odluče da brinu o detetu sa teškoćama u razvoju, nisu mnogo bolje zaštićene. Tokom jednog seminara za hranitelje koji su prihvatili dete sa teškoćama u razvoju naveden je slučaj kada je hraniteljka saopštila da joj uopšte nije rečeno da dete ima razvojnu teškoću (Mitić i sar., 2007).

Na zahtev roditelja i na inicijativu brojnih humanitarnih organizacija u svetu, izrađeni su brojni priručnici koji su namenjeni kako roditeljima, tako i medicinskim i prosvetnim radnicima, u kojima je detaljno opisano kako da reaguju kada se rodi dete sa teškoćama u razvoju ili se roditelji/staratelji obrate za pomoć. Jedna od sugestija je da saradnici raznih službi koje su uključene u pomaganje detetu i porodici izrade pismeno uputstvo i da ga daju svakom roditelju koji im se obrati za pomoć. Uputstva se primenjuju tako što se vodi individualni razgovor sa roditeljima/starateljima, kako bi, na osnovu razvojnog statusa deteta i egzistencijalne situacije u kojoj se nalazi porodica, roditelji i savetodavci procenili kako ove preporuke praktično primeniti u interesu deteta i porodice u celini. Osoba koja traži pomoć biva zamoljena da preporuke pažljivo pročita. Nakon toga se vodi savetodavni razgovor o tome koje preporuke bi mogle biti od koristi za konkretnu porodicu i kako ih primeniti. Date su sledeće preporuke (UNICEF, 1990):

4. Kada god je to moguće, osoba koja daje obaveštenje roditeljima treba da bude lekar koji ima iskustvo u radu sa bebama koje su se rodile sa nekom razvojnom teškoćom i koji je dobro obavešten o mogućnostima pružanja pomoći u konkretnoj sredini (o raspoloživim institucijama u bližem okruženju kojima se roditelji mogu obratiti, ne samo u ranom razvojnom periodu, već i kasnije, u svakoj fazi razvojnog perioda).
5. Roditelji moraju biti informisani što je moguće ranije, pre nego što majka i dete napuste porodilište. Majkama kod kojih se javle burne afektivne reakcije ili se ispolje snažne depresivne reakcije, neophodno je pružiti psihijatrijsku/psihološku pomoć dok se ne smire.
6. I otac i majka treba da budu prisutni kada lekar govori o detetu. Ne preporučuje se da lekar dà obaveštenje ocu deteta, a onda njemu prepusti kako će obavestiti suprugu.

7. Prvo saopštenje roditeljima treba da bude privatno, bez prisustva drugih lica. Predloženo je da na nekom od narednih sastanaka, posle izlaska majke i deteta iz porodilišta, sastanku prisustvuje neko od roditelja koji ima dete sa sličnim teškoćama u razvoju i koji je, u granicama mogućeg, ublažio svoj problem.
 8. Govoriti roditeljima u prisustvu bebe. Prema novorođenčetu se ponašati na isti način kao i prema bilo kojoj novorođenoj bebi, iskazujući simpatiju prema detetu govorom i ponašanjem.
 9. Omogućiti roditeljima da više puta, neposredno posle izlaska deteta iz porodilišta, kontaktiraju sa lekarom koji nastavlja brigu o detetu (sa pedijatrom, a po mogućstvu i sa dečjim psihijatrom). Ako lekar nije u mogućnosti da odmah dâ odgovor na postavljena pitanja, treba da uputi roditelje na druge stručnjake i institucije koje bi im mogle biti od pomoći.
 10. Uz ovo opšte uputstvo korisno je da roditelji dobiju i pisano uputstvo koje se odnosi na njihovo dete, sa obaveštenjima o prirodi i težini razvojne teškoće koju ima dete, o načinu njihovog rešavanja (ublažavanja), kao i o mogućim oblicima podrške (socijalne i medicinske).
 11. Obavestiti roditelje o humanitarnim organizacijama, o oblicima pomoći koje one mogu da pruže i o asocijacijama roditelja u regionu i njihovoj funkciji i oblicima pomoći porodici i detetu.
- Deo navedenih mera mogao bi biti koristan i za hraniteljske porodice. Hranitelj bi bio u prilici da tačno zna sa kakvim problemima bi mogao biti suočen ako se odluči za prihvatanje deteta sa teškoćama u razvoju. Time bi se bitno smanjila mogućnost odustajanja od hraniteljstva.

Literatura:

- Dejvis, H.(1995). *Savetovanje roditelja hronično obolele dece i dece ometene u razvoju*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Đorđević, B.(1985). *Savremena porodica i njena vaspitna uloga*. Beograd: Prosveta.
- Hrnjica, S. i sar.(1991). *Ometeno dete*. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Hrnjica, S.(1997). *Dete sa razvojnim teškoćama u osnovnoj školi*. Beograd: Učiteljski fakultet.
- Mitić, M. i sar. (2007). *Hraniteljstvo kao izazov*. Beograd: Familia.
- Mussen, P.H. (1974). *Child Development and Personality*. New York: Harper.
- Olport, G. (1969). *Sklop i razvoj ličnosti*. Beograd: Kultura.
- Šekspir, R. (1979). *Psihologija ometnih u razvoju*. Beograd: Nolit.
- UNICEF (1990). *Svetska deklaracija o opstanku, zaštiti i razvoju dece*. Pariz.
- Warnock, H.M.(1978). *Special Education Needs*. London: Her Majesty's Stationery Office.

PROCENA POTREBA, TEŠKOĆA, SNAGA I PODRŠKE

OKVIR ZA PROCENU POTREBA DECE SA SMETNJAMA U RAZVOJU

Marija Mitić

O proceni

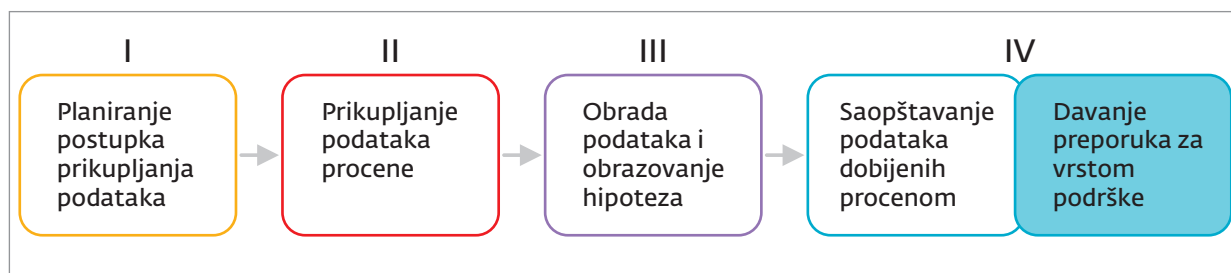
Naš svakodnevni život, planiranje i donošenje odluka zasniva se na nizu procena koje vršimo, a kojih možemo i ne moramo da budemo u potpunosti svesni. Da li вреди da se upustimo u neki posao ili aktivnost, šta nam to donosi, a koji su rizici... Često se nađemo u situaciji da vagamo, odmeravamo različite mogućnosti i procenjujemo duže ili kraće za koju se varijantu odlučujemo, a tek po donošenju odluke smo spremni da stupimo u akciju. U ovo, laičko i svakodnevno procenjivanje, iako je ono spontano i neformalno, takođe su, kao i u profesionalno, uključeni neki univerzalni psihološki procesi koje obično obuhvatamo opštim pojmom suđenje.

Najopštije određenje procene bi bilo da je to postupak kojim se utvrđuje ili određuje vrednost, kvalitet ili količina nečega, a nešto uže, a opet dovoljno široko jeste da je to *proces prikupljanja informacija koje će procenjivač ili neko drugi iskoristiti kao osnovu ili polazište u donošenju određenih odluka ili dolaženju do željenog cilja* (Popović, 2007, str. 123).

Postupci procene, rezultati i donošenje odluka na osnovu njih bez obzira na njihovu raznovrsnost i brojne specifičnosti nezaobilazni su u gotovo svim naučnim disciplinama, te u praksi mnogih profesija i to na različite načine i sa različitim svrhom. Najčešće se radi o formalnim i sistematičnim načinima procene koji uključuju određene procedure, postupke i sredstva, te okvir za tumačenje dobijenih podataka što bi trebalo da vodi ka zaključku – odluci neophodnoj za preduzimanje kakve akcije.

Dakle, iz ovog proizilazi da je suštinska svrha procene pospešivanje donošenja odluke. Ma koliko kratko trajala, sa uključenim dodatnim instrumentima ili samo putem intervjua i opservacije, procena u delatnosti pomagačkih profesija, dakle i oblasti socijalnog rada, sledi iste procesne faze kao i u drugim disciplinama. Radi što boljeg razumevanja, na ovom mestu povlačimo analogiju sa procesom procene u kliničkoj psihologiji, s obzirom na istovetnost cilja, odnosno svrhe i krajnjoj usmerenosti ka unapređivanju dobrobiti procenjivanih. Sa druge strane, za ove dve vrste procene karakteristično je i to što, pored istog procesa, pretpostavljaju i sličnu vrstu komunikacije između procenjivača i procenjivanog. Pored toga, u našoj zemlji i regionu, psiholozi u socijalnoj zaštiti su se u oblasti procene minulih decenija oslanjali upravo na teoriju i metode kliničke psihologije. Kasnije ćemo videti koje su bile prednosti, a koja ograničenja ovakvog transfera kliničke psihologije u oblast socijalnog rada.

Faze u procesu procene bi generalno izgledale kao što su prikazane na sledećem dijagramu, sa razumljivim dodatkom koji je važan za procenu u oblasti socijalnog rada (osenčeno polje).



Slika 1. Shematski prikaz kliničkog procenjivanja ili obrade. Preuzeto iz: Nietzel i saradnici (2002), *Uvod u kliničku psihologiju* str.105.

O specifičnostima i osobenostima, te postupcima u svakoj od sličnih faza u prezentiranom modelu procene ROD biće govora u poslednjem segmentu ove knjige koji se odnosi upravo na ukupan proces i faze procene do donošenja odluka.

Procena u oblasti socijalnog rada – određenje i osnovna pitanja

Za svrhu ovog teksta odabrali smo neke osnovne definicije procene u oblasti socijalnog rada.

„Procenu shvatamo kao putovanje za koje socijalni radnici treba da izaberu naprikladniju mapu ukoliko žele da na odredište stignu brzo i efikasno. Ne verujemo da se procena može lako odvojiti od intervencije – promena se događa u svim fazama procesa rada u socijalnom radu – ali zaista smatramo da je opasno čitati mapu dok vozimo. Zato preporučujemo socijalnim radnicima da se upoznaju sa obimom mapa pre planiranja putovanja kroz procenu. Ako se izgube na putu ili ih korisnik servisa ne sačeka na odredištu, neophodno je da mapu ponovo konsultuju“ (Milner i O’Byrne, 2002:4).

„Procena je proces koji se odvija, u kojem klijent participira a svrha je da razume ljude u relaciji sa svojom okolinom; to je baza za planiranje onoga što je neophodno da se uradi da bi se održalo, unapredilo ili promenilo nešto u osobi, sredini ili oboma“ (Coulshed i Orme, 1998:21, prema Holland, 2004).

Većina definicija se odnosi na jednu ili više od pet faza okvira za procenu koji su predložili Milner i O’Byrne (2002):

1. **Priprema.** Odlučivanje o tome šta će se gledati, koji su podaci relevantni, koja je svrha i koje su granice zadatka.
2. **Prikupljanje podataka.** Ljudi se susreću i uključuju, nailazi se na različite raskorake/neslaganja/nedoumice a osnaživanje i mogući izbor postižu se ukoliko prilazimo zadatku sa uvažavanjem neizvesnosti i istražujući način mišljenja.
3. **Odmeravanje podataka.** Aktiviraju se znanja iz savremene socijalne i psihološke teorije i nalazi istraživanja kako bi se odgovorilo na pitanja: „Da li je ovo problem?“ „Koliko je ovo ozbiljno?“
4. **Analiziranje podataka.** Koristi se jedna ili više analitičkih mapa kako bi se interpretirali podaci i postiglo njihovo razumevanje radi razvijanja ideja za intervenciju.
5. **Korišćenje analize.** Ovo je faza kada se suđenje finalizira.

Vidimo da su faze veoma slične onima u prethodno prikazanom dijagramu koji se odnosi na faze procene u kliničkoj psihologiji.

Jedno od pitanja koje se postavlja u vezi sa procenom jeste i da li su ideologija i politika ugrađeni u proces procene? Po jednim, proces razjašnjavanja ciljeva svakako skreće pažnju na inherentnu „političku“ prirodu procene (Emerson, 2001). Po drugima, određene norme ili uzori, oslonci za procenu implicitno sadrže ideološke pretpostavke kroz poželjne ili nepoželjne osobine za jedno društvo. U slučaju procene, na primer roditeljstva, može postojati čitav dijapazon normativnih pretpostavki poduprtih istraživanjem o tome kako izgledaju „normalna“, „zdrava“, „srećna“ deca i odrasli. Ovo može odrediti način na koji stručnjaci iz zdravstva i socijalne zaštite vide svoje klijente. Postoje brojne kritike koje se odnose na generalizacije proistekle iz studija roditeljstva. Smatra se da one pomažu reprodukciju dominantne ideologije o idealnim porodicama i materinstvu (majke kao najuticajniji faktor u brizi i podizanju deteta).

Još je Foucault, posebno naglasio da znanje ima funkciju oruđa moći te procena psihopatologije ili funkcionisanja, često potpomognuta i podstaknuta sredstvima kao što su genogram ili ekomapa, prema Iverson (Holland, 2004) kreiraju kulturološke uslove za procenu određenih ljudi kao normalnih a drugih kao disfunkcionalnih ili bolesnih. Rekonceptualizacija procene u tom svetlu uvodi novu svesnost o praksi pomoću uklanjanja dugotrajnih pretpostavki o svojoj dobronamernosti. U prilog ovom shvatanju idu i brojni primeri iz novih obrazaca za produbljenu procenu (Core Assessment) koje navodi Garret (prema Holland, 2004).

Pristupi i modeli procene u oblasti socijalnog rada

U poglavlju knjige *Procena deteta i porodice u praksi socijalnog rada* (Holland, 2004) u kojem se razmatraju pitanja procene u oblasti zaštite deteta prezentiraju se različiti pristupi u proceni koji su u osnovi povezani sa modelima donošenja odluka u nekoliko disciplina. To su: *model racionalnog*

donošenja odluke (sličan je *cost-benefits modelu*) koji originalno potiče iz ekonomije, *organizaciono procesni model* i *model vladine politike*. Primena *modela racionalnog donošenja odluke* u praksi socijalnog rada pokazuje slabosti jer se postavlja pitanje da li se stručnjaci uvek ponašaju racionalno. Pored toga, u proceni ljudskih odnosa nije uvek moguće znati da li smo prikupili sve dostupne informacije, niti je situacija koja se procenjuje po prirodi statična.

Organizaciono procesni model naglašava varijetet faktora koji su u igri kada se donose odluke u kontekstu organizacija. To uključuje ulogu i rutinu organizacijskih procedura, kontrolu informacija, lično izbegavanje rizika od strane učesnika i različito definisanje problema. *Model vladine politike* se odnosi na donošenje odluka u vladi i birokratiji naglašavajući ulogu pregovaranja od strane učesnika.

Osobene pristupe proceni u praksi socijalnog rada koji se i hronološki smenjuju možemo pratiti na primeru prakse socijalnog rada u Engleskoj u odnosu na koju se, uprkos brojnim različitostima, često ugledamo i koristimo ih.

Važno je naglasiti da na prikazane pristupe ne treba da se gleda kao na odvojene kategorije. U praksi ih nalazimo ili spontano izmešane ili sa svrhom kombinovane. Iz navedene savremene literature moguće je izdvojiti neka tri osnovna pristupa proceni: procena kao *dijagnoza*, *široka socijalna procena* i *birokratski* usmerena procena (Holland, 2004).

Procena kao dijagnoza

Ovaj pristup je bio vrlo uticajan sve do sedamdesetih godina prošlog veka posebno zahvaljujući i uticaju psihodinamske paradigme. I u praksi našeg socijalnog rada, od strane psihologa, posebno u prvim decenijama njegovog razvoja, prevladavao je ovaj pristup u proceni. Zaštita dece jeste viđena kroz celu porodicu, ali je poseban fokus bio na majci. Na zlostavljanje dece se, na primer, gledalo kao na sindrom ili poremećaj.

Ovaj pretežno individualni, dijagnostički pristup je dugo bio uticajan sve do pojave naglaska na upravljanje rizikom/zaštitom od rizika, odnosno traganjem za empirijskim faktorima vezanim za fenomen kao što je, na primer, zlostavljanje dece. Otkrivanje i identifikacija faktora rizika sa ciljem predikcije i procene postaje privlačan cilj i za tvorce politike i za stručnjake-praktičare jer nudi element kontrole i racionalnosti u tako kompleksnoj i nepredvidivoj oblasti često sa ozbiljnim, pa nekad i fatalnim posledicama. Lista statistički utvrđenih faktora rizika nije se pokazala od koristi u predikciji zlostavljanja dece u konkretnim, pojedinačnim slučajevima/povredama dece od strane roditelja koji inače nisu viđeni kao zlostavljači. Manjkavost mnogih instrumenata leži u činjenici da ne mere snage, a nivo individualne procene zahteva dodatno i procenu aspekata kao što su nivoi socijalne podrške (Gambit i Skolnsky prema Holland, 2004).

Obuhvatna socijalna procena

Osamdesetih godina su u UK činjeni naponi kako bi se obuhvatnom socijalnom procenom identifikovali znakovi rizika na zlostavljanje dece. Takva procena je trebalo da uključi ispitivanje mnogih momenata iz dečijeg života, a ne samo one koji bi mogli biti povezani sa aktuelnim ili potencijalnim incidentima zlostavljanja.

Međutim, bez obzira na ovakvo usmerenje, konstatovano je da je parcijalna, izdvojena procena vršena u svakoj novoj situaciji bez pravljenja opšteg pregleda koji obuhvata porodičnu istoriju (Reeder i sar. 1993). Uočeno je da ne postoji okvir koji bi pomogao socijalnim radnicima u procenjivanju različitih oblasti porodične situacije.

Postavilo se pitanje na osnovu čega socijalni radnici donose odluke. Nalazi jednog istraživanja u Engleskoj sugerisali su da ideologija i vrednosti imaju prednost nad znanjem. Takođe je kritikovana uska usmerenost procene na problem, umesto na širu situaciju u kojoj dete živi. Uprkos novim zahtevima za obuhvatnom procenom u slučaju zlostavljanja dece, kasnih osamdesetih ona je još uvek uska. Kako bi se zadovoljila potreba za širom socijalnom procenom, sačinjen je Okvir za procenu (Department of Health, 2009).

Birokratski trendovi u proceni

Od obuhvatne socijalne procene dece i porodica razvoj kasnije ide u pravcu birokratizacije. Ona je otpočela sa povećavanjem jasno definisanih procedura, odnosno sve detaljnijih uputstava u pokušaju da se upravlja praksom koja je viđena kao suviše idiosinkratična. Tako „...planovi procene i ček-liste strukturišu susret između stručnjaka i korisnika. Oni navode stručnjaka da ispita aspekte iskustva osobe koji se smatraju relevantnim za njihovu profesiju, zakonodavstvo ili kreatore politike“ (Taylor i White, 2000, str.114). Dobra strana je u tome što je tema birokratizacije takođe povezana sa tendencijom udaljavanja od medicinskog modela zlostavljanja ka menadžerskom i legalističkom pristupu. On, za razliku od prethodnog naglasaka na tretmanu zlostavljanja, stavlja naglasak na zaštitu deteta od zlostavljanja.

Šta se koristi u svakodnevnoj praksi?

Pominjali smo opšte pristupe, a šta se dešava u praksi socijalnog rada uobičajeno? To su uobičajeno modeli, bolje rečeno metodski principi, koji se koriste na „prvoj liniji“ prakse (Smale i sar., prema Holland 1993):

- *Propitivanje* (Questioning Model): profesionalac ekspert postavlja pitanja onima koji treba da budu procenjeni, sakupi i analizira informacije i donosi zaključke.
- *Proceduralni model* (the Procedural Model): socijalni radnik prati jasan obrazac u prikupljanju informacija i procenjuje da li su dostignute standardne vrednosti.
- *Model razmene* (the Exchange Model) – naglasak je na osobi koja se procenjuje kao ekspertu za svoju situaciju i potrebi da joj se pomogne u planiranju kako da dostigne svoje ciljeve.

Svaki od ovih modela može biti koristan u specifičnoj situaciji: propitivanje za zaštitu deteta, proceduralni model u susretu sa skromnim potencijalima ispitanika, a razmena u slučaju procene potreba.

Snažno zagovaranje modela razmene ne odriče primerenost i drugih modela pod odgovarajućim okolnostima (Holland, 2004).

Okvir za procenu

Kako je ovaj okvir za procenu kao koncept prenesen i za potrebe naše prakse socijalnog rada, a na njemu se temelje i osnovne postavke Modela ROD važno je napomenuti da je nastao u Engleskoj i da ga je donelo Ministarstvo zdravlja u okviru kojeg je smeštena i oblast socijalne zaštite. Originalni naziv je Assessment Framework. On se sastoji od samog okvira i obimnih pridruženih publikacija: priručnika, obrazaca (i uputstava za popunjavanje obrazaca), paketa upitnika i skala, paketa literature i paketa za trening. Svi zajedno čine obuhvatan priručnik za praktičare.

Ovaj okvir za procenu je rezimiran u formi trougla (neverovatno često zastupljen u literaturi koja se bavi procenom, posebnom procenom u oblasti zaštite dece) u kojem su predložene tri glavne oblasti koje utiču na svakodnevno iskustvo deteta. To su: *potrebe deteta, kapaciteti za roditeljstvo glavnih odgajatelja i faktori porodične sredine*.

Procena se, po ovom modelu, odvija u dve faze: inicijalna procena (u roku sedam dana) i produbljena procena (u roku 35 dana). Ovaj model procene se primarno zasniva na produbljenom intervjuisanju članova porodice primenjujući sva tri prethodno pomenuta modela u zavisnosti od veštine i pristupa stručnjaka ili prirode onoga kome se rezultat upućuje (referral).

U najnovijoj verziji modela veći je naglasak na uključivanju očeva i dece u procenu, vrše se konsultacije sa drugim stručnjacima i koriste šire metode procene, kao što su opservacije i skale, otvorenije je uključivanje gledišta članova porodice u izveštaju, a uticaju faktora ometenosti, rase ili etniciteta se pridaje poseban značaj za procenu porodičnog funkcionisanja.

Pored genograma i ekomape postoje i raznovrsni upitnici i instrumenti koje je promovisala vlada UK kao instrumente procene.



Slika 2. Preuzeto iz Sally Holland (2004.) Child and Family Assessment. In: Social Work Practice, Sage Publications, London.

Uprkos značajnim unapređenjima, ovaj okvir za procenu otvara i niz opštih i specifičnih pitanja. Jedno od njih odnosi se na značaj koji se pridaje korišćenju upitnika i skala za vreme procene. Garret (2003) smatra da ono predstavlja saradnju između pozitivističkih društvenih nauka i „psy“ profesija i otvara krujnije pitanje odnosa kvantitativnih naspram kvalitativnih informacija osiromašujući kvalitativnu analizu.

Odnos kvalitativnog naspram kvantitativnog pristupa u proceni nije problem samo u oblasti socijalnog rada. U praksi, iako mnogi traže objektivnost (npr. sud), stručnjaci znaju da individualni odnos, suđenje i refleksija igraju centralnu ulogu u proceni.

Ova dva pristupa ili diskursa označavaju se *kao naučna opservacija i refleksivna (misaona) evaluacija* (Holland, 2004).

Ipak, ne postoji tolika razlika između stručnjaka socijalne zaštite u metodama procene. U suštini, dubinska procena značajno uključuje upotrebu kvalitativnih metoda u procesu procene i donošenja odluka. Ta procena uključuje intervjuisanje, metode opservacije, a sve odluke izgleda da se donose uglavnom na osnovu kvalitativne analize prikupljenog materijala. Finalna odluka nije kalkulacija ili merenje već se do nje stiže na osnovu suđenja stručnjaka.

Socijalni radnici koji obavljaju kvalitativnu procenu deteta i porodice često se suočavaju sa odgovornošću da daju preporuke koje mogu imati značajne posledice po dete i njegovu porodicu. Kako bi se pomoglo praktičarima u tom zadatku tvorci politike imaju tendenciju da ih snabdeju pojačano strukturisanim modelima procene koji ograničavaju njihovu sposobnost za razmišljanjem i traganjem za objašnjenjem kompleksnih porodičnih situacija.

Postoji zapažanje da stručni radnici u centrima za socijalni rad i drugim socijalnim službama kod nas retko koriste merne instrumente i kvantitativne metode procene u svakodnevnoj praksi bilo da nisu dovoljno upoznati sa njihovim mogućim doprinosima proceni, bilo da se ukazuje na njihova ograničenja, što sve može biti rezultat nedovoljne fleksibilnosti samih stručnjaka (Žegarac, Džamona-Ignjatović, 2010).

Pristalice kvalitativnog pristupa smatraju da je ljudsko iskustvo subjektivno, kontekstualno i kulturno uslovljeno te otuda, radi upoznavanja jedinstvenog sveta korisnika, neophodna je individualizovana, idiografska i procesno orijentisana procena (ibid).

Zagovornici kvantitativnog pristupa naglašavaju da objektivna stvarnost može biti spoznata van individualne interpretacije u čemu značajnu ulogu imaju kvantitativne metode procene (Mahoney i Lyddon, 1988 prema Žegarac, Džamonja-Ignjatović, 2010). Iverse, Gergen i Fairbanks (2008) ukazuju na to da procedure procene u socijalnom radu izranjaju iz istorijskog konteksta modernog empirizma. One su zarobljene u pretpostavkama objektivnosti, preciznosti merenja, vrednosnoj neutralnosti i naučnoj ekspertizi. Unutar konteksta postmodernog konstruktivizma, temelji ove tradicionalne procene se dovode u pitanje. Ali, između tradicionalne procene i pisanja konstruktivista mogle bi se pronaći konvergentne linije razmišljanja. Uvođenje metoda procene kao što su genogram i ekomapa autori vide kao obećavajuće potencijale za praksu procenjivanja u socijalnom radu.

Situacija kod nas, nekad i sad

Procenom su se u oblasti socijalnog rada oduvek bavili svi uključeni stručnjaci. Često je njen ukupan rezultat, odnosno završnica – zaključak i preporuke, predstavljala timski produkt, donet na osnovu pojedinačnih doprinosa i pravljenja konsenzusa svih članova tima. Ovo je bio jedan od načina da se, s obzirom na važnost odluka koje su se donosile, rasporedi odgovornost pred sudom ili korisnicima. Od prvih početaka koncipiranja i uspostavljanje prakse socijalnog rada, posebno u oblasti procene, kad je rezultate trebalo jasno argumentovati, uloga psihologa je bila značajna. To je omogućavalo njihovo posedovanje teorije i metodologije. Slično kao i u nekim drugim oblastima (psihijatrija, na primer) psiholozi su zahvaljujući teorijskim okvirima koje su posedovali, a još više instrumentima procene različite namene, i u socijalnom radu obezbedili uvažavanje. Ne treba zaboraviti da su u dugom vremenskom periodu psiholozi u socijalnom radu gradili identitet na osnovama kliničke psihologije, prevashodno psihodijagnostike.

Doprinos psihologa ogleda se u *zasnivanju prakse, izradi metodologije i konceptualizaciji teorije socijalnog rada* (Stakić, 1990). *Dijagnostika i tretman* (vidimo da se i terminologija koristi iz klasične kliničke orijentacije) bili su osnovni zadaci psihologa u socijalnom radu.

Dijagnostika odnosno procena je dugo predstavljala najprestižniju aktivnost i zaštitni znak profesije, ali rađena u oblasti socijalnog rada trpela je od nekoliko krupnih nedostataka koje pominje Stakić (1990). To su: *orijentacija na negativno* (usmerenost na nedostatke, devijacije, poremećaje i patologiju), *tehnologizacija procesa* – psiholog u posredničkoj ulozi (opslužuje sud) i *prividna određenost zadatka ispitivanja* (podobnost roditelja, usvojlaca, zrelost maloletnika za stupanje u brak i sl.) kada se pristupa slobodnoj kliničkoj proceni, a tek kasnije izdvajaju relevantni kriterijumi i indikatori. Nov pristup, prema mišljenju Stakića, ne bi zahtevao samo napuštanje glomazne baterije testova (danas se testovi gotovo i ne koriste) i traganje za jednostavnim i funkcionalnim metodama koje objedinjuju dijagnostiku i tretman, već bi podrazumevao procenu koja bi bila usmerena prevashodno na *potrebe korisnika i izbor usluga*, a zatim na *praćenje njihove efikasnosti*.

Kretanja u oblasti socijalnog rada u svetu su se poslednjih godina značajno pomerila od polazišta da je osoba koja se obraća ustanovama socijalne zaštite, osoba koja se obraća za pomoć, koja u osnovi nije „funkcionalna“ i kojoj stručnjaci pomažu tako što nude najbolja stručna rešenja za njene probleme. Pomenuto polazište prenosilo je medicinski model odnosa, koji je i sama klinička psihologija odlazeći iz medicine nastojala da zaboravi.

Najkraće, pojavili su se neki novi koncepti u oblasti socijalnog rada u svetu koji nužno diktiraju, mada sa primerenim zakašnjenjem, dešavanja i kod nas (Mitić, 2007). Možda su dva najznačajnija koncepta za početak cele priče o novom početku „filozofije“ socijalne zaštite: *osnaživanje* (empowerment) i *partnerstvo* (Bentley, 2002).

Osnaživanje je koncept širokog značenja koji se u socijalnom radu koristi poslednje dve decenije, a praksa osnaživanja se opisuje kao pomaganje klijentu da: bude samosvestan, samostalan, aktivno učestvuje u promenama sopstvenog života, razvije osećanje „vladanja“ svojom sredinom, razvije svest o situaciji i moći i utiče na one koji donose odluke. Snage čine jedinstvene aspiracije, pozitivne karakteristike, nadarenosti, kapaciteti i doprinosi pojedinca. Praksa bi trebalo da se usmeri na izgradnju snaga pomažući klijentu da ostvari svoje ciljeve.

Drugi važan koncept je *partnerstvo*. Partnerski model je nov način konceptualizacije odnosa između klijenta i stručnjaka u socijalnom radu, konsistentan sa prethodnim stanovištima.

Pored ovoga, snažan *pokret deinstitucionalizacije*, sa prvim iskustvima koja su ukazala na potrebu prethodnog razvijanja alternativa, kao i sve češće korišćenje termina *transformacija institucija* (ukazujući na potrebu vođenja procesa a ne grubih rezova) dozvoljava opstanak jednog broja kvalitetnih i visokospecijalizovanih institucija neophodnih sistemu socijalne zaštite i njenim korisnicima. Iskustva drugih zemalja ukazuju na to da reforma postojećih ustanova za decu treba da ide u pravcu smanjenja kapaciteta ustanova i njihovog broja, njihovog pogodnijeg lociranja i otvaranja prema lokalnoj zajednici. Zahtev za *decentralizacijom* i već preduzete mere idu u pravcu preuzimanja sve značajnije uloge lokalne zajednice u brizi o potrebama ugroženog dela stanovništva (u skladu sa postojećim resursima i neophodnom pomoći Republike u pojedinim slučajevima).

Društvene promene kod nas na ulasku u 21. vek zahtevale su reformisanje svih značajnih društvenih sistema (obrazovanje, zdravstvo, socijalna zaštita) radi efikasnijeg načina zadovoljavanja potreba građana. Krajem 2005. godine, vlada Republike Srbije usvojila je *Strategiju razvoja socijalne zaštite*. Osnovni principi na kojima se reforma zasnivala su važeći i danas: *najbolji interes korisnika* (usluge usaglašene sa potrebama korisnika uz poštovanje ljudskih prava i dostojanstva, *dostupnosti usluga* korisnicima (u sredini u kojoj žive), *najmanje restriktivno okruženje* (usluge koju su za korisnika najmanje restriktivne pružati prioritarno u prirodnom okruženju), *participacija, odgovornost i samostalnost korisnika* (pružati podršku korisniku u cilju aktiviranja potencijala za samostalno zadovoljavanje potreba, produktivan život u zajednici i predupređivanje zavisnosti od socijalnih službi) i kontinuitet zaštite i *moгуćnost izbora usluga i davalaca usluga*.

Sva ova kretanja su direktno ili indirektno, pred ukupnu praksu socijalnog rada, pa i zadatke procene, stavila ozbiljne nove zahteve, koji predstavljaju značajne izazove za stručnjake. Nova organizacija u centrima za socijalni rad a posebno uvođenjem voditelja slučaja, kako za potrebe njihove edukacije, a i u skladu sa generalnim promenama nametnula je potrebu definisanja mesta i uloge procene u socijalnom radu kod nas. Model procene potreba, prema preporučenom okviru u našoj praksi socijalnog rada (Žegarac i sar., 2007) ima pred sobom postizanje opštih ciljeva, od kojih izdvajamo: pravljenje osnove za *planiranje usluga i mera, prikupljanje standardizovanih informacija* za opis i poređenje i stvaranje baze za *procenu ishoda* u radu sa korisnikom. Konkretni ciljevi bi bili: procena stanja (dominantnih oblasti problema i situacije) i potreba korisnika i porodice; procena bezbednosti i rizika u porodici i okolini; procena postojećih resursa, snaga i prepreka za rešenje problema i odluka o daljoj akciji. Okvir za procenu su, po uzoru na pomenuti britanski model: razvojne potrebe deteta, kapacitet roditelja, porodica i faktori okoline.

Procena potreba dece sa smetnjama u razvoju i njihovih porodica

Naš zadatak u koncipiranju modela procene i pripadajućih instrumenata bio je definisan predodređenim ciljevima projekta (iznetim u Uvodu), tj. potrebom da se na pregledan, racionalan i sadržajan način, putem dovoljno standardnih procedura izvrši procena potreba dece sa smetnjama u razvoju, kao i njihovih odgajatelja odnosno porodica u cilju pružanja adekvatne psihosocijalne podrške. Vođeni iskustvima u svetu i odmeravajući mogućnosti kod nas našli smo se pred brojnim izazovima. Činjenica da ovakva vrsta procene kao standardni postupak u praksi socijalnog rada kod nas ne postoji na izvestan način je olakšavala, ali i otežavala posao. Mogli bismo da kažemo da je lakše kad ničega nema pa je sve što se uradi dobro došlo, ali nemogućnost poređenja naših prvih ideja sa bilo čim sličnim kod nas izazivalo je ne malu anksioznost.

Probni balon ili prvi test imali smo u prezentaciji prikupljenih prvih ideja o temeljnim pitanjima procene i pozitivan prijem kod eksperata iz zemalja sa razvijenom praksom¹. Krenuli smo od sopstvenog znanja i iskustva u procenjivanju (pretežno u oblasti kliničke psihologije) što nam je pomoglo u selekciji literature. Kao putokaz i kredo poslužilo nam je mišljenje da procena nije neutralna aktivnost, da procena treba da obavezuje i vodi (pa obavezuje i autore modela i instrumenata).

1 Izlaganje *Temeljna pitanja procene dece sa invaliditetom*, Okrugli sto „Ka specijalizovanom hraniteljstvu u Srbiji“, 2009. god.

Izbor pristupa potrebama dece sa smetnjama u razvoju nije bio posebno težak. Tri pristupa: medicinski model, poznat kao „model deficita“ sa naglaskom na ometenost, model potreba sa naglaskom na interakciju između ometenosti i sredine i socijalni model dominirali su scenom procene dece sa smetnjama u razvoju.

Naše opredeljenje za *socijalno inkluzivni model* zasnovano je na nizu njegovih prednosti generalno, kao i svrhu procene koju smo koncipirali. Za razliku od medicinskog modela koji se odnosi na tradicionalni model donošenja odluka o *klijentu* na osnovu dijagnoze, u okviru socijalno-inkluzivnog modela proces donošenja odluka je partnerski – u timu čiji je klijent, tj. roditelj/odgajatelj ravnopravan član, a donošenje odluka je zasnovano na potrebama individue u kontekstu kapaciteta porodice u celini. U okviru socijalnog modela radi se na uključivanju svih aktera u obezbeđivanju podrške participaciji individue u lokalnoj zajednici, građenju prilika za razvoj i učenje u ekološkom kontekstu. Dok je procenjivanje u okviru medicinskog modela orijentisano na posledice (primarne i sekundarne) oštećenja, procenjivanje u socijalnom modelu je u funkciji donošenja odluke u najboljem interesu deteta, a bazira se na dinamičkom procenjivanju ovladanih i veština u nastajanju.

Pored ovog modela, biopsihosocijalni model (kao „krovni“ model) koji je ponikao iz systemske paradigme doprineo je našem shvatanju osnovnih zahteva procene funkcionisanja porodice ali posebno roditeljstva, uz svest o postojećim interakcijama članova sistema kao što je porodica, istovremeno uvažavajući i detetovo funkcionisanje kao rezultat delovanja bioloških faktora (organske osnove pojedinih smetnji), psiholoških (razvoj i dostizanje emotivne, kognitivne i socijalne zrelosti, pitanje identiteta), kao i upliv socijalnih činilaca u svaki aspekt detetovog života (siromaštvo, razne vrste socijalnih stresora, vršnjaci, škola, problem sekundarnih posledica ometenosti itd.).

Procena dece sa smetnjama u razvoju kod nas – viđenje značajnih aktera

To da je procena dece sa smetnjama u razvoju nezadovoljavajuća bilo nam je poznato, a i ceo poduhvat našeg projekta je potekao iz te procene o proceni. Sistem socijalne zaštite, u nedostatku sopstvenih metoda procene, zavisio je od procene koja je stizala iz drugog, zdravstvenog sistema i za svrhe psihosocijalne i socijalne podrške bila potpuno neupotrebljiva.

Šta se dešava u stvarnom životu, svakodnevici, na koje teškoće se nailazi, šta se opaža kao važno i šta se preporučuje, saznali smo vodeći i analizirajući zapise sa fokus-grupa glavnih, neposrednih aktera u brizi o deci sa smetnjama u razvoju: *roditelja, hranitelja i stručnjaka* (iz centara za socijalni rad i nevladinih organizacija koje pružaju usluge psihosocijalne podrške).

Teškoće i nezadovoljstva

Roditelji su nam ukazali da: nisu upućeni niti u prava, niti u procedure za procenu; ona traje kratko, a odvija se u, za dete, lošem ambijentu, bez obezbeđene prijateljske atmosfere; tu proceduru i deca i roditelji doživljavaju frustrirajuće i stresno; prepisuje se medicinska dijagnoza i ograničenja koja nosi – niko sa roditeljima ne razgovara šta treba da preduzmu, kako da podstiču razvoj deteta, odnosno procena je rutinska, bez spone sa procenom snalaženja u stvarnom životu.

Hranitelji nisu dobili dovoljno informacija o stanju i potrebama deteta, pa ni o načinu postupanja čak i u slučaju ozbiljnog zdravstvenog stanja deteta. Procene se daju negativnim jezikom – sadrže samo podatke o ograničenim kapacitetima deteta, a ne i dobrim stranama. Takođe se ne daju objašnjenja o značenju procene za donošenje odluka koje će biti u interesu deteta. Dodatno, utvrdili smo da hranitelji u velikom broju slučajeva nisu „osvešćeni“ za potrebe dece sa smetnjama na smeštaju, niti prepoznaju prepreke za njihovo zadovoljavanje u lokalnoj zajednici.

Bez obzira kojoj grupi pripadali, stručnjaci su ispoljili značajnu kritičnost i ukazali na osnovne nedostatke u funkcionisanju različitih sistema u kojima se vrši procena potreba dece sa smetnjama u razvoju i njihovih porodica: dominacija medicinskog modela, posebno u državnim institucijama (koja ne obezbeđuje relevantne podatke za pružanje podrške bilo detetu bilo porodici), nedovoljna intersektorska povezanost i nedostatak neophodnih dodatnih znanja iz oblasti – sve to utiče na osećanje sopstvene profesionalne (ne)kompetencije (uz skromne i često i nedostupne resurse podrške).

Sve ovo je projektni tim učvrstilo u nameri da koncipira model procene koji će biti u službi socijalno validne i funkcionalno zasnovane procene. Kao polazna osnova poslužile su nam i svojevrzne preporuke i rezimea rasprava o prirodi buduće procene u okviru fokus-grupa.

Preporuke *roditelja* u odnosu na *svrhu procene* odnosile su se na to da ona treba da bude osnova za individualno planiranje, reviziju, monitoring i praćenje. Konkretno, trebalo bi da prepozna probleme, prepozna mesta rasta i preporuči korake u rešenju – da utvrdi potrebe i segmente koje treba razvijati, da bude osnova za plan i prepoznavanje neophodne podrške. Fokus treba da bude na proceni kapaciteta, potencijala deteta, da sadrži preporuke i plan podrške za njihovo razvijanje.

Hranitelji smatraju da procena treba da bude realizovana blagovremeno, da je sveobuhvatna, orijentisana na dobre strane deteta i da cilj budu preporuke hraniteljima kako da postupaju prema detetu. Zajedno sa procenom treba da idu i informacije o uslugama/službama koje su na raspolaganju detetu i porodici u cilju obezbeđivanja podrške.

Stručnjaci smatraju da *cilj* procene treba da bude postizanje maksimalne samostalnosti deteta, maksimalne integracije u društvo, kao i visokog kvaliteta života. Procena predstavlja početak, a ne kraj rada sa detetom. *Predmet* procene treba da budu potrebe koje se oslanjaju na prava na obrazovanje, rad, rehabilitaciju i zdravstvene usluge. Procena treba da bude: obuhvatna sa akcentom na potencijale deteta; pravovremena i kontinuirana; fleksibilna, odnosno nestigmatizujuća i saopštena na human način. Ona treba da sadrži vrste podrške koje su potrebne detetu; da vodi računa o resursima u zajednici; da bude razumljiva različitim vrstama korisnika.

Opredeljenja na kojima se zasniva model procene ROD

Pošli smo od toga da procena *nije neutralna aktivnost i aktivnost koja je samoj sebi svrha*. Svaka procena bi trebalo da sadrži mogućnosti preduzimanja značajnih koraka za dete i značajne osobe u njegovom životu. Zato neki smatraju da procena nije politički neutralna, a upravo proces razjašnjavanja njenih ciljeva, koji se sastoji u odgovaranju na dva važna pitanja: Ko će i šta učiniti sa informacijama prikupljenim u procesu procene? Koje informacije su zaista neophodne? Svesnost o *posledicama* je suštinska i jednako je etičko koliko i profesionalno pitanje (Emerson, 2001).

Procena treba da proizilazi iz određenog konceptualnog okvira pošto on obezbeđuje: pojamnu određenost – predmet procene, methodske principe u procenjivanju, selekciju instrumenata/procedura, operacionalizaciju predmeta procene –indikatora za procenjivanje i smisao i usmereno tumačenje dobijenih podataka. Razumljiva je potreba praktičara prvenstveno za rezultatima procene i njihovim implikacijama na praksu, ali proces procene koji se sastoji jedino od ekstenzivne liste preporučenih pitanja nije od pomoći bez konceptualnog okvira koji omogućava tumačenje odnosno daje smisao odgovorima.

U modelu ROD pošlo se od *biopsihosocijalnog pristupa*, uključujući socijalni model koji se suprotstavlja medicinskom, ali uvažavajući međusobnu interakciju sva tri relevantna faktora kada procenjujemo potrebe deteta sa smetnjama u razvoju i njegove porodice: biološki (osnova primarnih smetnji odnosno ometenosti deteta); psihološki: svi aspekti njegovog emocionalnog i kognitivnog razvoja, kao i ponašanja, uz cenjenje sekundarnih posledica ometenosti; socijalni aspekt: razvoj socijalnih interakcija i ponašanja, komunikacija, uključivanje u socijalnu sredinu, a naročito značaj porodičnog konteksta).

Procena treba da je primerena i da *unapređuje praksu socijalnog rada* kod nas. Procena potreba i potreba za podrškom treba da ima svoje mesto i da bude funkcionalna za donošenje odluka odnosno pravljenje *individualnih planova usluga podrške* i da pomogne stručnjacima u odmeravanju najprimerenije, najefikasnije podrške. Neophodna je interakcija između procenjenih potreba, individualnih planova i postojećih i novih usluga. Obim supstitutivne brige za decu sa smetnjama u razvoju mora biti responzivan za promenljive potrebe i nuditi savremene, fleksibilne usluge, ali i usluge koje roditelji, deca i odgajatelji žele, mogu da koriste, razumeju i participiraju u njima. (Argent, H., 1997).

Na pitanje *kojeg obima i dubine* treba da bude procena odgovorili smo praveći model koji je negde *između produbljene* (core) i *inicijalne* (screening) procene, uvažavajući potrebe i kapacitete centara za socijalni rad.

Okvir za procenu Modela ROD obuhvata: razvojne potrebe deteta, kapacitet roditelja/odgajatelja, porodice i relevantne faktore okoline, osnovne relevantne domene potreba deteta (zdravlje, psihomotorni i kognitivni razvoj/obrazovanje, emocionalni, socijalni razvoj, navike/ponašanje, briga o sebi, lični i porodični identitet), procena i teškoća i snaga i neophodne vrste podrške detetu i porodici.

Osnovni metodski principi obuhvatali su:

- Opredeljenje da koristimo raznovrsne tehnike u prikupljanju podataka: strukturisani intervju, ček-liste, skale procene, dijagrame (grafičke tehnike), opservaciju;
- Izvore podataka – ispitanici su: dete, odgajatelji, članovi porodice, a koriste se i podaci iz relevantne dokumentacije i postojećih zapisa;
- Jasno definisanje indikatora na kojima se bazira procena;
- Vođenje kroz proces realizacije procene i jasno definisanje koraka u rezimiranju, tumačenju i integraciji podataka do konačnog zaključka.

Prve povratne informacije o proceni po modelu ROD

Rezultati pilot-primene na 117-oro dece (i porodica) i povratne informacije ispitanika (odgajatelja) i ispitivača (stručnjaka socijalne zaštite) su pokazali korisnost i prikladnost pristupa jer „otvara nove uglove gledanja“ na potrebe i moguću podršku, daje novu perspektivu. Po rečima stručnjaka, *prednost dizajniranog paketa instrumenata ogleda se u činjenici da je pravljen za potrebe socijalnog rada kod nas, olakšava uvid u stanje i potrebe, te pruža celovitu sliku neophodnu za donošenje odluka.*

Literatura:

- Argent, H. (2009). The Placement of Children with Disabilities, Practice Note 34, BAAF, England.
- Bentley, K.J. ed. (2002). *Social Work in Practice in Mental Health - Contemporary Roles, Tasks and Technique*. Brooks/Cole, USA.
- Department of Health, Department for Education and Employment, Home Office 2003: A Framework for the assessment of children in need and their families – pack. London, UK. www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/.../DH_4008144
- Emerson, E. C. et al. (2001). *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities*, John Wiley and Sons, Inc.
- Holland, S. (2004). Child and Family Assessment. In: *Social Work Practice*. London: Sage Publications.
- Iversen, R., Gergen, K. & Fairbanks, R. (2008). Assessment and Social Construction: Conflict or Co-Creation? *British Journal of Social Work*. Vol. 35 Issue 5, pp. 689-708
- Milner, J., O'Byrne, P. (2002). *Assessment In Social Work*, Palgrave Macmillan, NY.
- Mitić, M. (2007). Klinička psihologija u socijalnoj zaštiti u: *Klinička psihologija*, Berger, J. i Mitić, M. (ured.), Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.
- Nietzel, M.T., Bernstein D.A, Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju*, Zagreb: Slap.
- Popović, V. (2007). Klinička procena u: *Klinička psihologija*, Berger, J. i Mitić, M. (ured.), Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.
- Reder, P., i sar. (1993). *Beyond Blame: Child Abuse Tragedies Revisited*. London: Routledge.
- Stakić, Đ. (1990). Primena kliničke psihologije u socijalnom radu. U: *Klinička psihologija*, Berger, Hrnjica, Biro (ured.) Beograd: Naučna knjiga.
- Taylor, C., White, S. (2005). Knowledge and Reasoning in Social Work: Educating for Humane Judgment. *The British Journal of Social Work*. Vol 36, Issue 6, pp. 937-954.
- Žegarac, N., Džamonja-Ignjatović, T. i Brkić, M. (2007). Praktikum za trenere. U: Osnovni program obuke *Znanje i veštine za vođenje slučaja u socijalnoj zaštiti*. Edukativni materijal, Ministarstvo rada i socijalne politike Republike Srbije.
- Žegarac, N., Džamonja-Ignjatović, T. i Brkić, M. (2007). *Vodič za planiranje, procenu, intervencije i evaluaciju rada za voditelje slučaja* – Priručnik za Program obuke *Znanja i veštine za vođenje slučaja u socijalnoj zaštiti*, Edukativni materijal, Ministarstvo rada i socijalne politike Republike Srbije.
- Žegarac, N., Džamonja-Ignjatović, T. (2010). Instrumenti procene u socijalnoj zaštiti, Centar za primenjenu psihologiju, Beograd.

PRIPREMA ZA PROCENU

Lela Veljković

Značaj pripreme za procenu

Procena potreba korisnika u centru za socijalni rad (kao jedna od faza u sprovođenju stručnog postupka) je jedna od ključnih premisa za kvalitetnu realizaciju usluge za korisnika, jer od kvaliteta procene u velikoj meri zavisi realizacija narednih koraka u obezbeđivanju usluge (postavljanje ciljeva, planiranje aktivnosti, monitoring i evaluacija...). Proces procene korisnika je složen, višefazan i zahteva veliko stručno znanje, umeće i dobru pripremu ispitivača. Kada su u pitanju deca, a posebno deca sa smetnjama u razvoju, složenost i osetljivost procene dodatno su izraženi, pa je važno da ispitivač posebnu pažnju posveti procesu pripreme za procenu ove grupe dece i njihovih porodica.

Priprema za procenu se može smatrati i uvodnom fazom procesa procene i preduslov je za njegovu uspešnu realizaciju. *Ona obuhvata niz jasno definisanih i fokusiranih aktivnosti na prikupljanju i analizi podataka koji su relevantni za oblast procene. Cilj tih aktivnosti je formulisanje radne hipoteze i opredeljenje za odgovarajuću strategiju u proceni (omogućavaju sačinjavanje plana procene).* Funkcija pripreme za procenu je višestruka: bolje upoznavanje oblasti/predmeta procene; otkrivanje specifičnih teškoća na koje tokom procene treba obratiti pažnju (bilo zato što nisu dovoljno eksplorisane u ranijem radu sa korisnikom ili zato što kao krizne tačke mogu ugroziti sam proces procene); selekcija činjenica i fokusiranje pažnje ispitivača na relevantne sadržaje u proceni, omogućava sistematičnost i usmeravanje ka cilju procene, doprinosi ekonomičnosti, jer se ne radi na prikupljanju činjenica do kojih se došlo u prethodnom radu sa korisnikom, ostvaruje se kontinuitet sa prethodno realizovanim uslugama, procenama i sl. Stiče se uvid ne samo u rizike, već i snage korisnika, što je važno za uspostavljanje radnog saveza i pridobijanje korisnika za saradnika u procesu procene. Takođe omogućava ispitivaču da proceni sopstvene resurse u odnosu na zahtevnost procesa procene i blagovremeno obezbedi potrebnu podršku za realizaciju procene.

Međutim, da bi korisnost i funkcionalnost pripreme za procenu došli do izražaja, važno je imati u vidu da treba da zadovolji izvesne uslove. Priprema treba da bude:

- *Ekonomična* (da se odvija u vremenski ograničenom periodu i da ne oduzima previše vremena, odnosno da stručnom radniku – ispitivaču ne predstavlja opterećenje već korisno pomagalo u proceni);
- *Sistematična* (ne nasumično prikupljanje činjenica, već plansko – po oblastima i izvorima podataka);
- *Sveobuhvatna, holistička* (ispitivač tokom pripreme ne sme da zanemari izvore podataka koji mogu biti od koristi i činjenice ili grupe činjenica koje su pristupačne i mogu doprineti boljem poznavanju i razumevanju predmeta procene);
- *Fokusirana na cilj* (ispitivač tokom pripreme za procenu ne sme da gubi iz vida cilj ispitivanja i činjenice koje prikuplja tokom pripreme treba da budu relevantne za predmet procene).

Izvori podataka i oblasti prikupljanja podataka u pripremi procene za model ROD

Poštujući navedene uslove dobre pripreme (posebno sistematičnost, sveobuhvatnost i fokusiranost), *važno je definisati izvore podataka* koji se mogu koristiti u pripremi, kao i oblasti (vrste podataka) na koje treba obratiti posebnu pažnju, odnosno koje su posebno značajne za procenu. U centrima za socijalni rad, jedan od najvažnijih izvora podataka je svakako *postojeća dokumentacija*, ukoliko su dete ili njegova porodica već evidentirani u CSR (kao korisnici neke od usluga) i *drugi stručni radnici* koji su radili sa detetom i porodicom. Pored CSR, korisne informacije se mogu dobiti *iz drugih službi* u kojima dete i porodica koriste neku uslugu ili ostvaruju neko pravo (škola, vrtić i predškolske ustanove, zdravstvene ustanove, služba zapošljavanja, SUP, sud, dnevni boravci idr.). U pripremi procene dece sa smetnjama u razvoju važno je uzeti u obzir sve relevantne izvore

informacija, s obzirom da se u rad sa ovom grupom dece i njihovim porodicama uključuju službe iz različitih sistema. I, naravno, najvažniji izvor podataka jesu *sami korisnici i njihove porodice, za njih značajne osobe i lokalna zajednica*.

Naravno, iz različitih izvora može se dobiti mnoštvo vrlo heterogenih podataka. Kako bi ispiti-vač došao do potrebnih, najkorisnijih informacija i sistematizovao ih tako da se može izvući valjan i relevantan zaključak za dalju procenu, korisno je da se prethodno definišu *oblasti za prikupljanje po-dataka*. Za potrebe primene modela ROD, obrazac za pripremu procene uključuje niz pitanja kojima ispiti-vač prikuplja informacije od značaja za dalje planiranje i realizaciju procene deteta.

Pored osnovnih identifikacionih podataka, priprema za procenu daje mogućnost sagledavanja:

- aktuelnog porodičnog i formalno-pravnog statusa deteta,
- aktuelnih teškoća sa kojima se suočavaju dete i porodica,
- ključna zbivanja od uticaja na život deteta i porodice,
- preduzete usluge, mere i aktivnosti u zaštiti deteta i porodice (uključujući prethodne proce-ne) i efekte istih, izvođenje rezimea i sačinjavanje tehničkog plana procene.

Svaki od ovih segmenata nosi informacije koje ispiti-vač brižljivo i profesionalnim pristupom analizira i tumači u skladu sa principima integralnog i holističkog pristupa porodici i detetu, tj. ni-jedna činjenica nije izolovana već dobija svoj smisao i značenje u odnosu sa ostalim relevantnim činjenicama. Takođe treba imati i dovoljno oprezan stav u analizi i obradi dobijenih informacija, jer izvori podataka mogu biti više ili manje pouzdani. Objektivnost možemo povećati uključivanjem više izvora, proverom njihove pouzdanosti (koliko je to moguće) i upoređivanjem podataka iz ra-zličitih izvora uz odgovarajuću kritičnost. Treba imati u vidu da nisu sve informacije koje se mogu dobiti u pripremi podjednako korisne za dalju procenu i nemaju istu „specifičnu težinu“. Neke či-njenice zahtevaju da ispiti-vač obrati posebnu pažnju jer ukazuju na rizike u funkcionisanju deteta i porodice, ili pak na značajne resurse kojima raspolažu:

- U pripremi za procenu posebno je važno imati uvid u dokumentaciju o korisniku (detetu i po-rodici) ako su već evidentirani u CSR. Konkretno, *pažnju treba usmeriti na rezultate prethodne procene*: koje su teškoće sa kojima su se dete i porodica suočavali, sa kakvim zahtevom su se obraćali CSR, koje su snage i kapaciteti deteta i porodice identifikovani i kakvi su zaključci doneti. Ovde se korisne informacije mogu dobiti od voditelja slučaja i drugih stručnih radnika koji su radili sa detetom i porodicom. Nalaz treba uneti u obrazac kao sažet prikaz, a zatim navesti razlog aktuelne procene: konkretan povod (aktuelne teškoće deteta i porodice) za pri-menu ROD-a u konkretnom slučaju.
- Kod dece sa smetnjama u razvoju treba *obratiti pažnju na prethodno utvrđene bolesti, omete-nost ili oštećenja, i ustanove odnosno stručnjake koji su utvrdili bolest ili stanje*. Ovde je, pored dosijea deteta – mlade osobe, izuzetno korisna dostupna medicinska dokumentacija, kao i informacije od odgajatelja i rođaka.
- Poseban niz pitanja odnosi se na *decu koja ne žive u biološkoj porodici*. Važno je imati saznanja o okolnostima i razlozima usled kojih dete/mlada osoba eventualno ne živi sa jednim ili oba ro-ditelja. U tom slučaju, potrebno je razmotriti i da li i na koji način dete/mlada osoba održava kontakte sa roditeljima i sa drugim članovima porodice. Ukoliko je relevantno, potrebno je odrediti koje su specifičnosti ili prepreke za ostvarenje kontakata (npr. roditelji lišeni roditelj-skog prava, roditelj ne saraduje po planu ili odluci suda u održavanju kontakata, roditelj ne-dostupan, rođaci nezainteresovani, dete smešteno daleko od mesta boravka roditelja/drugog člana porodice, postoji odluka organa starateljstva ili suda o privremenoj zabrani kontakta, postoji odluka organa starateljstva o nadgledanom kontaktu i sl.).
- Za ispiti-vača je takođe značajno da ima podatke o *redu rođenja deteta i drugoj deci u biološkoj porodici deteta: ime, pol, uzrast, poreklo i aktuelni smeštaj*. Podatak o deci rođenoj u malom vremenskom razmaku (npr. godina za godinom) može sugerisati da se radi o „sindromu te-snog gnezda“, odnosno ispiti-vač se mora zapitati kako su se roditelji i na koji način nosili sa izazovima roditeljstva u toj situaciji, odnosno da li su imali kapacitete da izađu u susret po-trebama dece, ili je možda jedno ili više dece bilo zanemareno. Podatke o poreklu je važno

utvrditi za decu koja potiču iz porodica u kojima roditelji imaju decu iz više brakova/partnerskih veza, a takođe je važno imati informaciju o tome gde se deca aktuelno nalaze, što se može videti iz rubrike o aktuelnom smeštaju.

- Za ispitivača je korisno da za decu koja ne žive u biološkoj porodici ima informaciju o prethodnim načinima zbrinjavanja deteta, uzrastu deteta pri smeštanju, dužini boravka i razlogu promene smeštaja¹.
- Za decu smeštanu u hraniteljskim i usvojiteljskim porodicama predviđen je poseban niz pitanja koji sadrži dodatne informacije o tome da li su odgajatelji pohađali obuku i koju, da li je dete imalo i kakve teškoće² pri dolasku na smeštaj, kao i događaje značajne za funkcionisanje deteta i/ili porodice u kojoj dete aktuelno živi.
- *Beleženje ključnih događaja* i njihovo obrazlaganje u pogledu vremena kada je događaj nastao, osoba koje su bile direktni akteri i konkretne porodice koja je značajna za dete, daje nam potpuniju sliku o okolnostima života deteta i omogućava da razmotrimo uticaj tih događaja na dete u prošlosti i aktuelno. *Sagledavanje ovih događaja omogućava da se vide gubici, stresori, ali i pozitivni životni događaji u okruženjima u kojima je dete boravilo ili sa kojima je povezano, što olakšava sagledavanje prošlosti i planiranje budućnosti za dete.* Ovi podaci se mogu dopuniti iz pristupačnih podataka u dokumentaciji i na osnovu neposrednih saznanja stručnih radnika koji su bili uključeni u rad sa detetom i porodicom. Podaci se kasnije mogu dopuniti tokom razgovora sa roditeljima/odgajateljima, samim detetom i drugim značajnim osobama.
- Za dalju procenu deteta i porodice, korisno je da ispitivač ima *pregled prethodno preduzetih mera i usluga pruženih detetu/mladoj osobi, roditeljima ili članovima porodice od strane CSR i njihovih efekata, i to počevši od poslednje intervencije*³. Ovde je posebno važno obratiti pažnju na razlog za primenu mere/usluge i efekte intervencija, jer su one ispitivaču značajan putokaz u kom pravcu sa detetom/porodicom treba raditi, a koje strategije u radu/intervenciji treba izbegavati kao nedelotvorne.

Sumiranje i izvođenje zaključka

Pregled i analiza podataka prikupljenih tokom pripreme za procenu treba da omoguće ispitivaču da sačini rezime koji će sadržavati zaključke o snagama, faktorima rizika i potrebama deteta/mlade osobe, kao i o snagama, faktorima rizika i potrebama porodice u kojoj dete živi. Ispitivač na kraju formuliše radnu hipotezu i tehnički plan procene koje će koristiti u daljoj realizaciji procesa procene.

Radna hipoteza svojim sadržajem povezuje zaključke dobijene u rezimeu i razlog/cilj aktuelne procene instrumentom ROD. U njoj ispitivač precizira oblasti na koje treba obratiti posebnu pažnju tokom procene i otvara moguća alternativna rešenja koja kasnije testira kroz proces procene. Predložena rešenja (hipoteze) se definišu u odnosu na cilj procene, logički slede iz zaključaka do kojih je ispitivač došao kroz pripremu, i uvek su u skladu sa najboljim interesom deteta i porodice.

Literatura:

- Beker, K., Milojević, N. Zavišić, V. (2009). Deca sa smetnjama u razvoju - od pasivnih primalaca/-teljki usluga do aktivnih učesnika/-ca u životu zajednice – Izveštaj. Pančevo: Inicijativa za inkluziju Veliki mali.
- Republički zavod za socijalnu zaštitu (2010). Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad u Srbiji za 2009. godinu, Beograd. Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Službeni glasnik RS, 59/08.
- Žegarac, N, Džamonja-Ignjatović, T., Brkić, M. (2008). Znanja i veštine za vođenje slučaja u socijalnoj zaštiti, Priručnik za program obuke. Zakon o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana, Službeni glasnik Republike Srbije, broj 36/91 i 84/04.

- 1 U podsetniku su navedeni najčešći mogući razlozi: napuštanje deteta od strane roditelja; fizička bolest (deteta, roditelja//konkretnog odgajatelja); intelektualne poteškoće (deteta, roditelja/konkretnog odgajatelja); invaliditet (deteta, roditelja/konkretnog odgajatelja); duševna bolest (deteta, roditelja/odgajatelja); bolesti zavisnosti – alkoholizam i/ili narkomanija (deteta, roditelja/konkretnog odgajatelja); izdržavanje zatvorske kazne (roditelja/odgajatelja); smrt (roditelja/konkretnog odgajatelja); fizičko/psihičko zlostavljanje deteta (od strane roditelja/konkretnog odgajatelja/ treće osobe); seksualno zlostavljanje deteta (od strane roditelja/konkretnog odgajatelja/treće osobe); grubo zanemarivanje deteta (od strane roditelja/konkretnog odgajatelja/treće osobe); nasilje u porodici, ozbiljno poremećeni porodični odnosi (roditelja/konkretnog odgajatelja); ozbiljni materijalni problemi, lečenje deteta...
- 2 Stručni radnik/VS treba da precizira eventualne teškoće u sledećim oblastima: zdravlje, motorika, emocionalni razvoj i ponašanje, higijenske navike, mišljenje, govor, obrazovanje ili nešto drugo.
- 3 Pregled mera i usluga i efekti preduzetih mera navodi se prema kategorijama koje su date u dokumentaciji za centre za socijalni rad – Obrazac br. 2, Cena – deca i mladi.

POSETA PORODICI I ORGANIZACIJA ISPITIVANJA U DOMAĆINSTVU

Nevenka Žegarac

Poseta porodici i domaćinstvu omogućava da se stekne potpuniji uvid u situaciju deteta i porodice i pruža jedinstvenu priliku za posmatranje. Kućna poseta, za razliku od razgovora u kancelariji centra za socijalni rad, omogućava uvid u uslove života, porodične odnose i odlike zajednice. Komunikacija u okruženju porodičnog domaćinstva i opservacija omogućavaju prikupljanje podataka koji su ključni za razumevanje situacije i uspostavljanje saradnje sa detetom i porodicom.

Preporučljivo je da se procena potreba deteta sa teškoćama odvija prvenstveno u porodičnom domaćinstvu – potrebno je da se obavi najmanje jedna poseta, a poželjno je i dve posete da bi procena bila relevantna. Deo ispitivanja se može odvijati i u centru za socijalni rad ili na drugom pogodnom mestu, na primer u klubu za mlade, dnevnom boravku ili savetovalištu za porodicu. Ta mesta mogu biti izvanredno pogodna za obavljanje nekih segmenata procene kao što je razgovor sa detetom ili odvojen razgovor sa roditeljem ili drugim odgovajateljem. Celovit uvid u stanje i potrebe deteta i porodice se ipak stiče prvenstveno u porodičnom domu i neposrednom životnom okruženju.

U pristupu proceni, stav da su članovi porodice eksperti za svoju decu je osnovno polazište. Gledišta članova porodice su ključni podaci o razvoju njihove dece. Važno je saznati šta to što dete radi ili ne radi navodi porodicu da traži pomoć, bude zadovoljna ili zabrinuta. Pitanja o detetu, njihovim očekivanjima vezanim za dete, i očekivanjima vezanim za porodicu u celini, kada su postavljena na način koji pokazuje uvažavanje, mogu ukazivati na značajne faktore za prevazilaženje ili pojačavanje rizika kojima je dete izloženo.

Da bi poseta porodici bila uspešna, potrebno je pažljivo planiranje, jasnoća u pogledu svrhe i ciljeva konkretne posete i veština uspostavljanja odnosa.

Prva poseta porodici i domaćinstvu

Prva poseta socijalnog radnika porodičnom domu može biti početak dugogodišnjeg odnosa sa detetom i porodicom. Bilo da je u pitanju kratkotrajni ili dugogodišnji rad, osnove odnosa koji se uspostavlja sa porodicom tokom prve posete predstavljaju centralni oslonac u radu na podsticanju razvoja, rešavanju problema i unapređenju situacije deteta i porodice. Po pravilu, prva poseta treba da se odvija fokusirano i relaksirano. Ciljevi prve posete su:

- a) Uspostavljanje saradničkog odnosa
- b) Međusobno upoznavanje
- c) Objašnjenje ciljeva procene
- d) Definisavanje uloge stručnog radnika i uloge klijenta i članova porodice
- e) Pojasniti očekivanja i gledišta korisnika i porodice i
- f) Obrazlaganje sledećih sledećih koraka, odnosno zakazivanje sledećeg susreta.

Izgradnja saradničkog odnosa je proces međusobnog upoznavanja, gde stručni radnik ima zadatak da pokaže iskreno zanimanje za potrebe klijenta i uveri porodicu u svoju spremnost da im pruži pomoć. Sa nekim klijentima saradnički odnos se uspostavlja lako i brzo, dok je kod drugih neophodno uložiti više vremena i truda. To zavisi od osobina i iskustva stručnog radnika, osobina, trenutnih očekivanja i prethodnog životnog iskustva klijenta, naročito dosadašnjih iskustava sa socijalnim i drugim službama. Izgradnja odnosa poverenja i saradnje pomaže detetu i članovima porodice da sagledaju stručnog radnika kao osobu koja svoje znanje koristi za podršku, pomoć i zastupanje kod drugih službi i sistema u zajednici, a ne kao nekoga ko traži „greške“ i predstavlja pretnju porodičnom načinu života.

Tokom prve posete, a i u kasnijem radu, važno je da stručni radnik uvažava privatnost porodice i izbegava intruzivna pitanja koja narušavaju privatnost i dignitet. Pitanja se ne postavljaju iz radoznalosti, već da bi se prikupile relevantne informacije. Svaka informacija koja se traži od porodice

ili o porodici treba da ima svoju svrhu, koja mora da bude nedvosmisleno jasna stručnom radniku i obrazložena porodici kada je to potrebno (Knauss, 1997). Važno je da i dete i porodica budu uvereni u pravila i ograničenja poverljivosti podataka.

Davanje informacija

Ključne veštine koje se koriste prilikom posete porodici i domaćinstvu su davanje informacija, postavljanje pitanja i opservacija. Opšte pravilo pri *davanju informacija* je da treba da budu korisne, relevantne i blagovremene. Informacije pomažu da se pojašni situacija, primere očekivanja korisnika i razmotre mogućnosti za korišćenje specifičnih resursa u skladu sa potrebama klijenta. Smisao davanja informacija je pojašnjavanje situacije korisniku predstavljanjem činjenica na objektivan način i ispravljanjem netačnih informacija, predubeđenja i verovanja.

Uspostavljanje saradničkog odnosa prilikom kućne posete podrazumeva da porodica dobije neophodne informacije za dalji rad. Prioritetne informacije tokom prve posete su podaci o smislu i ciljevima procene, ulozi stručnog radnika i očekivanjima od deteta i članova porodice (Žegarac, 2004).

Korisno je obezbediti i pisane informacije (flajere koji objašnjavaju određeni program ili uslugu, postupak za ostvarivanje određenog prava, kontakt informacije voditelja slučaja i sl.). Preporučljivo je da se o dobijenim informacijama prodiskutuje sa klijentom kako bi stručni radnik proverio da li su na odgovarajući način primljene.

Ova pojašnjenja dopinose izgradnji odnosa saradnje i poverenja između stručnog radnika i članova porodice. Pri tome je veoma važno razjasniti pravila i ograničenja poverljivosti i obavestiti klijente na koji način će se prikupljeni podaci koristiti i čuvati. U situacijama kada je potrebno treba uključiti druge službe i institucije u procenu ili uputiti porodicu na određenu uslugu ili intervenciju. Takođe je potrebno da se blagovremeno obrazlože i ugovore te aktivnosti sa roditeljima ili drugim odgajateljima i detetom u skladu sa uzrastom i zrelošću i da se traži dopuštenje za davanje informacija drugim službama.

Opservacija

Opservacija se može razumeti kao kompleksan koncept koji, pored čulnog primanja signala gledanjem, uključuje svrhu posmatranja i odgovarajuće ponašanje opserversa. Aktivnosti posmatrača se menjaju zavisno od toga da li su u pitanju svakodnevna, neformalna i uzgredna zapažanja do osmišljenih, namernih i u odgovarajućoj meri strukturisanih postupaka. U praksi socijalnog rada posmatranje se koristi na svakoj tački ovoga kontinuuma (La Riche and Tanner, 1998). Profesionalno osmišljena, organizovana i sprovedena opservacija doprinosi dobroj praksi u proceni, planiranju, superviziji i davanju usluga.

Opservacija omogućava voditelju slučaja kompleksno razumevanje načina na koji porodica doživljava sebe i svoje okruženje. Pri tome se prate sadržaji (verbalni i neverbalni) i procesi u porodici. Prikupljanje signala kao što su: karakteristike okruženja u kome porodica živi (zajednice, susedstva i domaćinstva), zatim fizičkih karakteristika i neverbalnog ponašanja deteta i članova porodice, nivoa energije, ispoljavanje emocija i kongruentnost verbalnih i neverbalnih sadržaja – neophodna su dopuna podacima koji se prikupljaju putem intervjua. Posmatranje omogućava da se potpunije razumeju odnosi moći, autoriteta i ambivalencije u porodici oko traženja i primanja pomoći (Collins, Jordan and Coleman, 2007).

Poseta porodici i domaćinstvu pruža jedinstvenu priliku za celovitu, ekološku procenu pojedinca, porodice i zajednice. Već na putu do porodičnog doma, voditelj slučaja zapaža karakteristike šireg okruženja u kome porodica živi i posebno obraća pažnju na mogućnost korišćenja usluga u zajednici (uključujući pitanja prevoza, dostupnosti zdravstvenih i obrazovnih ustanova), bezbednost u susedstvu i mogućnosti za korišćenje rekreativnih i kulturnih sadržaja. Ove informacije su vitalne za razumevanje faktora sredine koji utiču na situaciju korisnika, usmeravaju dalji razgovor, unapređuju razumevanje situacije i okolnosti u kojima porodica zadovoljava svoje svakodnevne potrebe. One su i osnova za povezivanje sa pristupačnim i nedovoljno dostupnim resursima.

Podaci koji se prikupljaju prilikom posete porodici

Organizacija domaćinstva i pristupačni resursi za svakodnevni život u neposrednom okruženju i zajednici omogućavaju potpunije razumevanje individualnih i porodičnih snaga i strategija prevladavanja, pristupačnu podršku i ograničenja koje pruža dom i njegovo okruženje. Prilikom posete se mogu prikupiti značajne informacije o čistoći i opremljenosti stana, hrani u kući, adekvatnosti odeće, mogućoj zloupotrebi alkohola i droga, načinima interakcije roditelja sa decom, odnosima sa komšijama, vrsti naselja i finansijskim okolnostima porodice.

Pri poseti detetu sa smetnjama u razvoju, stručni radnik može da zapazi da li su prisutne neodgovarajuće igračke i učila za decu, ili ih ima malo, što ukazuje na potrebu da se bliže ispituju znanja roditelja/odgajatelja o razvojnim potrebama deteta. Takvo zapažanje usmerava dalji razgovor sa ukućanima. Kod dece sa smetnjama može biti značajno uočavanje prisutnih fizičkih prepreka (stepenište, lift, pragovi, mesto njegove sobe u kući), potencijalno nebezbednih mesta (prozori, terasa, neobezbeđene instalacije, hemijska sredstva i otrovne materije). Tokom posete porodici, stručni radnik ima priliku da zapazi na koji način članovi porodice doprinose zajedničkom životu. Ovo olakšava da se uoče snage i omogućava da se na njih nadgrade intervencije podrške. Čak i jednostavno zapažanje i validiranje uočene podrške može delovati ohrabrujuće i motivišuće za porodicu.

Poseta porodičnom domaćinstvu je prilika za posmatranje socijalnog funkcionisanja porodice sagledavanjem socijalnih uloga koje članovi porodice preduzimaju. Individualno ponašanje i prilagodavanje na najpotpuniji način odražava uspešnost u obavljanju socijalnih uloga. Intervju i opservacija u porodičnom domu omogućavaju prikupljanje podataka o porodičnim odnosima, pitanjima nege deteta i osiguranja bezbednosti i socijalnim i ekonomskim faktorima koji utiču na zadovoljavanje potreba porodice. Područja za prikupljanje podataka tokom posete porodici i domaćinstvu su sledeća:

1. Porodični odnosi

- Odnos roditelj/staratelj dete: pitanja privrženosti i granica, stimulacije, uloga deteta u porodici
- Odnos deteta sa drugim članovima porodice i domaćinstva
- Stanje druge dece u kući
- Bračni/ partnerski odnosi
- Odnos prema intervenciji centra i drugih službi.

2. Nega i staranje

- Nivo obezbeđenja osnovnih životnih potreba deci i ostalim članovima domaćinstva
- Roditeljska znanja i veštine; uvid u problem i/ili potrebe deteta
- Adekvatnost nadzora; dnevna rutina ukućana.

3. Socijalni i ekonomski faktori

- Kvalitet, opremljenost, kultura i higijena stana
- Fizičke opasnosti ili opasni predmeti u kući ili životnoj sredini
- Nivo i način trošenja prihoda porodice
- Nivo i vrsta podrške socijalne mreže roditelju/stratelju
- Položaj porodice u lokalnoj zajednici
- Vrsta naselja, pristupačnost službi i resursa za zadovoljavanje potreba porodice.

Neposredno posmatranje izgleda i ponašanja deteta je osnovni izvor informacija o funkcionisanju odojčadi i male dece, ali i dece i mladih starijeg uzrasta, koji usled ometenosti imaju izražene teškoće u komunikaciji. Zapažanja stručnog radnika dopunjuju informacije dobijene iz drugih izvora i usmeravaju razgovor sa decom koja imaju razvijenije komunikacione sposobnosti (Hughes and Rycus, 1998). Posmatranje uključuje sledeće oblasti i pokazatelje:

4. Opšti izgled

- Da li dete izgleda zdravo i negovano?
- Da li je dete odgovarajuće visine i težine za svoj uzrast?
- Urednost i adekvatnost odeće i obuće.

5. Nivo aktivnosti i raspon pažnje

- Da li dete izgleda preterano aktivno ili letargično?

- Da li je dete u stanju da sledi uputstva i da pređe sa jednog zadatka na drugi?
- Da li dete može da se shodno uzrastu zainteresuje za jednu aktivnost tokom očekivanog vremenskog perioda?

6. Socijalnost

- Da li dete reaguje na odgovarajući način na ispitivača i na druge ljude koji nisu članovi porodice?
- Da li dete deluje prijateljski, preplašeno, neprijateljski nastrojeno?

7. Pokreti

- Da li dete izvodi fizičke aktivnosti koje su uobičajene u njegovom uzrastu?
- Da li su pokreti deteta nekoordinisani?
- Da li je izvođenje fizičkih aktivnosti posebno teško za dete?

8. Igra i učenje

- Da li su igračke i učila (knjige, bojanke, filmovi, muzika, kompjuterski programi) odgovarajući za hronološki uzrast i sposobnosti deteta?
- Da li dete ispoljava radoznalost za načine na koje stvari funkcionišu?
- Da li dete ume da se zaigra samo ili mu je potrebna kontinuirana pomoć?
- Da li se dete igra sa različitim igračkama ili preferira neku posebnu igračku ili jedan tip igračka i učila?

9. Nezavisnost

- Da li dete ima razvijene veštine staranja o sebi u skladu sa uzrastom ili se oslanja na članove porodice kada su u pitanju stvari koje deca uobičajeno obavljaju samostalno?

Zapažanja stručnog radnika su osnova za postavljanje pitanja članovima porodice i samom detetu o njihovim zapažanjima i razumevanju stanja i njegovih potreba. Moguće je da se pojave razlike u zapažanjima procenjivača i članova porodice, pa je potrebno razgovarati o tome na senzitivni način. Pažljivom opservacijom dobija se niz korisnih podataka koje omogućavaju da stručni radnici u socijalnoj zaštiti zajedno sa porodicom odluče o oblastima u kojima je potrebno raditi radi unapređenja stanja deteta i da li je potrebno uputiti dete na specijalističku procenu.

Ukoliko rezultati procene to nalažu, uloga radnika je da *ohrabri* porodicu da traži specijalističku procenu u određenoj oblasti, da ih *obavesti* o mogućim uslugama i pravima koje mogu da ostvare, da im *ukaže* na korake koje je potrebno preduzeti i *ponudi* odgovarajući pomoć.

Praktična pitanja prilikom posete porodici i domaćinstvu

Dobra organizacija posete porodici doprinosi potpunijem ostvarivanju ciljeva procene i uspostavljanju saradničkog odnosa sa detetom i porodicom. U daljem tekstu biće razmotrena pitanja vezana za zakazivanje posete, materijal koji se nosi sa sobom, organizaciju ispitivanja i pitanja bezbednosti.

Zakazivanje posete

Pri zakazivanju posete razmatraju se faktori kao što su svrha i urgentnost posete, aktivnosti koje se planiraju, lokacija porodičnog domaćinstva, uspostavljen nivo saradnje sa porodicom i očekivano trajanje posete. Posete porodici se po pravilu najavljuju i unapred dogovaraju, osim u situacijama kada postoje saznanja da se dete nalazi u neposrednoj opasnosti i ukoliko bi najava posete porodici mogla da ugrozi bezbednost ili onemogućiti prikupljanje činjenica neophodnih za vođenje postupaka zaštite¹. Poželjno je da se poseta porodici prilikom procene deteta sa teškoćama dogovori putem telefona ili u neposrednom razgovoru sa članovima porodice.

Prilikom zakazivanja prve posete značajno je da se isplanira dovoljno vremena za dolazak, kako bi stručni radnik izbegao kašnjenje i iskoristio mogućnost da se bliže orijentiše u komšiluku. To omogućava pripremu za snalaženje u oklonostima u kojima će raditi sa porodicom (Wasik & Briant, 2001). Ove informacije omogućavaju radniku da stavi u kontekst interakciju sa klijentom i obezbeđuju podatke za kasnije sugestije o potencijalnim resursima i načinima njihovog korišćenja.

1 Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Sl. glasnik RS, 58/08 37/10, čl. 54 st. 4.

Organizacija ispitivanja

Procena potrebe deteta sa teškoćama zahteva da se tokom posete porodici i domaćinstvu obave razgovori sa jednim ili oba roditelja odnosno odgajatelja, odvojen razgovor sa detetom i po potrebi razgovor sa drugom decom u domaćinstvu. Braća i sestre deteta sa teškoćama često imaju potrebu da razgovaraju o svojim problemima i doživljajima i žele odgovore na pitanja, koji se tiču prvenstveno njih samih. Stručni radnik treba da bude osetljiv na dinamiku cele porodice i uvaži potrebe članova tokom posete. Potrebno je konsultovati roditelje o prigodnim načinima za animiranje dece tokom razgovora sa odraslima. To mogu da budu prigodne aktivnosti za zaokupljanje pažnje dece (bojanke, društvene igre, crtani filmovi), ili dogovor da starija deca pričaju mlađu dok se razgovara sa odraslim članovima porodice.

Prilikom razgovora sa detetom sa teškoćama, potrebno je biti fleksibilan i obezbediti detetu ili mladoj osobi najveću moguću kontrolu nad situacijom. Dete treba da bira okruženje u kome će razgovarati o svojim potrebama i teškoćama. To može biti njegova ili njena soba, ili neki drugi deo stana u kome je moguće razgovarati nasamo i neometano. Prisustvo roditelja ili odgajatelja u toku razgovora sa detetom može biti smetnja za slobodno izražavanje zbog straha, nelagodnosti i konflikta lojalnosti. Deca mlađeg uzrasta se uglavnom ugodnije osećaju u prisustvu roditelja, ali treba biti osetljiv za individualne razlike i potrebe.

Prilikom posete porodici voditelj slučaja obavezno obilazi mesto gde dete boravi i spava². Istraživanja pokazuju da deca i mladi najčešće biraju svoju sobu kao mesto za razgovor (O'Quigley, 2000). Potrebno je ipak biti osetljiv i razmotriti mogućnost da je za neku decu njihova soba jedino „sigurno mesto“, te da razgovor sa socijalnim radnikom u tom okruženju može da naruši doživljaj sigurnosti i kontrole. Ukoliko to okolnosti nalažu, razgovor sa detetom se može obaviti i van porodičnog domaćinstva, na mestu koje dete smatra pogodnim – na nekom neutralnom terenu (npr. u dečijem ili omladinskom klubu) ili prilagođenim prostorijama centra za socijalni rad.

Posebne situacije koje se mogu javiti tokom posete mogu biti veoma raznovrsne: od prisustva drugova dece tokom posete, do radoznalih komšija i preglasnog televizora. Postoji više kreativnih načina na koji se mogu rešiti ove situacije. Potrebno je uložiti napor da se očuvaju adekvatne granice i dogovoriti se sa roditeljima na koji način se mogu prevazići prepreke.

Radni materijal

Dobra priprema olakšava voditelju slučaja da optimalizuje korišćenje vremena sa korisnikom. Potrebno je unapred pripremiti i redom složiti sve materijale koji će se koristiti tokom posete porodici. Time se otvara mogućnost da se stručni radnik koncentriše na planirane aktivnosti. Materijal koji se priprema može da sadrži:

- formulare, upitnike i skale procene čije se korišćenje planira;
- blanko obrasce „Rešenje o privremenom staratelju doneto u skraćenom postupku“ i „Privremeni zaključak o obezbeđenju smeštaja“ u slučaju potrebe za neodložnim izvajanjem deteta³;
- papir za beleške;
- flajere, pamflete i druge materijale sa štampanim informacijama;
- knjige, bojanke, olovke u boji, karte za igranje, igračke, odeću ili slatkiše.

Materijal treba da bude organizovan tako da se lako može pronaći i koristiti, pri čemu se vodi računa da poverljivi podaci budu odgovarajuće zaštićeni od mogućnosti da budu izgubljeni, oštećeni ili nenamenski pomešani sa drugim materijalom.

Oblačenje

Različite zajednice ili populacije korisnika mogu imati sopstvena pravila oblačenja, pa je važno da stručni radnici budu osetljivi u ovom pogledu. Po pravilu, izbegava se preterano upadljiva ili očevidno skupa odeća, obuća ili nakit. Poželjno je neupadljivo i konzervativno odevanje, pri čemu

2 Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Sl. glasnik RS, 58/08 37/10, čl. 76. stav 2.

3 Išpanović-Radojković, V., Ignjatović, T., Vujović, R., Sevanović, I., Srna, J. i Žegarac, N. (2006). *Priručnik za primenu opšteg protokola za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja*. Beograd: Centar za prava deteta, str. 117–121.

stepen formalnosti može da varira shodno okolnostima. Odeću treba prilagoditi planiranim aktivnostima – ukoliko se očekuje da će se tokom posete i igrati sa decom, treba izabrati odeću koja će to i da omogući.

Pitanja bezbednosti

Stručnjaci koji rade sa ljudima moraju da imaju saznanje o očuvanju lične bezbednosti, jer ne mogu biti delotvorni ukoliko su anksiozni ili uplašeni. Deo odgovornosti za stvaranje ugodne i emocionalno bezbedne atmosfere tokom posete porodici je na stručnim radnicima. To je moguće samo ukoliko oni imaju doživljaj lične sigurnosti u okruženju u kome rade. Pitanja bezbednosti imaju svoje posebnosti u seoskim naseljima, izolovanim područjima, visoko urbanizovanim i prigradskim naseljima. Takođe, rad sa etnički, kulturno, socijalno i ekonomski raznolikim populacijama korisnika ima svoje specifične implikacije na pitanja bezbednosti.

Literatura:

- Collins, D., Jordan, C., and Coleman, H. (2007). *An introduction to family social work* (2nd ed.). Belmont, CA: Thomson-Brooks/Cole.
- Department of Health (1999). *Working Together to Safeguard Children: A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. Department of Health.
- Dowling, M. and Dolan, L. (2001) Families with children with disabilities - inequalities and the social model. *Disability and Society*, 16, 1, 21-35.
- Hughes, R.C., & Rycus, J.S. (1998). *Developmental Disabilities and Child Welfare*. Washington, DC: Child Welfare League of America.
- Išpanović-Radojković, V., Ignjatović, T., Vujović, R., Sevanović, I., Srna, J. i Žegarac, N. (2006). *Priručnik za primenu opšteg protokola za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja*. Beograd: Centar za prava deteta.
- Knaus, L. K. (1997). Professional training in ethic. In: U. D. T. Marsh / R. D. Magee (Eds.). *Ethical and legal issues in professional practice with families*. New York: John Wiley, pp 289-311.
- KPHR (2007). Home visiting guidelines. Kentucky Public Health Practice Reference. <http://www.healthdepartment.org>, posećeno septembra 2010.
- La Riche, P and Tanner, K. (eds.) (1998). *Observation and its Application to Social Work: Rather like Breathing*. London: Jessica Kingsley.
- O'Quigley, A. (2000). *Listening to children's views: The findings and recommendations of recent research*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Službeni glasnik RS, 58/08 37/10.
- Wasik, B. H. & Briant, D. M. (2001). *Home Visiting – Procedures for Helping Families*, second edition. Thousand Oaks: Sage publications.
- Žegarac, N. (2004). *Deca koja čekaju – izazovi i trendovi profesionalne prakse u zaštiti dece od zlostavljanja*. Beograd: Save the children UK, Centar za prava deteta.

SOCIJALNA POŽELJNOST PRILIKOM POSETE PORODICI/INSTITUCIJI ZNAČENJE, PROCENA I KONTROLA

Sulejman Hrnjica

Uvodne napomene

Poseta stručnjaka porodici (biološkoj, usvojeničkoj ili hraniteljskoj), kao i poseta ustanovi za smeštaj dece, za sve učesnike posete (stručnjake koji posećuju porodicu/instituciju, članove porodice koji brinu o detetu i za samo dete) predstavlja događaj od posebne važnosti. Za razumevanje tog događaja neophodno je imati na umu ko su učesnici posete, kakav je njihov uzajamni odnos, na osnovu čega svaki od učesnika procenjuje namere i ciljeve druge strane, kako biraju reči i kako opisuju događaje u zavisnosti od toga kako opažaju značaj sagovornika i kako reaguju na svoj doživljaj ishoda razgovora. Ovo su najčešće pitanja koja traže odgovor kada se procenjuje rezultat neke socijalne interakcije, bilo da je ona neformalna (prijateljska) ili službena (Havelka, N., 1992). Iako postoji potreba da sa što većim stepenom izvesnosti procenimo ishod posete onima koji brinu o deci lišenoj neposrednog roditeljskog staranja (a još više kada je tome pridružena i razvojna teškoća deteta) nema sistematizovanih podataka koji bi pomogli i stručnjacima iz institucija, a i porodicama koje brinu o detetu da se bolje pripreme za posetu i da jedni drugima pomognu da nađu najbolje rešenje u interesu deteta. Stoga ovaj kratak tekst smatramo samo uvodom u razmatranje jednog važnog, a nedovoljno istraženog fenomena, a i kao podsticaj za njegovo istraživanje.

O opažanju drugih osoba

Opažanje drugih osoba predstavlja složen saznajni proces, u kojem pored kognitivnih osobina ličnosti sudeluju i brojni emocionalni i motivacioni elementi od kojih zavisi krajnji ishod procene (Havelka N., 1992, Rot N., 1978). U stručnoj literaturi *opažanje drugih osoba najčešće je pojmovno određeno kao opažanje i ocenjivanje drugih ljudi na osnovu izgleda, ponašanja, ali i ranijih iskustava sa tom osobom o njenim osobinama ličnosti, sposobnostima, namerama*. Lične karakteristike procenjivača su bitan, sastavni deo te procene (objektivnost, lični odnos prema osobi koju procenjuje i sl.). U odsustvu elemenata za procenu na osnovu ranijeg iskustva (ili na osnovu drugih raspoloživih informacija) procenjivač ima snažnu potrebu da pre nastavka interakcije svoje ponašanje i verbalno obraćanje zasnuje na prvom utisku. *Prvi utisak je celovita slika o drugoj osobi, koja se veoma brzo formira na osnovu malog broja raspoloživih podataka a koja značajno utiče na naš odnos sa osobom sa kojom razgovaramo* (Trebješanin, Ž., Lalović, Z., 2007).

Uspešnost u razmeni iskustava među sagovornicima bitno zavisi od spremnosti i želje (a i sposobnosti sagovornika) da daju svoj doprinos uspešnom završetku razgovora. Kada su sagovornici spremni da iskreno razgovaraju o temi koja je predmet razgovora, mnogi faktori mogu umanjiti krajnji rezultat interakcije. Razlika u obrazovanju sagovornika može biti ometajući faktor, kako zbog nedovoljnog razumevanja, tako i zbog razlike u vrednosnom sistemu kojim sagovornici ocenjuju važnost neke činjenice. Brojni nesvesni i delimično svesni mehanizmi mogu biti izvor teškoća u komunikaciji (Marković M., 1961). Svaka socijalna komunikacija je selektivna, zavisi od ciljeva komunikacije, a i od procenjene svrsishodnosti tema, trajanja i procene kompetencije učesnika u razgovoru (Kreč D., Kračild S., Balaki I., 1962). Stvorena impresija se menja tokom vremena; ako je početna impresija u osnovi tačna – stabilizuje se, a ako nije, prilagođava se novom uverenju (Olport, 1969). Dodajmo ovde da doživljaj ishoda razgovora zavisi i od dve bitne potrebe učesnika u razgovoru: *održati osećanje sigurnosti i samopoštovanje*. Ova dva cilja su posebno značajna za procenu doživljaja razgovora osobe koju procenjujemo (npr. doživljaja staratelja deteta nakon posete stručnjaka).

Socijalna poželjnost

Poseta saradnika u cilju procene uspešnosti uslova za razvoj deteta koje ne živi sa svojom biološkom porodicom (ili poseta detetu u biološkoj porodici koje ima dodatnu potrebu za podrškom), kao što je već pomenuto, predstavlja događaj za sve učesnike. Praćena je, po pravilu, povećanom

emocionalnom tenzijom onih koji očekuju posetu, posebno ako je ta pojava iznenada najavljena. *Socijalna poželjnost u ponašanju i govoru onih koje procenjujemo je neizbežna*. Sasvim je jasno da nikome nije svejedno kako će biti ocenjen njegov odnos prema detetu koje mu je povereno. Ako je motivacija za brigu o detetu iskrena, napor osobe da sebe prikaže u najboljem svetlu predstavlja rezultat predstave neke osobe o slici koju ima o sebi. Da li je ta slika o sebi bliže ili dalje od realnosti je dodatno pitanje. Međutim, ako je slika o sebi nerealna, osoba će pogrešno postupati i biće neprijatno iznenađena i sklona na konflikte ako drugi ne podrže njeno ponašanje. *Socijalna poželjnost ima za cilj da uveri sagovornike da su njeno ponašanje, njen sistem vrednosti i osobine ličnosti društveno prihvatljivi i socijalno poželjni po kriterijima kojima se ta osoba procenjuje* (u ovom slučaju skup bitnih osobina od značaja za uspešan razvoj deteta), (Trebješanin Ž., 2000). Da li će procenjivač prihvatiti „ponuđenu“ sliku o sebi koju nudi sagovornik zavisi od mnogo faktora. Iskustvo u radu sa ljudima, znanje o ljudskoj prirodi, a i raspoložive činjenice kojima procenjivač raspolaže o osobi, a koje je prikupio u toku pripreme posete predstavlja faktore od kojih zavisi da li će poželjna slika o sebi biti prihvaćena ili ne.

Izvori grešaka u opažanju drugih osoba su navedeni u gotovo svim udžbenicima socijalne psihologije koji sadrže poglavlja o opažanju drugih osoba (npr. Olport, G., 1969). Za manje iskusne procenjivače mogu biti od koristi sledeći saveti u kojima se navode izvori grešaka u opažanju drugih ljudi:

1. **Halo efekat.** Odnosi se na sklonost procenjivača da svoj sud o osobini neke ličnosti nesvesno uskladi sa svojim utiskom o toj osobi u celini. Izvor ove greške psiholozi objašnjavaju potrebom za generalizacijama i kada nema dovoljno podataka za suđenje.
2. **Blagost/strogost u ocenjivanju.** Sasvim je moguće da neka osoba dobije sasvim suprotne ocene od strane dva procenjivača zbog razlike u kriterijumima procenjivanja. Tako npr. kriterijumi šta je odgovorno ponašanje značajno zavise od kulture kojoj sagovornici pripadaju. Kriterijumi odgovornosti na poslu su znatno strožiji u Japanu, nego li u nas. No i unutar iste sredine postoje značajne razlike u kriterijumima ocenjivanja uzrasta, pola i sl.).
3. **Greška u prihvatanju implicitnih teorija.** Ova greška potiče iz laičkog shvatanja ličnosti. Korišćenje stereotipa pri procenjivanju predstavlja tipičan primer za greške ove vrste. Ovoj grešci slična je tendencija ka uproščavanju, kojom procenjivač zanemaruje ili krajnje pojednostavljuje činjenice o postojanju individualnih razlika. Suđenje o pojedincu na osnovu pola, nacije, profesije, obrazovnog nivoa i sličnih opštijih kategorija razvrstavanja ljudi spada u greške ovoga tipa.
4. **Suđenje o ličnosti na osnovu prosečnih vrednosti.** Ova greška se javlja kada o procenjivanoj osobi donosimo sud na osnovu malog broja podataka, pa onda procenjujemo uzimajući u obzir neki apstraktni „prosek“ za grupu kojoj pripada ta osoba (obrazovnu, nacionalnu, uzrasnu i sl.).

Zaključne napomene

Poseta porodici (biološkoj ili hraniteljskoj) ili instituciji sa ciljem procene uspešnosti razvoja deteta koje je povereno porodici/instituciji je psihološki veoma složen postupak. Tendencija ka socijalno poželjnim oblicima ponašanja i verbalnog suđenja je neizbežna. Javlja se i u svakodnevnim, neformalnim ljudskim odnosima, a pogotovo u situaciji kada poseta ima kao očekivani rezultat procenu vrednosti nečijeg rada. Jedina mera validnosti procene je ukupan razvoj deteta (u granicama očekivanog i mogućeg u situaciji u kojoj se dete nalazi). Do tih procena je teško, ali moguće, doći. Radoznalost, spontanost u ponašanju, odsustvo emocionalne napetosti i strahova su prvi indikatori da se dete dobro oseća u porodici/instituciji. Složenije povremene procene u razvojnim savetovalištima (ili ustanovama sa sličnom namenom) su dobro došle i predstavljaju pravu meru uspešnosti porodice/institucije u podsticanju razvoja deteta.

Literatura:

- Havelka, N.(1992). *Socijalna percepcija*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
 Havelka, N.(1976). *Kognitivna ravnoteža i opažanje socijalnih struktura*, Psihološka istraživanja.
 Hrnjica, S. (2008). *Zrelost ličnosti*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
 Kreč, D., Kračfeld, S., Balaki, I. (1962). *Pojedinac u društvu*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
 Marković, M.(1961). *Dijalektička teorija značenja*. Beograd: Nolit.
 Olport, G. (1969). *Sklop i razvoj ličnosti*. Beograd: Kultura.
 Rot, N. (1978). *Socijalna interakcija*. Beograd: Savez psihologa Srbije.
 Trebješanin, Ž.(2000). *Rečnik psihologije*. Beograd: Stubovi kulture.
 Trebješanin, Ž., Lalović, Z. (2007). *Psihologija*. Podgorica; Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.

KOMUNIKACIJA SA ODRASLIMA NAČIN VOĐENJA RAZGOVORA

Marija Mitić

Svaka vrsta procesa procenjivanja kada se radi o ljudima, pretpostavlja ostvarivanje određene komunikacije obično između dve strane, ispitivača i ispitanika. Ispitanik može biti pojedinac, ali mogu biti i par ili porodica. U slučaju procenjivanja prema modelu ROD komunikacija se obično odvija između dve osobe – stručnjaka socijalne zaštite i odgajatelja ili stručnjaka i deteta odnosno mladića ili devojke.

Sličnu vrstu komunikacije ostvarujemo sa ljudima i u svakodnevnom životu i kada želimo da bolje upoznamo nove ljude, obično sa njima porazgovaramo, posmatramo ih (opserviramo) i nastojimo da saznamo nešto iz njihove biografije. U profesionalnom upoznavanju ljudi psiholozi ova tri postupka nazivaju zajedničkim imenom *naturalistički trijas* (Berger, 2004) stavljajući time do znanja da je to deo načina procenjivanja koji se razlikuje od psihometrijskog pristupa kada koristimo kvantitativne, tzv. „objektivne“ metode procenjivanja.

Stručnjaci u socijalnom radu provode u intervjuisanju više vremena nego u ostalim aktivnostima. Intervju predstavlja i kontekst koji nudi implementaciju većine usluga. To je primarni instrument koji se koristi kako bi se postiglo *razumevanje* klijenta i njegove situacije i pomoglo da se nosi sa svojim problemom. I više od toga, on ne predstavlja samo kontekst, već i glavni resurs socijalne prakse (Baldock i Prior, prema Kadushin, 1997).

Intervju – određenje i osobenosti

Razgovor, odnosno intervju predstavlja moćno sredstvo u rukama mnogih profesija. Profesionalni intervju nije tek obična konverzacija. Od nje ga razlikuju dve bitne karakteristike:

- Intervju predstavlja *posebnu vrstu komunikacije* i traži od nas da modifikujemo naviknute obrasce interakcije tokom razgovora;
- Intervju je *planiran da postigne svestan cilj* (npr. da obezbedi dovoljno podataka za procenu neke teškoće ili da roditelji nauče i prihvate načine za efikasnije disciplinovanje dece), što predstavlja njegovu krucijalnu karakteristiku. Cilj može biti i rešavanje razlika u percepciji učesnika u razgovoru i nalaženje nekog obostrano prihvatljivog cilja.

Iz ove suštinske osobenosti intervjuja – usmerenost ka cilju proizilazi:

Intervjuer selekcioniše sadržaj kako bi olakšao postizanje cilja. On isključuje sadržaj koji tome ne doprinosi, ma kako on bio interesantan. Dakle, u intervjuu jedna osoba – intervjuer treba da preuzme odgovornost za usmeravanje interakcije kako bi se kretalo ka cilju.

U intervjuu postoji strukturisani odnos i *jasna podela uloga* na intervjuera i intervjuisanog. U konverzaciji toga nema, oba učesnika su odgovorna za tok razgovora. Ko god da se prihvati uloge intervjuera treba da zna nešto o *procesu* intervjuisanja kako bi održao odvijanje intervjuja ka cilju. Takođe, intervjuer treba dovoljno da zna o *relevantnom sadržaju* da bi mogao da razluči bitno od nebitnog. Vođenje intervjuja zahteva neka *tehnička znanja*, procedure intervjuisanja: kako otpočeti, kako održavati tok, kako završiti i koje sadržaje treba obuhvatiti.

Razlika u ulogama između intervjuera i intervjuisanog stvara vrstu *odnosa koji nije recipročan*. Intervjuer ima veće prerogative da uključi određene sadržaje u razgovor i može da postavlja i onu vrstu pitanja koje nije primereno da postavlja intervjuisani (npr. kako se slažete sa ženom?). Intervjuisani otkriva veliki deo ličnih detalja, širok segment svog života, a intervjuer – samo profesionalni. Ali, ova nerecipročnost u odnosu proizilazi iz plana susreta koji služi prvenstveno interesima klijenta.

Dok ponašanje svih učesnika u konverzaciji može biti spontano i neplanirano, *aktivnosti intervjuera moraju biti planirane, promišljene i svesno selekcionisane* radi postavljenog cilja intervjuja; to je deo ponašanja iz propisanih uloga. Pošto je intervjuer odgovoran za usmeravanje intervjuja

ka cilju, on mora da izabere način kako će to da uradi, kao i da bude svestan svojih *osećanja* prema intervjuisanom kako ona ne bi ugrozila postizanje cilja. Za običnu konverzaciju niko ne mora da se priprema.

Prilikom konverzacije ne postoji obaveza da se ona inicira ili nastavi. *Intervjuer je obavezan da prihvati zahtev klijenta za intervjuom*. Kakva god osećanja imao prema intervjuisanom, ne može da okonča intervju iz ličnih razloga a da se ne postavi pitanje njegovog neizvršavanja dužnosti.

Zašto je ovaj način komunikacije tako popularan i često nezaobilazan? Pored toga što je intervju u osnovi ekonomičan i fleksibilan, on nam nudi nekoliko izvora podataka koje obično integrišemo u jednu celinu. Pored informacija koje prikupljamo, opservacije druge osobe u toku razgovora, za stručnjake u socijalnom radu on omogućava i doživljaj te osobe što sedi naspram ispitivača, a sve ovo se integriše u celovitu sliku o ispitaniku ili klijentu.

Osnovno određenje intervjuja je da je to razgovor sa ciljem (Matarzso prema Nietzel i sar, 2002). Intervju se takođe definiše kao jedan oblik interakcije između najmanje dve osobe. Svaki od učesnika doprinosi procesu i svaki utiče na odgovore onog drugog. Svakako, ova karakteristika nije dovoljna za objašnjenje samog procesa. Svakodnevni razgovor je interakcija, ali intervju je više od toga (Thrull & Phares, 2001).

Ciljevi intervjuja su uobičajeno:

- Da na vešt i stručan način prikupi podatke, uverenja, predstave, stavove intervjuisanog;
- Da prikupi informacije koje je teško ili nemoguće prikupiti drugim sredstvima;
- Da uspostavi i održi dobar kontakt;
- Da intervjueru i intervjuisanom poveća *razumevanje* neke teškoće ili problematičnog ponašanja;
- Da intervjuisanom dâ *smernice i podršku* u iznalaženju rešenja za ponašanja ili probleme koji mu zadaju muke.

Vrste intervjuja

Postoje razne podele intervjuja, ali je najbolja opšta podela na dobre i loše intervjuje (Berger, 2004). Oni se obično klasifikuju prema strukturi odnosno stepenu u kojem intervjuer određuje sadržaj i tok razgovora.

Strukturisani intervju karakterišu tačno određena pitanja, njihova formulacija i redosled, uz slobodu postavljanja potpitanja i davanja objašnjenja, na unapred definisan način. Obično nema mesta za otvorena ili dodatna pitanja. *Prednosti* ovoga intervjuja sastoje se u *sistematičnom i doslednom prikupljanju podataka* i boljoj *pouzdanosti procene* (Nietzel i sar., 2002). Ovo proizilazi iz njegove veće objektivnosti – omogućene kontrole pristrasnosti i uticaja interakcije učesnika. Ova vrsta intervjuja omogućava lakšu obradu (kodiranje i kvantifikacija) podataka, a pruža i mogućnost poređenja ispitanika i praćenje promena u pojedinačnim slučajevima. Takođe, pogodan je za zadatke *supervizije*. Još jedna od prednosti svakako proizilazi i iz činjenice da ga, pored stručnjaka sa iskustvom, mogu voditi i oni manje iskusni, kao i dobro uvežbani neprofesionalci čiji doprinos podršci različitim ciljnim grupama u socijalnoj zaštiti postaje sve značajniji. *Ograničenja* su upravo vezana za izrazitu strukturisanost intervjuja. Postoji opasnost da *previdimo važne informacije* u konkretnom slučaju, jer u protokolu ovoga intervjuja nisu tražene. Pored toga, s obzirom na jasno definisanu strukturu i unapred formulisana pitanja intervjuer može razgovoru prići i voditi ga rutinski, ne uspostavljajući adekvatan kontakt sa učesnikom u razgovoru (onda to više liči na propitivanje).

Na drugom kraju kontinuuma po strukturi, nalazi se *nestrukturisani* (slobodan) ili *nedirektivni intervju*. Njega karakteriše puna sloboda intervjuera u formulaciji pitanja i toka razgovora iako postoje unapred zadate teme – cilj intervjuja. *Prednosti* ovog intervjuja sastoje se u *prirodnijem, spontanijem* odvijanju razgovora jer intervjuer postavlja pitanja prilagođena sadržaju koje mu intervjuisani iznosi. To pruža bolji uvid u *referentni okvir ispitanika* i značaj koji pojedinim temama u razgovoru daje, mogućnost da upoznamo bolje njegovo gledanje na stvari. *Ograničenja* upravo proizilaze iz moguće subjektivnosti u selekciji pitanja i intervencija od strane intervjuera, a subjektivnost iskaza ispitanika i spontanost toka razgovora bitno smanjuju mogućnost poređenja više intervjuja ili neku vrstu kvantifikacije. Pored toga, ovu vrstu intervjuja valjano mogu voditi samo dobro obučeni i iskusni profesionalci.

U literaturi se takođe pominje *polustrukturisan ili vođeni* intervju, ali samo kao onaj na kontinuumu između strukturisanog i nestrukturisanog.

U okviru modela procene ROD opredelili smo se za strukturisani intervju iz nekoliko razloga:

- Postoji neujednačeno profesionalno iskustvo budućih procenjivača.
- Budući procenjivači poseduju različite vrste formalnog obrazovanja.
- Strukturisani intervju nudi veću verovatnoću ostvarivanja cilja intervjuja.
- Strukturisani intervju doprinosi unapređenju standardizacije procene i obezbeđuje jasniji putokaz za izvođenja odgovarajuće ukupne procene.

Tok – proces i faze intervjuja

Po strukturalnom modelu koji je generički i ateorijski i može se primeniti na sve vrste i oblike intervjuisanja, intervju se odvija u nekoliko faza (Shea, prema Sommers-Flanagan, 2003):

- Uvod
- Otvaranje
- Telo/ središnji deo intervjuja
- Završnica i
- Okončanje.

Uvod i otvaranje bave se stvaranjem povoljne klime za razgovor (upoznavanje), obezbeđivanjem saradnje s intervjuisanim, usmeravanjem i pripremom (objašnjenje svrhe intervjuja i glavne teme, procena vremena trajanja, način upotrebe informacija). Cilj je izgradnja odnosa ili saveza sa korisnikom i omogućavanje korisniku da se oseća prijatno u društvu stručnjaka. Može se opisati kao faza *izgradnje poverenja*.

U slučaju intervjuja iz modela ROD čarobna rečenica za stvaranje radnog saveza mogla bi da glasi: „Vi ste eksperti za vaše dete i najbolje poznajete njegove potrebe, otuda je neophodno da čujemo vaše mišljenje...“.

U *središnjem delu* intervjuja prikupljaju se podaci na kojima će se zasnivati procena najvažnijih potreba, teškoće u njihovom zadovoljavanju, moguće prednosti, resursi za njihovo otklanjanje (snage) i potreba za specifičnom vrstom podrške.

U *završnici* intervjuja intervjuer ima određene zadatke i sredstva pomoću kojih ih ostvaruje. Intervjuer treba da:

- *Ohrabri i podrži klijenta tako što će* otvoreno podržati i vrednovati njegove napore da iskaže svoje sadržaje;
- *Sažme osnovne probleme i teme* tako što će napraviti rekapitulaciju i ponuditi je klijentu kako bi utvrdio njegovu sposobnost uviđanja teškoća, prednosti i načina prevazilaženja teškoća koristeći raspoložive resurse;
- *Podstakne nadu* ukazujući na moguće puteve, kvalitete deteta i odgajatelja, izvore podrške, što sve može biti od pomoći;
- *Usmeri i osnaži klijenta* tako što će zatražiti od njega da prokomentariše i/ili postavi pitanja, izloži svoje gledanje na stvari, doda nešto važno što nije predviđeno listom pitanja;
- *Ukaže klijentu na ono što sledi* pojašnjavajući mu prirodu budućih aktivnosti, na prvom mestu povratne informacije (Sommers-Flanagan, 2003).

Sve ovo je izuzetno važno. Praktičari se svakako pitaju kako to mogu da učine u sklopu vođenja strukturisanog intervjuja po modelu ROD. Evo mogućeg načina i primera rečenica u završnici: „Hvala na vremenu koje ste odvojili za ovaj razgovor i uloženom trudu da odgovorite na moja pitanja. Evo, nakon završenog razgovora u kome ste mi verno opisali vašu situaciju, čini mi se da su osnovne teškoće u ... Sa nekima od njih, koliko vidim, izlazite lakše na kraj, a sa drugima, teže... Čini mi se da bi vam značila pomoć/podrška u ... Šta vi mislite o tome, važno mi je to da znam ... Šta biste vi izdvojili na kraju kao važno, a o čemu vas nisam pitao/-la”? Nakon toga sledi dogovor za sledeći susret koji će biti usmeren na davanje detaljnijih povratnih informacija i dogovora u vezi sa aktivnostima koje će se preduzeti.

U toku intervjua se *komunikacija* između sagovornika odvija na verbalnom (pitanja i odgovori) i neverbalnom nivou (kontakt očima, izraz lica, držanje tela, karakteristični pokreti pojedinih delova tela itd). Veoma je važno obratiti pažnju na neusklađenost, odnosno raskorak između verbalnog i neverbalnog ponašanja, odnosno na to koliko neverbalno ponašanje sledi verbalne sadržaje ili ih na izvestan način negira. Verbalna komunikacija treba da je jasna a intervjuer mora da uzme u obzir klijentovo poreklo, obrazovni nivo i referentni okvir, odnosno da pojašni izraze koji mu nisu jasni ili mogu imati više značenja (tako na primer, izraz „ženska“ u nekim krajevima predstavlja uobičajen za osobu ženskog pola i može imati neutralnu ili afirmativnu konotaciju, a u nekim drugim krajevima negativnu, asociirati na „lake ženske“ i slično).

Važna mesta u razgovoru sa odgajateljima

S obzirom da će se razgovor za procenu odvijati u domu deteta uz prisustvo jednog ili oba odgajatelja, pa i onda kada je fokus na potrebama deteta, važno je voditi računa o sledećem (Meisels i Provence, 1989):

- Vešto i korisno intervjuisanje ne predstavlja samo verzirano fokusiranje na „činjenice“ o detetu i njegovom razvoju. Intervjuerova *zainteresovanost*, empatijsko slušanje, *toplina* i *ljubaznost* olakšava prikupljanje informacija o detetu i razvoj radnog saveza sa roditeljima/odgajateljima, čime se uvažava presudni značaj roditelja za zdravlje i dobrobit deteta.
- Proces procene otpočinje prvim kontaktom sa roditeljima/odgajateljima kada počinjemo da učimo *o njihovom shvatanju deteta*. U inicijalnom intervjuu, treba razumeti da su roditelji/odgajatelji zbog procene deteta pod stresom anksioznosti, krivice, ljutnje ili osećanja bespomoćnosti, a kontakt sa stručnjakom može biti još jedan od neprijatnih i traumatičnih događaja u traganju za podrškom svom detetu.
- Pomoć roditelja/odgajatelja u proceni je suštinska jer oni imaju *ekspertsko znanje* o svom detetu.
- Važno je uložiti napor da se oba roditelja/odgajatelja uključe u intervju za procenu. To doprinosi koliko *boljem razumevanju deteta, toliko i efikasnosti procene i predloga primerene podrške*. Zajedničko intervjuisanje predstavlja priliku da se stekne impresija o njihovom međusobnom odnosu: da li neko dominira, oko kojih važnih stvari u vezi sa detetom se ne slažu (da li uvažavaju neslaganje drugog, da li smatraju da je procena neophodna).
- Treba se fokusirati na povećanju njihove snage, a ne na nedostatke i podeliti sa roditeljima ono što su naučili o svom detetu i preporukama za dalju evaluaciju i intervenciju.

Literatura:

- Berger, J. (2004). *Psihodijagnostika*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Kadushin, A., Kadushin, G. (1997). *The Social Work Interview: A Guide for Human Service Professionals*, Fourth edition, Columbia University Press.
- Nietzel, M.T., Bernstein D.A, Milich, R. (2002). *Uvod u kliničku psihologiju*. Zagreb: Slap.
- Phares, E. J., Trull, T. J. (1997). *Clinical Psychology (fifth edition)*. Pacific Grove:Broks/Cole Publishing Company.
- Samuel J. Meisels, S., Provence, S. (1989). *Screening and Assesment*, Guidelines for Identifying Young Disabled and Developmentally Vulnerable Children and Their Families, National Center for Clinical Infant Programme, USA.

INTERVJU SA DETETOM: SVET VIĐEN DEČJIM OČIMA

Branka Radojević, Vera Rajović

Osnovni zadatak procene orijentisane na dete (child-centered) je da se utvrde i zadovolje njegove potrebe. U tom procesu deca su izvor jedinstvenih i autentičnih podataka. Kada je stručnjak u dilemi, rešenje je da uključi i pita dete, jer će se odluke odraziti upravo na njegov život. Sam osećaj da neko uvažava njegovu ličnost i osećanja, ostaće mu u sećanju i ugradiće se u detetovo samopoštovanje, a doprineće pozitivnom ishodu za sve uključene strane u proces planiranja zaštite i podrške. *Svako dete ima šta da kaže, naročito o stvarima koje ga se lično tiču, ima pravo na priliku da izrazi svoje mišljenje i da ono bude uzeto u obzir pri donošenju odluka* (član 12 Konvencije o dečjim pravima). Zadatak stručnjaka je da mu to omoguće i kreiraju atmosferu u kojoj će dete moći da izrazi svoje potrebe i razmišljanja, uprkos ograničenjima koja mogu biti posledica razvojnih smetnji ili poremećaja.

Prednosti, ograničenja i neophodna predznanja

Komunikacija sa detetom je zahtevan zadatak i potrebna je dobra priprema, a najvažnije oruđe za to su znanje, veštine i ponašanje stručnjaka. Intervjueru ide na ruku da nema deteta koje ne želi da govori o sebi, a za razliku od odraslih od kojih dobijamo prerađen i socijalno poželjan odgovor, od dece uglavnom možemo dobiti ono što autentično misle i osećaju. Čak i kada dete ne govori, stručnjak treba da pojašnjava *šta misli da dete misli*, čime će dete ostvariti značajnu dobit i pomoć u preradi unutrašnjih sadržaja.

Osim straha od intervjuera i nedovoljno razvijenih verbalnih i drugih sposobnosti deteta, glavna ograničenja odnose se na neiskustvo stručnjaka u vođenju razgovora i njegova predubedenja u odnosu na hendikep i moći deteta, kao i uplitanja odgajatelja koji može da ima potrebu za kontrolom ili prezaštitničkim stavom. Stručnjaci često strepe ili izbegavaju da intervjuišu dete, iako se kvalitetan razgovor može obaviti i sa detetom uzrasta od tri godine. Svako dete je jedinstveno i zahteva jedinstven, dobro isplaniran, sproveden i zabeležen pristup. Osnovno pravilo jeste da prema detetu treba biti prijateljski nastrojen, aktivan i više mu davati podršku nego odraslima. Treba ga podsticati i odgovore propratiti znacima odobravanja i pohvale. Dete treba da se poštuje kao osoba i razgovor vodi po principu ravnopravnosti, bez dociranja i pokroviteljskog stava, jer takvu komunikaciju doživljavaju kao kritiku. Očekivanja stručnjaka treba da budu u skladu sa uzrastom – imati u vidu da su kod dece uzrasta od tri do četiri godine još na snazi primarni procesi: dete ne može dugo da sedi ili rešava zadatak, odloži potrebu ili da uspostavi voljnu kontrolu afekta. Dakle, nužno je dobro poznavanje karakteristika razvojnog nivoa, naročito kod dece predškolskog uzrasta – dete se ne sme ni preceniti ni potceniti.

Intervju sa detetom pruža bogatstvo nezamenljivih podataka, ali zahteva naročite veštine ukoliko se vodi sa traumatizovanom i decom sa smetnjama u razvoju. Neophodna polazna pozicija za intervju jeste uspostavljanje *radnog saveza* – što je dete iskusilo više traumatičnih događaja potrebno je uložiti više napora da bi se našao put do njega. Deca više odgovaraju na nesvesne ili potisnute reakcije intervjuera. Ako se intervjuer usteže da postavi neka pitanja, dete će biti nepoverljivo i manipulativno... To se naročito odnosi na decu koja su pretrpela hronično i dugotrajno nasilje, zlostavljanje i/ili zanemarijanje. Ukoliko je intervjuer snebivljiv i pribojava se šta može čuti od deteta, naročito u situaciji sumnje na seksualno zlostavljanje, dete će to osetiti, zatvoriće se i pošteće ga sadržaja koji intervjuer ne može da primi. Dugotrajno zlostavljana deca, razvijajući osećaj sopstvene krivice i bezvrednosti, osetljiva su na neverbalne znake, nepoverljiva i sklona davanju poželjnih odgovora. Suprotno tome, deca koja su doživela kratkotrajne traumatične događaje, kao što je gubitak bliske osobe, iznenadno nasilje u kome su bila žrtve ili svedoci, mogu doživeti intervjuera kao brižnog i zainteresovanog.

Intervjuisanje *dece sa smetnjama u razvoju* je poseban izazov. Pre nego što se započne sa intervjuisanjem treba utvrditi da li je dete u stanju da nas razume ili postoje neke prepreke (npr. zbog senzornih smetnji). U tom slučaju planiramo alternativne načine sporazumevanja, molimo odgajatelja da nam bude prevodilac ili uključujemo drugu osobu koja poznaje jezik znakova i druge načine komunikacije bliske detetu. Teškoća u komunikaciji može da se pojavi zbog nerazumevanja pitanja ili nemogućnosti deteta da dâ ili verbalizuje odgovor. Kod dece sa teškoćama u mentalnom razvoju tipa autizma i mentalne retardacije pitanja treba preformulisati, pojednostavljivati, tragati za onima na koje će znati da odgovori. Treba kreativno eksperimentisati, a može se koristiti i augmentativna komunikacija¹. Deca sa teškoćama u kognitivnom funkcionisanju često su neuspešna u rešavanju zadataka i doživljavaju inhibiciju usled anksioznosti, jer očekuju ponovni neuspeh. U takvim situacijama treba tragati za pitanjima na koja će dete moći da ponudi neke elemente odgovora, a zatim ih voditi ka konačnom odgovoru. Ako zna odgovor, a postoje problemi u verbalizaciji treba omogućiti da pokaže, donese, izdvoji, uradi...

Poznavanje karakteristika razvoja i mogućih smetnji, poremećaja, odstupanja, doprinosi osećaju kompetencije, umanjuje uticaj nepredviđenih faktora i omogućava stručnjaku da se kvalitetno pripremi i vodi intervju sa detetom.

Proces i njegovi elementi

Intervju je proces čiji se tok odvija u tri faze:

- Prva trećina služi za uspostavljanje dobrog radnog saveza sa detetom i može se opisati kao *prijateljski podržavajuća*. U njoj je intervjuer aktivniji, nastoji da zadobije poverenje deteta i motiviše ga na razgovor. Stručnjak je odgovoran za kreiranje atmosfere i uspostavljanje radnog saveza.
- Druga trećina je deo u kome dete ima inicijativu, spontano je, vodi razgovor. Ključna aktivnost intervjuera u ovoj fazi je *posmatranje*. Ukoliko intervjuer uspe da uspostavi dobar kontakt sa detetom, ono se opušta, osvaja prostor u komunikaciji i produkuje sadržaje.
- U trećoj fazi, kada se dete potpuno opustilo i već umorilo, dodatnim pitanjima ili manevrima intervjuer može da *proveri hipoteze i traga za snagama*.

Važni elementi procesa intervjuja su: priprema stručnjaka (praktična i emocionalna); priprema deteta ili mlade osobe za intervju; definisanje setinga – izbor mesta i obezbeđivanje drugih uslova za sprovođenje intervjuja; komunikacija sa detetom, posmatranje detetovih emocionalnih, somatskih reakcija, ponašanja i prikupljanje informacija; povratna informacija.

I. Priprema stručnjaka (praktična i emocionalna)

Nesigurnost, perfekcionizam, strah stručnjaka da neće kvalitetno voditi razgovor ili da će čuti traumatične sadržaje ne sme da ga spreči u poduhvatu. Deca, lako praštaju greške i *glupa pitanja* ukoliko stručnjaci deluju iskreno i suštinski zainteresovano.

Dobro pripremljen, empatičan stručnjak, spreman da sarađuje i poštuje dete, lako će razviti komunikaciju. Važno je da se pripremi koristeći dokumentaciju, a način ispitivanja da prilagodi godinama deteta i da se ophodi prema njemu sa punim uvažavanjem – da stvori sliku o sebi kao o konsistentnoj, emocionalno dostupnoj osobi, na koju dete može da se osloni. Što je kompetentniji stručnjak, to će se dete osećati sigurnije. Pokazalo se da se intervju mnogo lakše obavlja ukoliko to nije prvi susret između deteta i stručnjaka, već postoji kontinuitet u odnosu sa porodicom i detetom. Iako radnici u centrima za socijalni rad ne mogu uticati na organizaciju rada, važno je da razumeju kako promene utiču na njihove klijente.

Stručnjaka profesija ne štiti od njegovog intrapsihičkog doživljaja, niti od bolnih iskustava u sopstvenom životu. Zato je važno da očuva empatičnost, ali ne i da izgubi granice. To zavisi od načina

1 Augmentativna i alternativna komunikacija je dopuna i/ili zamena za prirodni govor i/ili pisanje, upotrebom potpomognutih i/ili nepotpomognutih simbola (npr. Blis simboli, daktilologija, gest, ideografi, logografi, manualni znaci, piktografi) i odgovarajućih načina selekcije i prenosa tih simbola. Primenjuje se kod osoba sa gluvoćom, mentalnom retardacijom, afazijom, autizmom, traumatskim povredama mozga, cerebralnom paralizom, motoričkim govornim problemima itd. (Golubović, Jovanović-Simić, 2002).

na koji intervjuer definiše profesionalnu ulogu, koliki stepen uvida ima u sebe i svoje stavove koji se tiču pojmova roditeljstva, porodice, smisla života itd. Tokom intervjuja, moguća je identifikacija i paktiranje sa detetom ili identifikacija sa odgajateljima, čak do negativnih osećanja prema detetu. I jedno i drugo vodi do kršenja granica i smanjenja profesionalne distance. Specifična slabost prema nekom tipu deteta, majke, porodice, situacije, ukazuje na opasnost od grešaka u proceni i zahteva uključivanje i drugih kolega u proces.

II. Priprema deteta ili mlade osobe za intervju

Pre procene treba razmisliti kako objasniti detetu čemu služi razgovor i kako će se koristiti ono što tom prilikom izjavi – dakle razjasniti ulogu deteta u procesu procene i koje su posledice po nje-ga. Dati odgovor nikada ne sme biti lažan. Nema univerzalnog uvoda, zavisi od konkretne situacije. Izaberi prave reči, što zavisi od deteta, uzrasta i njegovog iskustva u ranijim procenama. Pitanje: „Da li znaš zašto smo mi ovde?“ – nije idealan početak, jer se dete može osetiti prozvanim, odgovornim ili krivim. Ako su teškoće kod deteta razlog za procenu, ono je ophrvano grižom savesti i osećaće se odgovornim za sve što se dogodi porodici. Odgovornost zašto se vodi intervju stručnjak treba da preuzme na sebe, da dâ jednostavno i istini blisko objašnjenje kao na primer: „Ja imam obavezu da te posetim i procenim kako se snalaziš i da li možemo još nešto da učinimo da se bolje osećaš, napreduješ“ i sl. Mora se pratiti da li je dete dobro razumelo i biti otvoren za pitanja koja se mogu pojaviti. Unapred reči detetu da će intervjuer *morati ponešto da zabeleži, jer je ono što dete priča važno*. Postavlja se pitanje koliko informacija treba dati – ni premalo ni previše, najbolji je odgovor. Što se tiče pitanja kome će biti dostupan sadržaj intervjuja, najbolje je reći: *samo onima koji moraju da znaju imaće pristup informacijama koje dobijemo od tebe*.

III. Definisane setinga – izbor mesta i obezbeđivanje drugih uslova za sprovođenje intervjuja

Seting (mesto, vreme, prisustvo odraslih) da bude prilagođen potrebama deteta. Okruženje treba da bude bezbedno i prijateljski nastrojeno, ali treba izbegavati dečiju sobu kao sigurno mesto i utočište, jer može prestati to da bude nakon intervjuja. Preporučljivo je da se razgovor sa detetom vodi bez prisustva odgajatelja – to je nužno da bi stručnjak mogao da uoči kako se dete ponaša kada je samo u nepoznatoj, relativno nestrukturisanom situaciji sa manje-više nepoznatom odraslom osobom. Pošto je svako dete i situacija intervjuisanja jedinstvena – ukoliko postoji potreba i insistiranje deteta, razgovor treba obaviti u prisustvu odgajatelja. Ova situacija omogućava bolji uvid u interakciju odgajatelj – dete, ali neki stručnjaci smatraju da se time više gubi nego dobija.

Dete je produktivnije u pričanju kada je uključeno u zadatak i kada misli da je i odrasla osoba nečim zauzeta. Zato najbolji položaj nije licem u lice nego uvek jedno pored drugog ili dijagonalno. Vreme i sredstva za vođenje intervjuja potrebno je prilagoditi obavezama i uzrastu deteta. Treba osigurati da vreme za vođenje intervjuja ništa ne ometa. Najvažnije su veštine, poverenje, prilagođavanje, znatiželja i iskrenost ispitivača, što će procenu učiniti uspešnom.

IV. Komuniciranje sa detetom, posmatranje njegovih emocionalnih, neverbalnih reakcija, ponašanja i prikupljanje informacija

Početak intervjuja treba dobro organizovati u vezi sa nekim zadatkom, aktivnošću, npr. crtež. Govoriti polako i jednostavno. Mala deca zaboravljaju početno pitanje, ako je rečenica duga. Ako dete ne odgovara na neko pitanje, verovatno nije razumelo – preformulisati, pojednostaviti. Ne ponavljati pitanje u istom obliku. Ako je u pitanju starije dete i izbegava odgovor – konstatovati: „Verovatno ti je neprijatno da govoriš o tome“. Pitanja u hipotetičkoj formi poželjna su za manju ili traumatizovanu decu: „Hajde da zamislimo ... kao da ... kobajagi“. Možemo prihvatiti način na koji se izražava dete ili pojedine dečje kovanice, ali intervjuer treba da izbegava tepanje i infantilizovan govor. Ne treba govoriti preglasno, jer to posebno plaši manju decu, niti govoriti o deci iza njihovih leđa, jer tada dobijaju i uši i oči „na potiljku“. Neka deca su spontana i prikljiva, druga uzdržana i čutljiva – intervjuer ne sme biti preterano aktivan, niti popunjavati praznine, već omogućiti detetu da bude ono što jeste.

Pitanja koja izazivaju sećanja na bolne događaje ne treba postavljati na početku intervjuja, ali nikako se ne smeju izbegavati. **Ćutati o bolnim događajima, znači negirati realnost i život.**

Dete neće pričati o teškim stvarima, niti će se poveriti ukoliko nije uspostavljen radni savez i poverenje, a to će se dogoditi samo ukoliko intervjuer dobro tumači neverbalne znake i pokaže da razume dete. Vrlo je bitno da stručnjak primeti kada se dete uzbudilo i kada je pitanje suviše stresno, jer anksioznost može da ga dovede do isključivanja (fizičkog ili psihičkog). To nam može pomoći da u određenim momentima smanjimo intenzitet intervjuja, a da time ne ugrozimo njegov tok.

Naročitu pažnju treba obratiti na neverbalnu komunikaciju (sleganje ramenima, uspostavljanje kontakta očima i slično) jer dete, umesto da verbalizuje, odigrava osećanja kroz aktivnost (acting out) ili ih ispoljava na simboličan način (npr. ljubazno je prema intervjueru, ali počinje besno da udara ili probada lutku). Ono što primeti, intervjuer treba i da reflektuje: „Kada sam ti postavio pitanje primetio sam da si stegao šake i kao da te je nešto zabolelo u stomaku. Da li te je moje pitanje uznemirilo? Tako ljudi uglavnom reaguju kada ih nešto uznemiri“. Sačekati, napraviti dramsku pauzu. Bitno je da intervjuer posmatra dete dok opisuje njegovu reakciju. Ovo se mora raditi veoma pažljivo, a intervjuer mora da bude iskreno zainteresovan za odgovor koji će dete dati i ton glasa treba da bude umirujući. Time omogućava detetu da oseti vezu sa odraslom osobom i da se konačno otvori. Intervjuer treba da bude pouzdan, osetljiv, responzivan, izvor objašnjenja i podrške. Sve ovo se posebno odnosi na hronično traumatizovanu decu, kojoj ne smemo postavljati sugestivna pitanja, jer ćemo dobiti očekivane ili nametnute odgovore. Zato komunikacija često mora biti posredna kroz igru ili crtanje... Kod ove dece osmeh se ne sme tumačiti kao pokazatelj pozitivnih emocija, a iskaze, iako na prvi pogled deluju afirmativno, treba proveriti i tražiti da dete praktično objasni (operacionalizuje). Ako dete izjavi: – Mama mene mnogo voli – pitati ga: – Šta tvoja mama najčešće radi kada želi da ti pokaže da te voli? Ili: – Šta ti i mama najčešće radite u vreme razonode i zabave? Možemo konstatovati da osim produkovanih odgovora, svaki intervjuer gotovo spontano registruje i donosi sudove na osnovu prilagođenosti deteta na realnost, kvaliteta interpersonalnih reakcija/odnosa, adekvatnosti i kontrole emocija i impulsivnosti, prisustva anksioznih reakcija i otpora, i tolerancije na frustraciju.

Opšte preporuke za vođenje razgovora sa detetom:

- Napravite kontakt očima sa detetom i negujte ga u toku razgovora. Obraćajte se direktno.
- Usporite tempo govora i koristite kraće rečenice. Postavljajte pitanja koja su jednostavna, konkretna i lako razumljiva. Koristite jednostavan jezik, reči koje su poznate i glagole (ideš u školu, učiš, radiš domaće...). Koristite pitanja tipa – ko, šta, gde, češće od pitanja – kada, kako i zašto. Nemojte koristiti apstraktne reči ili ideje, sugestivna pitanja, niti dvostruku negaciju u pitanju: „Da li se nikad nije desilo da nisi poslušao mamu“?
- Dajte detetu dovoljno vremena da procesuirao ono što je rečeno i da vam dâ odgovor. Tražite da ponovi kako je shvatilo šta se od njega traži. Možete i parafrazirati detetov odgovor, to će ga ohrabriti da nastavi.
- Ako dete ne odgovara na postavljeno pitanje, preformulišite ga. Ako ni to ne uspeva, umesto pitanja koristite započetu rečenicu koju će dete nastaviti.
- Izbegavajte da prekidate dete, koristite tehnike dobre komunikacije da ga ne biste skretali sa teme.
- Ako dete teško komunicira, koristite sličice i učite ga da se njima koristi.
- Mislite o neverbalnim aspektima razgovora – držanje tela, gestovi, kontakti...
- Tretirajte pomagala kao deo detetovog ličnog prostora.
- Šala i humor su dobrodošli. Ćutanje je dozvoljeno.
- Ozbiljno shvatite sve što vam dete kaže. Ne nudite nerealno.
- Ne zaboravite da ne treba da budete idealan profesionalac ili intervjuer, već autentičan, zainteresovan za dobrobit tog, konkretnog deteta.

Napomena: Dete sa hiperaktivnošću neće moći da sasluša i sledi duga i komplikovana uputstva i pitanja! Postavljati jedno pitanje u jednoj rečenici! Dete koje ima snižene intelektualne sposobnosti najbolje će razumeti intervjuera ukoliko svoje pitanje ugradi u neobavezno vođen razgovor. Takođe, odgovor će se češće dobiti ukoliko se ne postavljaju direktna pitanja, a odgovor se izvodi iz dobijene sadržaja.

V. Povratna informacija

Za decu je veoma važno da čuju objašnjenja i informacije koje mogu uticati na njihov život. Stručnjaci često pomisle da deca zbog svog uzrasta ne mogu da razumeju šta im se događa. Svoj deci se moraju rečima približiti okolnosti koje su promenile ili će promeniti njihov život. Detetu nije bitna samo informacija, nego i to ko i na koji način je saopštava. Pre svega je važno da osoba koja daje informaciju bude ona koju dete zna i koja je upućena u njegov život. Važne odluke i preporuke treba da saopštava stručnjak koga dete doživljava kao *svog* socijalnog radnika, nikako nepoznata osoba, makar da je reč o starijem i iskusnijem kolegi. Treba se osloniti na osećaj i sa detetom voditi opširan razgovor o temi, naravno, rečnikom prilagođenim njegovom uzrastu.

Intervju nije samo metod procene, već je i sredstvo intervencije. Otuda ponekad može imati veće terapijsko dejstvo, nego i terapijski intervju. Navešćemo primer kvalitetne povratne informacije iz ugla, sada, trinaestogodišnje devojčice: „Imam osećaj da mi je socijalna radnica pomogla da razumem zašto prelazim u hraniteljsku porodicu, jer smo zajedno sele i razgovarale, a sa mnom je pričala kao sa odraslom osobom i pomogla mi da razumem, na način na koji sam ja to tada mogla da razumem, iako sam imala samo šest godina“ (Lefevre, 2008).

Razgovor sa decom jeste fundamentalni deo prakse u socijalnoj zaštiti, da podsetimo još jednom, iz moralnih (odlučuje se o životima dece), psiholoških (doprinosi njihovom samopoštovanju i boljem osećanju) i praktičnih razloga (vodi ka boljim odlukama i ishodima).

Literatura:

- Golubović, S., Jovanović-Simić, N. (2002). Augmentativna komunikacija. U: *Beogradska defektološka škola*, 3, str. 72-84, Beograd.
- Horwat, J. (2010). *The Child's World. The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need*, II Izdanje. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hrnjica, S. (ured.) (2008). *Škola po meri deteta*. Beograd: SCF i Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta.
- Keat, D. B., Guerny, L. (2003). *Helping your child*. Pennsylvania State University.
- Kondić, K. i Levkov, Lj. (1996). *Priručnik za primenu intervjuja s decom lišenom roditeljske pratnje*. Beograd: Fuego System.
- Luckock, B., Lefevre, M. (2008). *Direct Work – Social Work with Children and Young People*. London: BAAF.
- Prizant, B. M., Wetherby, A.M., Rubin, E., Laurent, A.C., Rydell, P. J. (2008). *The SCERTS Model: A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders*. USA, Paul H Brooks Publishing Co.
- Rajović, V. (2004). *Psiho-socijalne determinante razvoja i učenja mentalno retardirane dece*. Beograd: Institut za psihologiju i Filozofski fakultet.

PROCENA SNAGA ODGAJATELJA, DETETA I PORODICE EKO-SISTEMSKI PRISTUP

Marija Mitić

U poglavlju koje se odnosilo na pitanja procene u oblasti socijalnog rada ukazano je na značajne promene „filozofije“ socijalne zaštite uvođenjem konceptata *osnaživanje* (empowerment) i *partnerstvo* (Bently, 2002).

Koncept osnaživanja pruža široke mogućnosti za koncipiranje i realizaciju različitih vidova psihosocijalne podrške i svih usluga te vrste, uzimajući konačno u obzir potencijale i mogućnosti pojedinca – korisnika usluga u oblasti socijalne zaštite, koji je do skoro smatran pasivnim primaocem istih. Ovaj pristup bio je na štetu obe strane u interakciji, izvor frustracije stručnjaka, što je uz izraženo „sagorevanje“ bilo praćeno uobičajenim distanciranjem, omalovažavanjem odnosno potcenjivanjem korisnika. Sa druge strane, pozicija pasivnog, submisivnog primaoca usluga „gušila“ je postojeće potencijale i predstavljala prepreku za moguće razvijanje istih.

Međutim, ovaj problem nesagledavanja snaga primaoca pomoći ili podrške nije do skoro bio stran ni u drugim disciplinama i oblastima, mada su se čuli usamljeni glasovi kritike da usmerenost na deficit bilo koje vrste nije dobar put da pomognemo ljudima. Oblast zaštite i obrazovanja dece sa smetnjama u razvoju predstavlja možda najjasniji primer. Ko bi mogao govoriti o snagama „invalidnog“ deteta? Srećom, patologizacija odnosno patocentričnost nisu više „u modi“, jer nas ograničavaju i ne otvaraju puteve povećanju dobrobiti pojedinca. Očigledno se treba usmeriti na nešto drugo. Ali, kako vidimo, koncept *snage* koji obuhvata jedinstvene aspiracije, pozitivne karakteristike, nada-renosti, kapacitete i doprinose pojedinaca, obuhvata mnogo toga.

U oblasti psihologije takođe je sve zastupljeniji pristup koji se zove *pozitivna psihologija*. Promene o kojima je reč zahvatile su gotovo sve pomagačke profesije i predstavljaju deo savremenog trenda u čijem je fokusu kvalitet života pojedinca odnosno njegovo unapređivanje. Ali, kako bismo u potpunosti shvatili značaj procene snaga, gde mi te snage smeštamo, u koji konceptualni okvir i u čemu njihovo poznavanje može da pomogne, treba da krenemo od početka. Ne zaboravimo, u fokusu su nam dete sa smetnjama u razvoju i njegova porodica – porodično okruženje.

Stres i kriza

Rađanje deteta, odnosno potvrđena dijagnoza njegove ometenosti predstavlja snažan izvor stresa za biološku porodicu, a njegovo gajenje obiluje različitim stresorima u svakodnevnom životu, kako u biološkoj, tako i supstitucijskoj porodici (hraniteljskoj, usvojiteljskoj).

Na listi životnih događaja značajnih za porodicu u našem istraživanju (Mitić, 1994; 1997) najviše rangirani životni događaji po svojoj stresnoj vrednosti (maksimalan skor je bio 10) bili su:

- | | |
|--|------|
| 1. Smrt člana porodice | 9,57 |
| 2. Invalidnost ili teška bolest člana porodice | 9,23 |
| 3. Potvrđena sumnja u mentalnu zaostalost ili neki drugi hendikep deteta | 9,09 |
| 4. Pokušaj suicida člana porodice | 9,08 |
| 5. Odlazak porodice u izbeglištvo. | 8,96 |

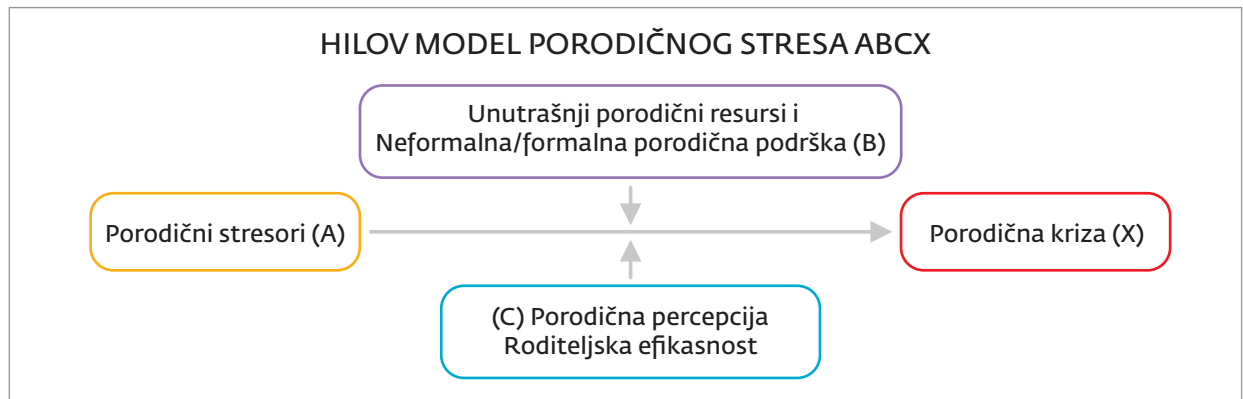
Neki od tih dodatnih stresora u gajenju i odrastanju deteta sa smetnjama u razvoju, pored ovog glavnog, mogu direktno da dovedu do stresa ili krize cele porodice (koja nam je sada u fokusu), neki ne. Pored značenja koje određenom životnom događaju daje porodica (u odnosu na njenu paradigmu ili odnos prema stvarnosti), postoje i drugi faktori koji doprinose prevladavanju potencijalnih posledica značajnih životnih događaja.

Novija istorija ljudskog roda obiluje brojnim katastrofama na planu društvenih zbivanja (velike ekonomske krize, ratovi), a porodica se, u vrtlogu tih zbivanja rasturala, ponovo sastavljala, drastično menjala svoj način funkcionisanja, što je sve predstavljalo podsticaj za njeno izučavanje. Postavljalo se uvek pitanje kako to da su neke porodice „preživlele“ mnoge životne nedaće, a neke su

se rasturile. Čime to može da se objasni? Objašnjenje je stiglo u vidu *koncepta i modela porodičnog stresa* koji su primenjeni da bi se dobio odgovor na dva, međusobno povezana pitanja: *Kako dolazi do porodičnog stresa i krize? Šta porodicu štiti od stanja stresa?*

Na osnovu prikupljenih iskustava sa porodicama koje su tokom Drugog svetskog rata bile razdvojene i susretale se sa mnogim teškoćama pri nastavljanju zajedničkog života, Reubin Hill napravio je model koji je poznat pod nazivom ABCX (Olson, 1983).

A predstavlja *stresni događaj* koji u interakciji sa **B** – *porodičnim izvorom krize* i u interakciji sa **C** – *definisanjem događaja* od strane porodice, proizvodi **X** – *krizu* (Olson et. al. 1983).



Protektivni faktori

Od prvobitne verzije modela interesovanje sa faktora rizika kasnije se premestilo na protektivne faktore. Postavlja se pitanje zašto sve porodice izložene multiplim stresorima ne dožive porodičnu krizu? Koji su to faktori što štite osobu ili porodičnu zajednicu od porodične krize?

B-varijabla se odnosi se na kompleks unutrašnjih i spoljašnjih porodičnih resursa i socijalnu podršku dostupnu porodici (povezanost unutar i van porodice).

C-faktor se odnosi na zajedničku porodičnu percepciju stresora, koliko ga porodica opaža kao katastrofu ili izazov (priliku) i roditeljsku efikasnost, odnosno ono što smo do sada nazivali roditeljstvo, uže odgajateljskom kompetencijom.

Dakle, na primer, ukoliko porodica doživi multipli stresor (kao što je rođenje deteta sa ometenošću) i uz to je: socijalno izolovana i emocionalno međusobno nepovezana i depresivna, bez nade i bez snage (sa bitno smanjenim roditeljskim kompetencijama), tada je pod povećanim rizikom za nastanak bolesti, nesrećne slučajeve, zlostavljanje i zanemarivanje dece, zloupotrebu supstanci, što sve zajedno može dovesti do potrebe da se dete izmesti u drugu, funkcionalniju porodicu.

Unutrašnji porodični resursi koji predstavljaju protektivne faktore od mogućeg stanja stresa ili krize, popularno se nazivaju i *porodičnim snagama*. Ovi resursi obuhvataju: individualne, bračne i porodične resurse.

Individualni resursi (resursi svakog pojedinca u porodici) odnose se na karakteristike ličnosti i specifične snage pojedinca.

U svojoj knjizi „Bukvar pozitivne psihologije“ (2006) autori polaze od toga da ljudi poseduju značajne snage slične onome što se u psihologiji smatralo crtama ličnosti. Martin Seligman i Christopher Peterson (autori navedene knjige), osnivači pozitivne psihologije, kao rezultat istraživanja dali su *listu karakternih snaga*:

- *Mudrost i znanje*: kreativnost, radoznalost, otvorenost duha, ljubav prema učenju i ovladavanju novim veštinama.
- *Snage hrabrosti*: emocionalne snage koje uključuju ostvarivanje ciljeva uprkos suočavanju sa preprekama: neustrašivost, istrajnost, integritet (autentičnost, poštenje), vitalnost: pristupanje životu sa uzbuđenjem i energijom.
- *Snage humanosti*: ljubav, ljubaznost/dobrota (plemenitost, briga, saosećanje, altruizam, socijalna inteligencija).

- Snage *pravednosti*: socijalna odgovornost, lojalnost, postupati prema svim ljudima kao jednakima.
- Snage *temperamenta*: praštanje, skromnost, obzirnost i samokontrola.
- Snage *transcedencije*: cenjenje lepote i izvrsnosti, zahvalnost, nada, humor i duhovnost (religioznost, vera, svrha).

Bračni resursi odnose se na snagu bračne zajednice odnosno kvalitet bračnog života. Obuhvataju zadovoljstvo raznim aspektima bračnog života, kao što su: raspodela kućnih poslova, vaspitanje deteta, provođenje slobodnog vremena, shvatanja uloge muža i žene u kući, uvažavanja ličnih želja i interesovanja bračnog partnera. Dobro slaganje, razumevanje i ljubav bračnih partnera, spremnost da jedno drugom pruže podršku, otvoreno komuniciraju i dogovaraju se, predstavljaju i izvor snage *roditeljskog podsistema* u okviru porodice. Ovo je veoma važno u svakoj porodici, a posebno u onoj (biološkoj ili alternativnoj) u kojoj odrasta dete sa smetnjama u razvoju. Usaglašenost i doslednost u vaspitnim postupcima i pružanje međusobne podrške u prevladavanju teškoća su od ključnog značaja. Kod smeštanja i gajenja deteta u alternativnoj porodici posebno je važno jačanje postojećih snaga i bračnog para i porodice u celini radi predupređivanja stresa i/ili porodične krize.

Porodični resursi odnose se na:

- Izbalansiranost porodične strukture i funkcionisanja (ravnoteža između porodične fleksibilnosti i stabilnosti, kao i između porodičnog zajedništva i omogućavanje autonomije za pojedince); to može biti i osećanje porodične koherentnosti (pronalaženja smisla u porodici, razumevanje šta se u porodici dešava i mogućnost upravljanja dešavanjima u porodici) ili pak postojanje porodičnog konsenzusa;
- Porodični identitet, porodični pogled na svet i život;
- Strategije porodičnog prevladavanja stresa: unutrašnje (redefinisane i pasivna procena potencijalno stresnog događaja) i spoljašnje: traženje socijalne podrške ili mobilisanje institucionalne podrške, okretanje religiji.

Svi ovi resursi su međusobno povezani, neki manje, neki više korisni, zavisno od životne situacije u kojoj se porodica nađe.

Kako većina porodica nisu „usamljena ostrva“, već su prirodno povezane sa mnogobrojnim osobama ili, prema ekosistemskom shvatanju, sa različitim podsistemima u svojoj okolini. Otvorenost porodice prema sredini (kvalitet njenih granica – poželjne su polupropusne) omogućava joj, uz ostala svojstva, da koristi prilike koje joj pružaju spoljašnji, *vanporodični resursi*. Ali korišćenje tih mogućih pogodnosti ne zavisi samo od porodice, već i od toga da li ti resursi realno postoje. Tako, na primer, porodica sa detetom sa smetnjama u razvoju može tom detetu da pruži adekvatno roditeljstvo i čini sve da stimuliše njegov razvoj. Međutim, u njihovom okruženju ne postoje raspoloživi resursi koji bi mogli dalje da pružaju podršku u tom pravcu (u okviru predškolskih ustanova, dnevnih boravaka za decu sa smetnjama u razvoju ili školama sa inkluzivnim opredeljenjem i praksom) pa optimalni razvoj deteta dolazi u pitanje.

Zašto nam je u proceni potreba deteta sa smetnjama u razvoju i njegove porodice važna procena snaga i jednih i drugih i ukupne porodice? Bez te procene lutaćemo i nećemo biti efikasni u pružanju neophodne podrške jer nam neće biti jasno na šta je možemo „nasloniti“, od čega se može prvo krenuti. Takođe, u proceni nam je veoma važno koje snage odgajatelj vidi u detetu jer nam to mnogo govori i o njegovoj motivaciji i kompetenciji, takođe važnim elementima za pružanje psihosocijalne podrške.

Šta su snage u svakodnevnom životu procenjivane dece i njihovih odgajatelja? Bez puno pretenzija, u odnosu na prethodno rečeno, dajemo radnu definiciju u skladu sa potrebom procene po modelu ROD.

Snage predstavljaju svi lični kvaliteti i osobine deteta i odgajatelja, bračni i porodični kvaliteti u smislu pogodnosti i prednosti, kao i postojeće podrške u okruženju, koje mogu poslužiti u daljem osnaživanju, a predstavljaju osnovu za planiranje psihosocijalne podrške u kojoj će oni aktivno participirati. Ovo predstavlja put za obezbeđivanje uslova za optimalan razvoj deteta i njegovu socijalnu uključenost.

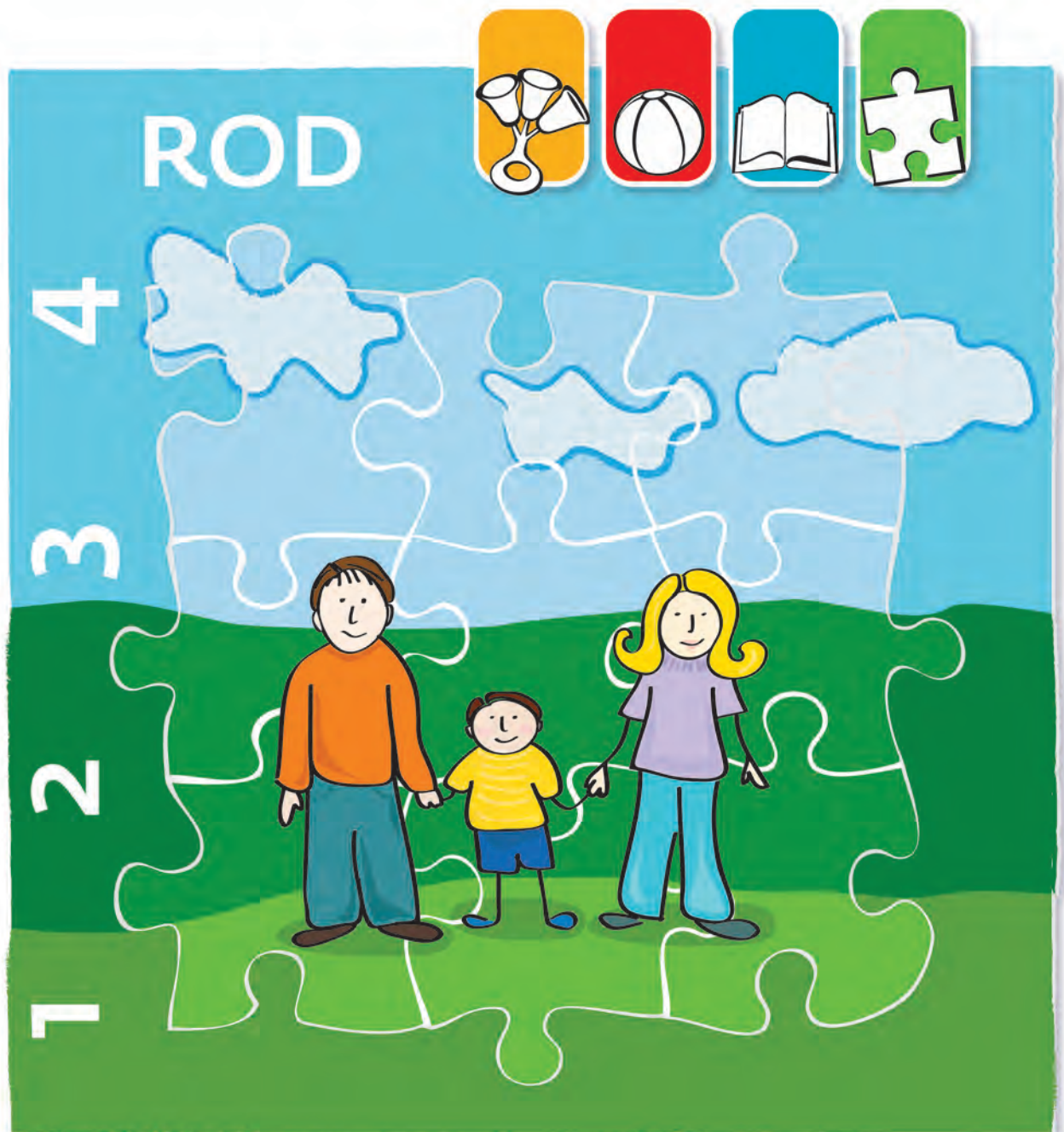
Snage, konkretno mogu biti: zajedništvo i ljubav među članovima porodice, topla porodična atmosfera, prihvatanje deteta od strane svih članova porodice, uključenost cele porodice u staranju o detetu, posedovanje zajedničkog stava u odnosu na gajenje deteta, iskustvo i tradicija porodice u podizanju deteta sa teškoćama. Odgajatelji, kao prednosti deteta tj. nešto što olakšava brigu o njemu ističu njegovu umiljatost, nežnost, vedrinu, duhovitost, saradljivost, upornost i samostalnost različite vrste.

Ovo su samo neki od primera iz pilot-ispitivanja modelom ROD, a verujemo da će stručnjaci zajedno sa decom i odgajateljima otkrivati i druge, mnogobrojne modalitete snaga na kojima će temeljiti podršku.

Literatura:

- Mitić, M. (1997). Neke osobenosti porodice deteta hendikepiranog cerebralnom paralizom. U: *Detinjstvo, rehabilitacija, integracija*, Zavod za cerebralnu paralizu i razvojnu neurologiju, Beograd.
- Mitić, M. (1997). *Porodica i stres - između poraza i nade*. Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta i „Žarko Albulj”, Beograd.
- Mitić, M. (1997). Porodica i stres. U: *Psihologija izbeglištva*, Vljaković, Srna, Kondić i Popović, IP Nauka, Beograd.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., Wilson, M. (1983). *Families - What Makes Them Work*. Sage Publications, New York.
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. Oxford University Press.

OD PROCENE DO DONOŠENJA ODLUKA



MODEL ROD I BATERIJA INSTRUMENATA

Marija Mitić

Model procene ROD predstavlja konceptualni okvir koji je poslužio za dizajniranje odgovarajućih instrumenata za procenu svih relevantnih potreba deteta i njegove porodice radi definisanja odgovarajućih vrsta podrške. U jednom od prethodnih poglavlja bilo je reči o principima kojima smo se rukovodili – zastupljenosti instrumenata različite strukture kako bismo dobili što širi dijapazon dragocenih podataka, kao i kako bi oni bili što primereniji ispitanicima – deci/mladima i odgajateljima.

Daćemo pregled osnovnih instrumenata i obrazaca neophodnih za prikupljanje podataka i beleženje procene.

Obrazac **Priprema za procenu** deteta/mlade osobe koji se popunjava pre odlaska u porodicu sadrži rubrike:

- Osnovne podatke o detetu i porodici, a za decu koja ne žive u biološkoj porodici, podatke o hraniteljskoj/usvojiteljskoj porodici, rezime snaga/potreba i faktora rizika za dete i porodicu;
- Pregled mera i usluga i efekti preduzetih mera;
- Tehnička priprema procene (lista važnih osoba i podsetnik za procenu).

ROD-1, strukturisani intervju za prikupljanje podataka, koji se prvenstveno odnosi na razvojne potrebe deteta, a izvor podataka je odgajatelj. Postoji nekoliko formi, zavisno od uzrasta:

- ▶ Od 0 meseci do 24 meseca
- ▶ Od 2 godine do 6 godina
- ▶ Od 7 do 14 godina i
- ▶ > 15 godina.

Pitanja u intervjuu obuhvataju različite oblasti/domene: *zdravstvene* potrebe, *emocionalni* status, *odnos* sa užim i širim socijalnim okruženjem i ponašanje, *psihomotorni*, *kognitivni* razvoj i obrazovanje ili (za starije uzraste) kognitivni razvoj, obrazovanje, zaposlenje i *profesionalno usavršavanje*, lični i porodični identitet i *samostalnost* u brizi o sebi. Zavisno od uzrasta deteta, određivan je i korpus pitanja za pojedine oblasti.

Ovi instrumenti u sebi sadrže, kao podsetnike, skraćenu formu razvojnog podsetnika koji je na kraju ove publikacije dat u celini. Razvojni podsetnici su pri ruci stručnjaku kako bi lakše procenio potrebe ili teškoće već u toku ispitivanja.

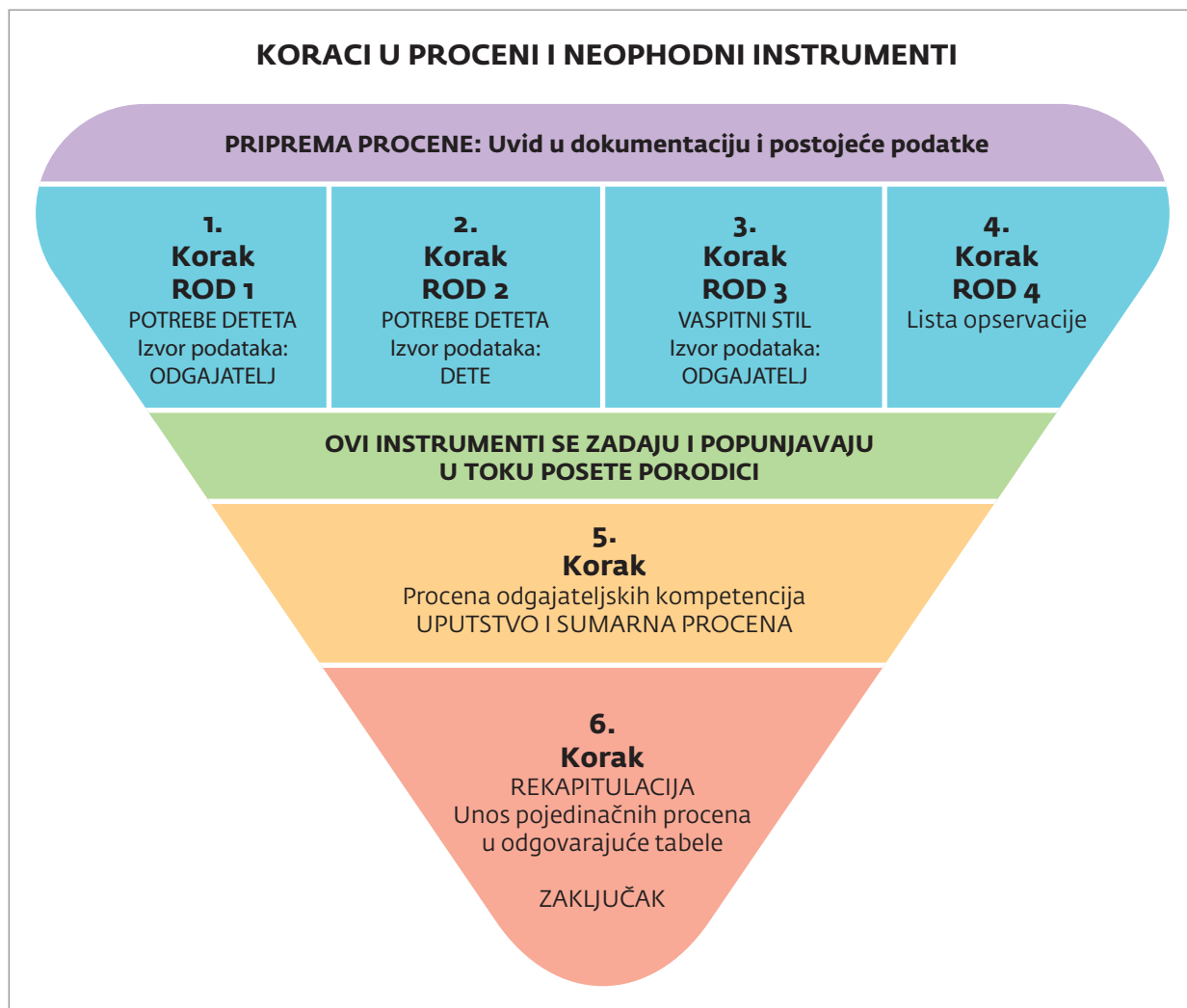
U obrascima za intervju, posle svake oblasti sledi rezime koji sadrži komentar odgajatelja i ispitivača o zapaženim ključnim snagama i teškoćama deteta.

ROD-2, tehnika za prikupljanje podataka, koji se prvenstveno odnosi na razvojne potrebe deteta, a izvor podataka je dete/mlada osoba. Za svaki od uzrasta napravljen je instrument prilagođen razvojnim specifičnostima ispitanika. Broj uzrasnih kategorija je proširen „umetanjem“ uzrasne kategorije 11–14 godina.

Instrumenti variraju po izgledu i strukturisanosti i u većini slučajeva predstavljaju kombinaciju strukturisanog intervjuja i varijanti sociometrijskih tehnika.

Upitnik za mladiće i devojke iznad 15 godina života sadrži više pitanja i oblasti (mogućnost introspekcije, procene, artikulirano mišljenje o pojedinim pitanjima), sa posebnim naglaskom na samostalnost u brizi o sebi, praktične i druge veštine.

ROD-3, Upitnik za *odgajatelje* ima nekoliko formi (za biološke roditelje i hranitelje; za odgajatelje dece do dve godine života i decu/mlade iznad tog uzrasta). Prvih osam stavki – pitanja koja se odnose na vaspitne stilove i sadrže pitanja sa otvorenim odgovorima, postavlja ispitivač kako bi podstakao verbalnu produkciju ispitanika i razumevanje iskaza. Ostale stavke samostalno popunjavaju odgajatelji. Uglavnom se odgovara na pitanja sa otvorenim ili ponuđenim odgovorima, a odgovori o socijalnoj mreži i podršci se upisuju u neku vrstu mape.



Sadržaj pitanja se odnosi na: vaspitne postupke, procenu sopstvene kompetenosti za gajenje deteta, procenu uticaja gajenja deteta sa smetnjama u razvoju na porodično i bračno funkcionisanje, kao i faktora koji olakšavaju gajenje deteta. Deo pitanja se odnosi na potrebe za podrškom i postojeće resurse.

U materijalu za ispitivanje postoje i priručni tekstovi koji omogućavaju lakšu procenu i objedinjavanje podataka o odgajateljskim kompetencijama, kao i Uputstvo za procenu vaspitnih stilova i Sumarna procena odgajateljskih kompetencija.

ROD-4, Lista opservacije predstavlja instrument za sistematsko posmatranje različitih relevantnih aspekata izgleda, ponašanja i životnih (stambenih) uslova koji mogu da doprinesu proceni zadovoljavanja potreba deteta, bazičnih i emocionalnih (interakcija dete–odgajatelj), uslova za kognitivnu stimulaciju, bezbednosti deteta i spremnosti odgajatelja na saradnju sa stručnjacima.

Sve pojedinačne procene (sa različitih instrumenata i za različite oblasti) unose se u tabele za rekapitulaciju koje sadrže rubrike za nezadovoljene potrebe deteta, snage (deteta/odgajatelja) i preporučenu podršku.

OD PROCENE DO DONOŠENJA ODLUKA

Marija Mitić, Branka Radojević, Branislava Piper

UVOD: OSNOVNA PITANJA INTEGRACIJE PODATAKA

Za svakog procenjivača ne mali problem predstavlja konačno objedinjavanje prikupljenih podataka u jasnu i celovitu sliku koja treba da pruži odgovor na postavljeni zadatak procene. Najčešće taj proces označavamo terminom *integracija*. Postoje različita shvatanja o tome šta je u stvari integracija i kako se ona odvija. Kao da svi znamo o čemu govorimo, ali u konkretnom slučaju nikako da počnemo jer smo u nedoumici šta mi u stvari tu treba da radimo. Pred nama su podaci različite vrste (zavisno od vrste instrumenta) i iz različitih izvora koje treba objединiti u zaključak.

Odakle krenuti? Prvo, treba razjasniti jednu stvar. Integracija je samo krovni pojam koji obuhvata različite nivoe. U nekim slučajevima je ona više nego minimalna (kada treba samo da odgovorimo šta nam neki podatak govori u poređenju sa nekim kritičnim skorom ako se radi o kakvom mernom instrumentu). Sledeći nivo integracije predstavlja *generalizacija* manjeg ili većeg obima, kada konkretne podatke uklapamo u opšte okvire (ako na primer, odgajatelj ne vodi računa o dečjem zdravlju redovno, ako mu nije poznato koja vrste hrane je primerena za određeni uzrast, onda govorimo o slaboj dimenziji odgajateljske kompetencije – bazičnoj brizi o detetu). O tumačenju –*interpretaciji*, nešto višem obliku integracije, govorimo kada korišćenjem određenog teorijskog koncepta objedinjujući tumačimo određeno ponašanje kod deteta (dete se plaši dodira drugih ljudi, ne reaguje ili burno reaguje na odvajanje od hranitelja, neselektivno prilazi nepoznatim ljudima... tada govorimo o poremećaju vezivanja ili privrženosti kod deteta). Najviši nivo integracije, bar u kliničkoj psihologiji predstavlja formiranje radne teorije ličnosti konkretne osobe.

U praksi procenjivanja uglavnom koristimo prva tri nivoa integracije. Dakle, u odnosu na primenjeni model procene ROD, integracija podataka predstavlja nekoliko stvari i rukovodi se *zadatkom procene*, odnosno odgovorom na krajnje pitanje koje su vrste podrške i kog intenziteta neophodne za konkretno dete sa smetnjama u razvoju i njegovu porodicu, bilo da je biološka ili odgajateljska.

Proces integracije, u odnosu na obuhvatnost zadatka procene i primenjenih instrumenata i postupaka za prikupljanje i tumačenje podataka tekao bi u nekoliko faza:

1. *Analiza podataka na svakom pojedinom instrumentu* u odnosu na domene koje obuhvata i rezimiranje, odnosno kratak pregled i sistematizacija podataka koja se obično i daje u rezimeu (relevantne tabele). Pored prikupljenih podataka instrumentom, na konačni sud utiče i opservacija praćena utiskom ispitivača.
2. Sledeći korak predstavlja *poređenje podataka iz raznih instrumenata* u odnosu na fenomen na koji smo fokusirani (npr. o samostalnosti deteta možemo da saznamo iz intervju sa odgajateljem, sa detetom, iz opservacije u domu odgajatelja i iz preovlađujućeg vaspitnog stila – u kojoj meri odgajatelj (ne)neguje detetovu samostalnost).
3. Rezultate prethodne analize i integracije unosimo u odgovarajuće tabele što nam služi kao vodič za sledeći korak. Kada smo *sistematizovali ili integrisali podatke u odnosu na ključne teme*: potrebe i snage, nastojimo da protumačimo njihov međusobni odnos. Posebno je važno, zahvaljujući znanju i teorijskim osnovama modela ROD, da obratimo pažnju na međusobni odnos nezadovoljenih potreba deteta i postojećih snaga (vrste) deteta i odgajatelja/porodice.
4. U ovoj fazi, zahvaljujući rezultatu prethodne, *odmeravamo primerene vidove podrške i izdvajamo najprioritetnije*, odnosno one koje bi trebalo urgentno realizovati.
5. *Zaključak* predstavlja rezultat ukupne integracije gde ukazujemo na opravdanost definisanja određene podrške s obzirom na potrebe deteta i kapacitete odgajatelja.

Kako praktičar može da izađe na kraj sa integracijom podataka do konačnog zaključka? Radi se o procesu za koji ne postoji dobar recept. Naime, znamo koje sastojke treba da koristimo (poznavanje teorijskih konceptata i konceptualnog okvira, dobro poznavanje dometa upotrebljenih instrumenata

i postupaka i, naravno – podaci). Nećemo odmah znati na samom početku čega treba više ili manje, ali će model ROD ponuditi osnovne korake u procesu. Edukacija za primenu modela ROD će omogućiti i početno savladavanje određenih veština, a pomoć supervizora, uz iskustvo, i njihovo suvereno primenjivanje u praksi.

INTEGRACIJA PODATAKA – POTREBE DECE

Instrumenti ROD-1 (potrebe deteta, izvor podataka: odgajatelj), ROD-2 (potrebe deteta, izvor podataka: dete) i ROD-4 (Lista opservacije) su izvor podataka za *procenu potreba deteta*. Pošto se te potrebe menjaju sa uzrastom, kao i zahtevi koji se postavljaju pred odgajatelje, instrument je podeljen u četiri uzrasne kategorije:

- Od 0 meseci do 24 meseca
- Od 2 godine do 6 godina
- Od 7 do 14 godina
- Više od 15 godina.

Podsećamo da su osnovni domeni u okviru svakog perioda:

1. Zdravstveni
2. Emocionalno-socijalni i ponašanje
3. Identitet – lični i porodični
4. Psihomotorni i kognitivni razvoj, obrazovanje, zaposlenje i profesionalno usavršavanje
5. Samostalnost u brizi o sebi.

Zadovoljavanje bazičnih potreba omogućava razvoj deteta i realizaciju njegovih potencijala. Putež definisanih indikatora u instrumentima ROD-1 i ROD-2, procenjivač može da registruje oblasti u funkcionisanju u kojima se dete ističe (snage/prednosti) ili odstupa od očekivanog (potrebe/teškoće), što se beleži na kraju svakog domena u rezimeu ispitivača. S obzirom da se dete formira u interakciji sa odgajateljima i okruženjem, posebno obratiti pažnju na kvalitet nege i brige, odnosno *zadovoljenost njegovih emocionalnih potreba*, koje su kamen-temeljac razvoja. Stabilan i adekvatan odnos između odgajatelja i deteta predstavlja *protektivni faktor* koji umanjuje mogućnost javljanja teškoća kod deteta, a ukoliko su prisutne, predstavlja značajnu *snagu* u njihovom prevladavanju. Sa druge strane, nesigurni obrasci vezivanja i neadekvatno roditeljstvo predstavljaju *faktore rizika* koji se negativno odražavaju na celokupan razvoj deteta. Osim u stabilnom i podržavajućem porodičnom i širem okruženju (porodica, škola, komšiluk, itd.), za snagama treba tragati i u okviru karakteristika deteta, njegove prirode/temperamenta, dobrih kognitivnih sposobnosti, efikasnih strategija za kontrolu emocija i ponašanja, pozitivne slike o sebi (samopouzdanje, samopoštovanje) i vrednosne orijentacije, kao npr. optimizam.

Registrowanje teškoća, na osnovu definisanih indikatora u instrumentima ROD-1, ROD-2 i ROD-4, omogućava određivanje prioriternih potreba deteta. U odnosu na različite domene i uzraste, navešćemo neke od preporuka za njihovo prepoznavanje.

PREPORUKE ZA PREPOZNAVANJE PRIORITETNIH POTREBA

ROD-1 – potrebe deteta, izvor podataka: odgajatelj

1. Zdravstvene potrebe

Zadovoljavanje zdravstvenih potreba usko je povezano sa zaštitom fizičkog bića. Ukoliko su kod deteta konstatovana hronična stanja, oboljenja ili invaliditet, mogu biti prisutne različite potrebe za praćenjem, podrškom, medikamentima, asistivnom tehnologijom i sl. Potrebe se beleže i proverava se da li su zadovoljene.

Često pobolevanje predškolskog deteta (od rođenja do šeste godine života), njegova zdravstvena i opšta fizička zapuštenost, koja nije u vezi sa stanjem ili oštećenjem, ukazuje na niži kvalitet emocionalne brige i nege od strane odgajatelja, ili čak na zanemarivanje i zlostavljanje. Hospitalizacije, kao vid separacije, mogu negativno da utiču na emocionalni razvoj deteta. Ono može postati plašljivo, plačljivo i uznemireno pri odvajanju (separaciona anksioznost).

Imunizacija i redovne posete zubaru pokazuju da li odgajatelji adekvatno odgovaraju na zdravstvene potrebe deteta. Deca sa mentalnom retardacijom dramatično reaguju na popravku zuba, zbog čega nije lako pronaći stomatologa koji može da obavi pregled.

Pubertet i adolescencija, generalno, nameću potrebu za podrškom, edukativno-preventivnim radom i posetama lekaru u vezi sa reproduktivnim zdravljem. Ovo se naročito odnosi na mlade koji su zlostavljani ili imaju smetnje u kognitivnim funkcionisanju. Seksualno zlostavljana deca i mladi mogu biti skloni rizičnom seksualnom ponašanju. Mladi sa mentalnom retardacijom imaju sniženu sposobnost razumevanja vlastite seksualnosti, što ih čini podložnim zloupotrebi. Mogu biti i sputavani, jer seksualni poriv ponekad ispoljavaju u neprimerenom kontekstu. Stoga postoji potreba da se pouče u kojim okolnostima mogu da istražuju, masturbiraju itd. Telesna oštećenja uglavnom ne utiču na seksualnu želju, što treba imati u vidu pri proceni potreba mladih sa invaliditetom.

2a. Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje: Emocionalne potrebe

Navike ishrane. Pošto je hrana simbolički reprezent ljubavi, praćenjem navika vezanih za ishranu mogu se identifikovati uslovi ranog razvoja deteta, kvalitet njegovog odnosa sa odgajateljima, kao i teškoće poput poremećaja privrženosti i drugih psiholoških smetnji.

Prekomerne količine hrane unose deca koja su dugo boravila u ustanovama, često menjala sredinu ili nisu imala adekvatnu emocionalnu podršku od strane odgajatelja. Već na uzrastu od dve do šest godina, dete može da počne da *skladišti hranu*, što takođe ukazuje da nije ostvarilo adekvatno iskustvo vezivanja bar sa jednom odraslom osobom. U pubertetu, prekomerno uzimanje hrane (*bulimija*) ili njeno odbijanje (*anoreksija*) učvršćuju se kao poremećaji i češći su kod devojčica. Poremećaji ishrane ukazuju na neadekvatan odnos deteta sa figurama roditelja, u slučaju anoreksije, na relaciji devojčica–majka.

Izbegavanje hrane koja treba jače da se žvaće, odnosno preferencija meke, mlevene hrane i mesa, u vezi je sa enurezom i ukazuje da dete ima problem sa bazičnom sigurnošću i pojačanu potrebu za podrškom od strane odgajatelja. Ukoliko dete i porodica odaju harmoničnu sliku, a enureza je izolovani simptom, uzrok je uglavnom u odnosu sa braćom i sestrama.

Odbijanje kašaste hrane, uz seksualizovano ponašanje, nevoljno mokrenje (enureza) i specifičnosti u pogledu upražnjavanja navika čistoće, može ukazivati da je dete seksualno zlostavljano.

Pika (jedenje nejestivih materija, zemlje, kreča, izmeta...) na uzrastu do dve godine sama po sebi nema patološki karakter, dok je preko dve godine deo spektra ponašanja vezanih za autizam i druge razvojne i psihološke/psihijatrijske smetnje. Prisutnija je kod traumatizovane, zlostavljane i zanemarene dece.

San. Teškoće u vezi sa snom mogu biti prouzrokovane čitavim nizom faktora, od predispozicije, zdravstvenog statusa deteta do kvaliteta brige o njegovom fizičkom i psihičkom zdravlju. Traumatizovana deca (žrtve ili svedoci nasilja) češće ispoljavaju teškoće u ovoj oblasti. Neispavano dete postaje razdražljivo, manje koncentrisano i preterano aktivno.

Dete do dve godine života, *ne spava preko dana* ukoliko se u porodici dešavaju dramatične stvari ili su odgajatelji permisivno-zanemarujući, pa ne obezbeđuju stabilnost i svakodnevnu rutinu.

Noćni strahovi/teror, mesečarenje (u periodu od dve do šest godina javljaju se kod 15% dece) i noćne more (košmarni snovi) mogu biti deo prerade informacija prikupljenih tokom dana, ali su učestaliji i intenzivniji posle stresnih događaja. Ukoliko se nastave u adolescenciji u vezi su sa ozbiljnim psihološkim smetnjama.

Preterano spavanje i poremećaji ritma mogu se javiti usled organskih uzroka, ali i stresnih situacija, razvojnih i psiholoških smetnji (kao što su afektivne smetnje, bipolarni poremećaj, itd.). Uzeti u obzir da, usled hormonskih promena, adolescenti imaju pojačanu potrebu za snom.

Navike čistoće. U pogledu navika čistoće smatra se da do druge godine života deteta odgajatelji prevashodno preuzimaju odgovornost za njihovo upražnjavanje. Upotreba pelena za jednokratnu upotrebu pomerila je granice u navikavanju dece na nošu na kasnije uzraste (čak do treće ili četvrte godine). *Neuspostavljene navike čistoće* (kontrola velike i male nužde, pranje ruku, zuba, kupanje) mogu biti u vezi sa različitim teškoćama, ometenošću, oboljenjima, ali i nepovoljnim uslovima ranog

razvoja i neadekvatnom brigom odgajatelja, naročito zlostavljanjem i zanemarivanjem. Ovo poslednje dovodi do vaspitne zapuštenosti deteta i ispoljava se kroz neusvajanje adekvatnih navika.

U periodu od dve godine do šest godina života, dete doživljava sopstvene izlučevine kao deo sebe i upražnjavanje navika čistoće koristi kao kanal za ispoljavanje osećanja. *Odbijanje da usvoji navike* (da piški, kaki u nošu ili toalet) može biti čin protesta prema okolini. Otuda deca, *ljuta* na svoju okolinu, mogu da imaju neobjašnjive zatvore, po nekoliko dana, za koje ne postoji medicinski razlog. Pored toga, stresni događaji i promene (rođenje brata, sestre) mogu dovesti do regresije i umokravanja kod dece koja su već uspostavila naviku.

Dete koje se plaši kupanja ili je uznemireno kada treba da koristi toalet imalo je negativna iskustva sa odgajateljima pri obavljanju tih navika. Drastičnije reakcije ukazuju da je ova rutina asociirana sa zlostavljanjem, moguće i seksualnim, naročito ukoliko je udruženo sa odbijanjem kašaste hrane, seksualizovanim i/ili bizarnim ponašanjem i enurezom. Suprotno tome, u pubertetu i adolescenciji, seksualno zlostavljana, kao i deca i mladi sa dubljim psihološkim problemima i potrebama mogu opsesivno da se peru i kupaju.

Nevoljno mokrenje (enureza) čest je pratilac dece bez roditeljskog staranja, ali i one sa težim smetnjama u kognitivnom razvoju, EPI-napadima, noćnim strahovima i mesečarenjem. Prvo isključiti organske uzročnike, a ako je enureza psihogenog porekla, obratiti se za pomoć već na uzrastu od četiri do pet godina. Kod jednog broja dece bez roditeljskog staranja, ali i one sa težim smetnjama u psihičkom i kognitivnom razvoju nevoljno umokravanje može da se nastavi tokom adolescencije.

Ukoliko je dnevna enureza udružena sa enkomprezom i bizarnim ponašanjima (*dete skriva feces, mokri/defecira van toaleta, muči životinje*) u pitanju je dublji nivo potreba. U tom slučaju, moguće je da je dete hronično traumatizovano i zlostavljano, što zahteva uključivanje specijalizovanih službi, psihologa i/ili psihijatra.

Emocionalno reagovanje. Pošto dete ne može da bude izvor problema, prisustvo teškoća u ovoj oblasti pre svega ukazuje na neadekvatnu brigu, negu ili traumatizaciju, osim ako je reč o autizmu i drugim razvojnim smetnjama¹. Do polaska u školu, deca prelaze značajan put od egocentričnih malih bića, koja hoće *sad i sve*, ka socijalnim stvorenjima, tolerantnijim na frustraciju, čiji je emocionalni odgovor primeren realnim situacijama. To znači da se trogodišnjoj deci mogu tolerisati retki i kratkotrajni napadi besa (od nekoliko minuta), dok se na uzrastu od četiri ili pet godina očekuje da se oni potpuno prorede.

Pošto tek u formiranom odnosu sa odgajateljima dete može da nauči da prepozna šta oseća i da kanališe svoja osećanja, deca u zaštiti često imaju teškoće na tom planu. Izložena sopstvenim primitivnim sadržajima ili stresnim događajima, mogu da budu izrazito *plašljiva* ili da *razviju specifične strahove* na bića, predmete ili situacije koje su bile izvor traumatizacije. Generalno, ova deca imaju teškoću da *prepoznaju i imenuju svoja osećanja*.

Ukoliko je vaspitni stil odgajatelja bio *permisivno-zanemarujući* uz prisustvo porodičnog nasilja, može se razviti poremećaj ponašanja za koji su *napadi besa* i iritantno ponašanje uobičajene strategije za kontrolu situacije i postizanje cilja.

Deca čiji su odgajatelji nedosledni ili njihov vaspitni stil sadrži elemente psihičkog i fizičkog zlostavljanja, mogu da ispolje čitav niz neadekvatnih emocionalnih reakcija: od *straha da ispolje emocije* do prenaglašenih reakcija – *plačljivosti* i *naglih promena raspoloženja*, po principu *dr Jekyll i mister Hyde* (dete umilno kao penušanje šampanjca, odjednom se pretvara u vulkan koji bljuje vatru).

Obratiti pažnju da se autizam i drugi pervazivni poremećaji formiraju u ranom uzrastu (sa dve ili tri godine) i utiču da dete *ne ispoljava osećanja* (deluje emocionalno *tupo*, ravnodušno) ili su ona *atipična, neprimerena situacijama i dugotrajna*.

Uprkos tome što se za pubertet vezuju emocionalni izlivi i eksperimentisanje, deca na ovom uzrastu treba jasno da diferenciraju i socijalno prihvatljivo izražavaju svoja osećanja, uključujući i ona negativna. Nemogućnost da kontrolišu emocije i impulse upućuje na različite psihološke smetnje ili teškoće u ponašanju.

1 Ako postoji podatak da je majka uzimala alkohol ili drogu tokom trudnoće, beba koja neutešno plače može da pati od apstinencijalne krize (ukoliko je sve praćeno pothranjenošću i usporenim razvojem).

▶ NEVOLJNO UMOKRAVANJE (ENURESIS)

Enureza je funkcionalni poremećaj kontrole bešike koga odlikuje ponavljano, nevoljno mokrenje u odeću ili krevet. Nije uzrokovana diureticima ili organskim oštećenjima i utiče na socijalno funkcionisanje. Kriterijumi za dijagnostikovanje (prema DSM IV):

Učestalo mokrenje u krevet ili odeću (bilo nevoljno ili namerno).

Klinički je značajno ukoliko se događa dva puta nedeljno tokom najmanje tri meseca zaredom i utiče na oštećenje socijalnog, školskog i drugih važnih područja funkcionisanja.

Kritičan uzrast za dijagnostikovanje poremećaja kod deteta je 5 godina. Ukoliko poremećaj perzistira i nakon navršene pete godine života deteta, treba se obratiti za stručnu pomoć. Po drugim, strožijim kriterijumima, poremećaj se može konstatovati već u periodu između treće i četvrte godine.

Isključeni su fiziološki i zdravstveni faktori.

Postoji *primarni tip enureze*, u slučajevima kada dete nikada nije uspostavilo kontrolu bešike i *sekundarni*, ako je navika uspostavljena a umokranje je usledilo nakon *svog perioda*. Primarna enureza je češća nego sekundarna.

Vrste:

Samo noćna (obično u prvoj trećini sna). Češća je nego dnevna.

Samo dnevna. Ređe se javlja i obično gubi nakon devete godine.

Noćna i dnevna.

Enureza se može pojaviti kao pratilac drugih smetnji kod deteta. Dnevna enureza je često udružena sa *enkomprezom* – nevoljnim defeciranjem. Može biti pratilac EPI-napada, noćnih strahova i mesečarenja, a češće se javlja kod dece sa težim smetnjama u kognitivnom funkcionisanju. Ukoliko se ispoljava kao izolovana pojava, reč je o *monosimptomatskoj enurezi*.

Pojava nevoljnog umokranja učestalija je kod dečaka – jedan i po do dva puta je verovatnije da će se pojaviti kod dečaka nego devojčica, a na uzrastu od pet godina, 7% dečaka i 3% devojčica ima enurezu.

Navode se različiti faktori kao uzročnici ove pojave, u zavisnosti od teorijskog pravca. S obzirom da se enureza nalazi u istoriji pojedinih porodica, traga se za genetskim i fiziološkim faktorima (mali kapacitet bešike, nezrelost CNS-a, tzv. vegetativni infantilizam), dok je psihološke teorije uglavnom objašnjavaju kao posledicu vaspitavanja, odnosa dete–odgajatelj ili odnosa sa braćom/sestrama i porodične dinamike.

Nekontrolisano umokranje je čest pratilac dece u zaštiti, dakle one koja su iskusi nepovoljne uslove razvoja – zanemarivanje, zlostavljanje i česte promene sredine. Obično se javlja kao reakcija na izmeštanje deteta u drugu porodicu i može da se izgubi u toku šest meseci, kada se dete prilagodi na promenu. Međutim, jedan broj dece ima konstantan problem sa enurezom. Odgajatelje često zavađa što se ona obično spontano gubi u pubertetu, ne shvatajući da uzrok koji je do nje doveo nije eliminisan, već samo menja pojavni oblik. Umokranje zamenjuju intrapsihički konflikti, a na spoljnjem planu mogu da se pojave tikovi i ponašanja karakteristična za opsesivno-kompulsivnu simptomatologiju.

Ukoliko je prisutna i noćna i dnevna enureza, posebno udružena sa enkomprezom, a nije u vezi sa drugim oboljenjima ili stanjima, može da ukazuje na ozbiljnije psihološke teškoće i indikator je dubokih trauma i/ili zlostavljanja. Otuda je glavna preporuka da odgajatelji ne čekaju da se umokranje spontano izgubi, već da se obrate za pomoć.

Za redukciju enureze primenjuju se različite terapije, od fizikalne (elektroterapije, dijete), akupunktura do medikamentne (antidepresiv imipramin i antiuretik dez-mopresin) i psihoterapije. Iako široko primenjeni, medikamenti i klasično uslovljavanje ne daju dugoročne rezultate. Postoji više istraživanja koja ukazuju da je kombinacija bihevioralnih metoda sa metodama sistemske porodične terapije efikasan način za redukciju ove pojave.

Branka Radojević

Bizarne ili opsesivne misli i radnje, halucinacije, drastične promene raspoloženja od euforičnog do depresivnog, izolovano ili udružene sa poremećajima navika čistoće (pika, bizarno postupanje sa izlučevinama, enkompreza, itd.) i sna, kao i rizičnim i bizarnim ponašanjima (poput mučenja životinja, samopovređivanja, piromanije, konzumiranja droge, suicida) ukazuju na ozbilje psihološke smetnje. Prvi znaci bipolarnog poremećaja mogu da se jave već od sedme godine, a šizofrenije i pre 12 godine. Za sve njih je zajedničko da onemogućavaju detetu da dostigne očekivani socijalni, obrazovni i profesionalni razvoj.

Depresivnost i drugi indikatori autoagresivnih radnji ili psihotičnih stanja ne smeju se ignorisati zbog nužnosti određivanja adekvatne terapije/lečenja i opasnosti od *suicida*.

Tikovi i prisilno ponavljanje određenih radnji su deo opsesivno-kompulsivne simptomatologije.

Previđanje potrebe za ljubavlju dece sa razvojnim smetnjama dovodi, generalno, do njihovog dubljeg propadanja u svim domenima razvoja.

Aktivitet i pažnja. *Hiperaktivnu* decu predškolskog uzrasta odlikuju intenzivne reakcije na stimulaciju, visok nivo aktivnosti, nemogućnost sedenja na jednom mestu, upornost u zahtevima, nemogućnost da se zadrže na jednoj aktivnosti (u težim slučajevima ne duže od tri do pet minuta), inačenje, nizak kapacitet da se prilagode promeni, problemi sa čekanjem, deljenjem stvari, poremećaji sna i ozbiljan prkos. Deficit pažnje i hiperaktivnost (ADHD) čest su pratilac dece u zaštiti i one sa nepovoljnim uslovima razvoja (zlostavljane i zanemarene).

Na uzrastu od sedam do deset godina, ADHD se ispoljava kao selektivna nepažnja (dekoncetri-sanost i isključenost od okoline), teškoća zadržavanja pažnje (skakanje sa teme na temu, lako odvlačenje pažnje i nemogućnost završavanja zadatka...), impulsivnost (reagovanje bez razmišljanja, pravljenje previda u zadacima, upadanje u reč), nemirnost, vrpoljenje na stolici, šetanje po učionici... U uzrastu od preko 13 godina, ona menja oblik u poremećaj deficita pažnje bez hiperaktivnosti. Spoljašnje/fizičke manifestacije poremećaja su slabije, ali se delovanje bez razmišljanja, usled nemogućnosti kontrole impulsa, pogoršava (nemogućnost planiranja, radi više stvari odjednom i ništa ne završava, sklonost histeričnim ispadima, izlaganje riziku i socijalno rizičnom ponašanju, itd.). Kroz osnovnu i srednju školu, poremećaj pažnje prate drugi problemi u učenju kao što su disleksija, disgrafija, diskalkulija... Potrebna im je pomoć u učenju i podrška da ne prekinu školovanje i izbegnu socijalno rizična ponašanja (zloupotrebu supstanci, prestupničko ponašanje i sl.).

Preokupiranost pojedinim predmetima ili *teškoća prebacivanja sa jedne aktivnosti na drugu*, karakteristični su za pervazivne poremećaje i mentalnu retardaciju.

Letargičnost, odnosno snižena budnost može da bude u vezi sa retardacijom, organskim i psihičkim poremećajima, kao što je npr. depresivnost.

Razvoj polnog identiteta, autoerotske, autoagresivne radnje i erotizovano ponašanje. Teškoće u ovoj oblasti ukazuju na nezadovoljene psihološke potrebe deteta, pre svega za ljubavlju ili traumatizaciju deteta od strane odgajatelja (sadašnjih ili prethodnih).

Roking na uzrastu do druge godine, čak i kada je deo rituala uspavlivanja, upućuje da odrasli treba da obezbede nunanje, tepanje i druge vrste stimulacije, da se dete ne bi samostimulisalo. Retko se viđa posle treće godine života i zahteva stručnu pomoć, naročito ako dovodi do samopovređivanja deteta, kada je udruženo sa drugim autoerotskim i autoagresivnim radnjama (griženje noktiju, igranje sa kosom, sisanje palca, udaranje po sebi) ili ih prate drugi pokazatelji razvojnog zastoja, neuroloških, psiholoških problema ili pervazivnih poremećaja.

Iako u pojedinim razvojnim normama piše da *dečju onaniju* (beba se tare nogicama radi samostimulacije) treba tolerisati, posebno u uzrastu od tri godine do pet godina, uvek je pokazatelj nedostatka ljubavi i pažnje od strane roditeljskih figura. Zato je učestalija kod zanemarene i dece koja borave u institucijama.

Sisanje palca/cucle je navika koja može da počne u prvim mesecima života, doživljava vrhunac oko druge, a obično se gubi u četvrtoj godini. Sisanje palca vrlo je otporno (dugotrajno, frekventno, teško iskorenjivo) kod dece koja su iskusila nepovoljne uslove ranog razvoja (npr. boravak u instituciji), više promena sredine/separacije ili traumatične događaje.

Znatiželja vezana za seksualnost normalno se javlja kod dece predškolskog uzrasta. Odlikuje je spontanost i deca lako odustaju od ovoga ponašanja kada im se objasni da je ono neprimereno. Nasuprot tome, seksualno zlostavljana deca ispoljavaju *seksualizovano ponašanje* (imitiraju seksualni čin, kompulzivno masturbiraju), *razvojno neadekvatno seksualno znanje*, kao i otvoreno *seksualno prilaženje* drugoj deci i odraslima (u kasnijim uzrastima *promiskuitetnost*). Ovi pokazatelji su uvek udruženi i sa drugim teškoćama, odnosno poremećajima navika ishrane, čistoće, sna i ponašanja.

Autoagresivne radnje (*čupkanje/uvrtanje kose, griženje noktiju i druga samopovređujuća ponašanja*) upućuju na prisustvo anksioznosti. Iza samopovređivanja stoji dublji nivo psiholoških potreba i potrebno je obratiti se za stručnu pomoć.

2b. Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje: Odnos sa socijalnim okruženjem i ponašanje

Odnosi (bliskost/privrženost) prema odgajateljima, članovima domaćinstva i drugim odraslima. Deca koja nisu ostvarila adekvatnu relaciju sa roditeljskim figurama u prve dve godine života, mogu da razviju poremećaj privrženosti: *odbijaju kontakt očima, fizički dodir/maženje, bliskost i mogućnost da prepuste kontrolu odgajateljima* dok su, s druge strane, *neselektivno prisni sa neznancima*. Stekla su iskustvo da ne mogu da se oslone na odgajatelje i druge odrasle, otuda su razvili strategije da ih drže na distanci: *šefovski se postavljaju, ne dopuštaju im uvid u namere i osećanja i ljute ih svojim nepoželjnim ponašanjem*.

Deca sa razvojnim teškoćama i poremećajima privrženosti mogu da *ne pokazuju znake protesta zbog odvajanja* od odgajatelja. Pojava pervazivnih poremećaja i razvojnih teškoća može uzrokovati *ravnodušnost deteta* na prisustvo ili odsustvo odgajatelja.

Traumatične separacije i dugotrajne hospitalizacije mogu pak da dovedu do *preterane vezanosti* za odgajatelje.

Ponašanje. *Nepoštovanje pravila, verbalna i fizička agresivnost, laganje, krađa, manipulacija, izlaganje riziku i prestupničko ponašanje* ukazuju na probleme i/ili poremećaj ponašanja. Treba imati u vidu da postoji veza između poremećaja privrženosti, sindroma deficita pažnje sa hiperaktivnošću i poremećaja ponašanja.

Od izuzetne važnosti je da se ne previđaju potrebe za ljubavlju i vaspitavanjem osoba ometenih u kognitivnom funkcionisanju. Ako se to dogodi, oni će izrasti u mlade ljude sa psihičkim i poremećajima ponašanja na koje tehnike za preoblikovanje ponašanja ne mogu da se primene, jer zahtevaju razumevanje i saradnju.

Nepredvidljivo, atipično ponašanje karakteristično je za poremećaje iz pervazivnog spektra, kao što je autizam, ali odgajatelji nalaze da je ovaj indikator adekvatan da bi se opisalo i ponašanje dece sa poremećajima privrženosti (*ne reaguju na kaznu, rade upravo suprotno od onoga što se zahteva*, itd.).

Iza bizarnih ponašanja, mučenja životinja, piromanije, konzumiranja droge/alkohola i izlaganja riziku (što može biti prikriveni vid suicida) stoje ozbiljnije psihičke smetnje.

Odnosi sa drugom decom. Deca do druge godine života nisu u stanju da se igraju sa vršnjacima, ali vremenom ta sposobnost i potreba raste. Deca koja ispoljavaju teškoće u ponašanju, *nekooperativna su, insistiraju na sprovođenju sopstvenih pravila i nasilna su* prema drugoj deci, zbog čega ova počinju da ih izbegavaju.

Ukoliko dete *ne pravi razliku između prijatelja i poznanika, preterano je ljubomorno i agresivno prema vršnjacima* može da ukazuje na nesigurne obrasce vezivanja i poremećaj privrženosti. Slično, dete koje se *neselektivno druži (svi su mu dobri prijatelji)* i *popustljivo je prema zahtevima vršnjaka* ima nedostatak samopoštovanja i lošu sliku o sebi.

Autistična i deca sa drugim pervazivnim i razvojnim teškoćama mogu ispoljavati *nezainteresovanost* ili strah, *povlačenje* pred vršnjacima, a često su submisivna u grupi i *žrtve zadirivanja/vršnjačkog nasilja*.

Simbiotske potrebe sa odgajatelja dete prenosi na vršnjačku grupu koja mu služi kao prelazni objekt pri sticanju veće socijalne nezavisnosti od roditelja. Važno je utvrditi kako se odgajatelji adaptiraju na povećan stepen socijalne automije adolescenta, a da pri tome zadrže funkciju podržavanja u formiranju i održavanju njegovih relacija sa okruženjem. Ovo se naročito odnosi na odgajatelje dece u zaštiti, koja su iskusila separacije, zlostavljanje i/ili zanemarivanje, kao i na decu sa mentalnim i razvojnim smetnjama.

3. Identitet – lični i porodični

Svaka osoba ima potrebu da se istakne i bude jedinstvena u nečemu. Zbog toga je važno da dete ima *interesovanja* i da se ona razvijaju, neguju. Ukoliko to nije slučaj, znači da odgajatelji nedovoljno prepoznaju potrebu i značaj ovog segmenta za njegov razvoj i dalji život. Deca koja neguju svoje sklonosti, razvijaju *samopoštovanje* i dobru *sliku o sebi*. Ona lakše izlaze na kraj sa problemima i odupiru se negativnom pritisku okoline. Nasuprot tome, deca koja imaju nizak nivo samopoštovanja nesigurna su kada naiđu na prepreke, previše samokritična, pasivna, povučena ili mogu postati agresivna. Zanemarivana i zlostavljana deca, kao i ona sa smetnjama u razvoju i invaliditetom, uglavnom su ugrožena u sferi samopoštovanja.

Pitanje *identiteta* je vrlo osetljivo za decu bez roditeljskog staranja. Utvrditi da li su odgajatelji razgovorali sa detetom o njegovom poreklu (optimalan period između treće i četvrte godine) i da li proces vode kao kontinuiran dijalog, u skladu sa detetovom sposobnošću da razume i spremnošću da čuje. Čuvanje uspomena, održavanje kontakta sa ljudima koji su bili uključeni u negu i obilazak mesta gde je dete živelo neophodni su da bi ono moglo da integriše svoju prošlost. Da bi dete formiralo pozitivnu sliku o sebi i samopoštovanje, odgajatelji moraju da mu predoče postojanje ljudi koji su o njemu brinuli i voleli ga, od samog rođenja do danas. *Kulturni identitet* takođe treba razvijati

od *malih nogu* (posećivati kulturne i druge manifestacije vezane za etničko i versko poreklo deteta i učestvovati u porodičnim proslavama i ritualima). Odgajateljske kompetencije u ovom domenu treba unapređivati, ako se konstatuje da hranitelji ili usvojitelji:

- odlažu razgovor (npr. pravdaju se uzrastom deteta, a dete ima više od četiri godine);
- smatraju da je saopštenjem, odnosno jednim razgovorom priča o poreklu zaokružena;
- nisu pričali sa detetom zbog čega su ga prihvatili u svoju porodicu;
- suštinski neguju odbojan i etiketirajući stav prema biološkoj porodici i ne prepoznaju važnost održavanja kontakta;
- ignorišu detetovu prošlost i potrebu da je integriše, kao i njegovo drugačije etničko i versko nasleđe.

4. Psihomotorni, kognitivni razvoj, obrazovanje, zaposlenje i profesionalno usavršavanje

Krupna motorika. Na ranom uzrastu razvoj motorike je osnova za razvoj drugih funkcija, pre svega senzornih i kognitivnih.

Kašnjenje u držanju glave, sedenju i hoda uglavnom je povezano sa usporenim psihofizičkim razvojem. Međutim, opšti nivo reagovanja deteta i koordinisanost pokreta tela mnogo su značajniji faktori od pojedinačnih pokazatelja.

Teškoće deteta (*neusklađeni, nesvršishodni i neusmereni* pokreti) na uzrastu do dve godine mogu biti u vezi sa zaostajanjem u telesnom i/ili mentalnom razvoju.

Neke od teškoća (*poremećaj kontrole glave, nedovoljan tonus, nemogućnost održavanja uspravnog položaja/ravnoteže, cerebralna paraliza...*) mogu biti organski uslovljene.

Stereotipni pokreti karakteristični su za poremećaje iz autističkog spektra.

Fina motorika. Zaostajanje u razvoju fine motorike ne mora biti alarmantan znak, već je pokazatelj da te funkcije treba uvežbavati kroz igru. Vežbanjem fine motorike razvija se i detetova pažnja, tj. budnost i premeštanje pažnje.

Ako dete *ne poseže za predmetom*, a izostaju i reakcije na zvuke, to može ukazivati na potrebu kontrole sluha ili vida.

Interesovanje za određenom vrstom aktivnosti ukazuje na sklonosti koje bi trebalo podržavati kupovinom igraćaka ili materijala za omiljene igre. Pred polazak u školu, dete dostiže zrelost koordinacije finih pokreta ruku sa pokretima očiju, koja je preduslov za uvežbavanje čitanja i pisanja.

Kašnjenje u razvoju hvatanja predmeta prstima, udruženo sa ostalim indikatorima, ukazuje na zaostajanje u kognitivnom razvoju i moguću mentalnu retardaciju. Takva deca veoma dugo imaju stisnutu šaku, a razvoj hvata je najčešće podjednako usporen kod obe ruke.

Razvoj perceptivnih sposobnosti. Razvoj perceptivnih sposobnosti u tesnoj je vezi sa razvojem motorike – o dečijem opažanju se može zaključiti preko motornih reakcija: *okretanja glave i/ili tela, posezanja za predmetima, traženju produžene zvučne ili vizuelne stimulacije, aktivnog pokušavanja deteta da izazove stimulaciju*. Izostajanje ovih reakcija ukazuje na potrebu kontrole vida i sluha.

Razvoj govora i komunikacija. Zbog tesne povezanosti sluha i govora, oštećenje sluha obavezno dovodi i do teškoća u govoru. Ukoliko govorne aktivnosti izostaju u periodu od 18 do 24 meseci života, potrebno je proveriti sluh deteta.

Blago kašnjenje u govoru (na uzrastu dve do dve i po godine) nije neobično. Ako su kognitivne funkcije, sluh, gestikulacija i facijalna ekspresija uredni, takvo dete će vremenom steći i govornu veštinu. Ako do 30 meseci *ne počne da govori u rečenicama* treba zatražiti stručnu pomoć.

Pri polasku u školu i dalje je *moгуće nepravilno izgovaranje pojedinih glasova*, kao i pojava teškoća u čitanju i pisanju (*disleksija i disgrafija*). *Disleksija* se ispoljava kroz teškoće u sricanju slova u reči, čitanju dugih reči, razumevanju pisanog teksta, izostavljanju slova...

Otežan, negramatičan govor i teškoće u verbalnom izražavanju u vezi su sa sniženim kognitivnim sposobnostima. Uzroci odstupanja u razvoju govora, ukoliko su isključeni organski faktori (anomalije govornih organa) i mentalna retardacija, mogu biti emocionalno lišavanje, kao i nedovoljna/neadekvatna stimulacija sredine.

Mucanje se uglavnom javlja kod dece uzrasta dve godine do šest godina, više kod dečaka nego kod devojčica. Obično ima prolazni, razvojni karakter, osim ukoliko je uzrok psihološke prirode, povezan sa traumatizacijom i nepovoljnim uslovima razvoja.

Odsustvo govora i komunikacije sa bliskim osobama, udruženo sa stereotipnim pokretima i preokupacijom pojedinim predmetima rani su pokazatelji autizma. Iako ga nije moguće sa sigurnošću dijagnostikovati pre treće godine, važno je reagovati na prve znake radi pravovremenog otkrivanja i intervencije.

Pri proceni potreba deteta sa smetnjama u razvoju treba utvrditi da li odgajatelji prepoznaju i uvažavaju specifične kanale kojima dete komunicira, kao i da li su razvili toleranciju, strpljivost i veštine za prevladavanje ograničenja.

Rešavanje problema – kognitivni razvoj. Treba imati u vidu da na razvoj kognitivnih sposobnosti, osim genetskih utiču i mnogi faktori sredine, naročito rano emocionalno iskustvo. Nevoljeno dete koje nije formiralo adekvatan odnos sa figurama roditelja ili je zlostavljano zaostajće u razvoju kognitivnih sposobnosti, imaće lošiji uspeh u školi i neće uspeti da u potpunosti razvije svoje potencijale (pseudozaostalost).

Radoznalost je dobar pokazatelj kognitivnih sposobnosti, zato je korisno podsticati je i strpljivo odgovarati na sva pitanja koja dete postavlja. Učenje u školi takođe pomaže deci da maksimiziraju svoje potencijale, ali ne može da ih poveća.

Ukoliko dete pokazuje značajno zaostajanje u intelektualnom razvoju, bitno je prepoznati potrebu da se što ranije interveniše. Rana ciljana intervencija (za osobe sa Daunovim sindromom, već od trećeg meseca njihovog života) može u značajnoj meri poboljšati sve sfere funkcionisanja zbog toga što je ovo period intenzivnog razvoja mozga i učenje ostavlja najdublje tragove.

Utvrđiti da li odgajatelji dece sa kognitivnim i drugim razvojnim smetnjama neguju realistična očekivanja i nagrađuju svako njihovo zalaganje i napredak, jer to razvija samopoštovanje i pozitivan stav prema učenju. I mnogi odrasli nikada ne dostignu najviši, formalno-operacionalni nivo mišljenja (ne mogu da razumeju i rešavaju apstraktne probleme), ali bez obzira na to, dobro funkcionišu u svakodnevnom životu.

Obrazovanje. Uzročnici teškoća u učenju, osim naslednih i neuroloških, mogu biti psihosocijalni faktori: zlostavljanje, zanemarivanje, nisko samopoštovanje, itd. Za dobar uspeh u školi potrebno je da odgajatelji budu uključeni (prate uspeh deteta, razgovaraju sa nastavnicima...), podstiču, pružaju podršku i obezbeđuju adekvatne uslove. Učestvovanje u vanškolskim aktivnostima omogućava da se dete istakne, razvije interesovanja i samopoštovanje.

Ukoliko dete ima problema u učenju, odgajatelj treba da pokrene inicijativu za definisanje i sprovođenje *individualnog obrazovnog plana*.

Promene škole i tranzicije na više razrede značajni su stresori, koji najviše remete decu i mlade sa psihofizičkim smetnjama ili one koji su već imali teškoća sa učenjem.

Zanimanje, profesionalno usavršavanje. Pri osposobljavanju za samostalan život, što uključuje profesionalno osposobljavanje i mogućnost samostalnog izdržavanja, naročitu pažnju obratiti na mlade sa invaliditetom i blažim smetnjama u razvoju, kao i na one koji napuštaju sistem socijalne zaštite. Zbog toga je važno da se na vreme prepozna potreba za dodatnim obrazovanjem, promenom zanimanja, unapređenjem veština koje poboljšavaju mogućnost nalaženja posla (pisanje biografije, konkurisanje, praćenje oglasa i sl.), kao i definisanjem drugih vidova podrške koji su značajni za pronalaženje posla.

5. Samostalnost u brizi o sebi

Pri polasku u školu dete treba da je samostalno u oblačenju, uzimanju hrane, korišćenju toaleta, održavanju lične higijene i ispunjavaju školskih zahteva. Samostalnost se uči vrlo ranim uključivanjem deteta u zajednički rad u kući sa odraslima, kao i smanjivanjem odgajateljske kontrole, uz prethodno eliminisanje rizika da se dete ne povredi. Učenje snalaženja u saobraćaju je dugotrajan, fazni proces od kraćih relacija – uz pratnju, do dužih – bez pratnje. Odgajatelji bi trebalo da podstiču

samostalnost mladih, uključujući i one koji imaju smetnje, i da ih pripremaju za samostalan život. Stepenn samostalnosti zavisi od opšteg psihofizičkog stanja i motivacije deteta/mlade osobe, ali i kompetencija odgajatelja.

► SEKSUALNO ZLOSTAVLJANJE

Seksualno zlostavljanje dece je najteži vid eksploatacije deteta u cilju seksualnog zadovoljenja druge osobe, nezavisno od toga da li je dete svesno prirode tih radnji. Može uključivati neprimerene dodire, pokušaj da se sa detetom ostvari seksualni odnos ili seksualni kontakt (analni, oralni ili genitalni), snimanje pornografskih sadržaja, opscene telefonske razgovore, izlaganje dece seksualnom ponašanju ili seksualnom materijalu neprimerenom njihovom uzrastu, incest i dečiju pornografiju. U seksualno zlostavljanje spada i seksualni kontakt između adolescenta i mlađeg deteta ukoliko postoji znatna razlika u uzrastu, razvojnom stadijumu i snazi. Glavna karakteristika seksualnog zlostavljanja je *uključivanje zavisnog, razvojno nezrelog deteta i/ili adolescentkinje/adolescenta u seksualne aktivnosti koje ono ne može da razume, na koje ne može da dá pristanak i koje ugrožava socijalne tabue porodičnog života* (Bogavac, Lj., 2006).

Zlostavljanje se javlja u svim socio-ekonomskim klasama i etničkim grupama i ima razorne posledice za žrtvu. Velika većina seksualnih napada na decu počinjena je od strane osoba poznatih deci. Najčešće je to osoba koja predstavlja figuru oca (otac, oćuh, ujak, stric, deda), osobe bliske porodici, pomagaći u institucijama koji se staraju o deci i brinu o njima, a mnogo ređe nepoznate osobe i same majke. Znaćajan broj zlostavljaća unutar porodice čine braća i polubraća, što uglavnom govori o tome da su i oni sami bili, ili još uvek jesu, žrtve zlostavljanja.

Devojćice su četiri puta u većem riziku da budu žrtve zlostavljanja u odnosu na dećake. U povećanom riziku su i deca koja potiću iz razorenih porodica, porodica u kojima postoji problem zloupotrebe alkohola ili narkotika, deca koja imaju oćuhe i deca čije majke i same imaju istoriju zlostavljanja. Posebno osetljiva kategorija su deca sa fizićkim ili kognitivnim nedostacima. Nemogućnost da se samostalno brinu o sebi, česta institucionalizacija i izloženost velikom broju osoba koje se o njima staraju doprinosi bespomoćnosti i pasivnosti i povećava rizik od zlostavljanja. Sa druge strane, ova deca imaju teškoće u verbalizaciji misli i osećanja, što dodatno otežava obelodanjanje.

Seksualno zlostavljanje može početi u bilo kom uzrastu, retko se završava jednom epizodom i najčešće traje godinama. Zlostavljanje je uvek smišljena, planirana aktivnost i uključuje pripremu kako samog deteta, tako i situacije u kojoj će se dogoditi. Najčešće su to u početku prikladni dodiri (tokom kupanja, presvlaćenja, uspavlivanja) koji postepeno prelaze u neprikladne, seksualizovane, pa je teško odrediti kada je zlostavljanje započelo.

Kako će dete reagovati na samo zlostavljanje zavisi od uzrasta u kome se nalazi, okolnosti pod kojima se zlostavljanje dogodilo, odnosa koje je dete dotle imalo sa zlostavljaćem, načina na koji je dete do tada izlazilo na kraj sa teškoćama i izvora podrške koji su mu na raspolaganju.

Na seksualno zlostavljanje deca reaguju tako što se osećaju krivi, imaju izmenjen doživljaj sebe, osećaju nape-tost i strah, mogu ispoljiti regresivne reakcije ili probleme

u ponašanju, mogu se seksualno provokativno ponašati, bežati od kuće, imati probleme sa spavanjem, ishranom, biti skloni samopovređivanju, ispoljiti neki psihijatrijski poremećaj ili teškoće vezane za školsko postignuće i funkcionisanje u široj sredini.

Indikacija da se zlostavljanje dogodilo retko kada je sam iskaz deteta, obićno su to fizićki pokazatelji i/ili promene u sferi ponašanja.

Fizićki pokazatelji su: povrede genitalija, infekcije, venerićne bolesti, trudnoća, a kod mlade dece to mogu biti i teškoće prilikom hoda ili sedenja, modrice na grudima, butinama, donjem stomaku ili zadnjici.

Promene u sferi ponašanja mogu se ispoljiti kroz: seksualizovano ponašanje (otvoreno seksualno prilaženje drugoj deci ili odraslima), razvojno neprimereno seksualno znanje, prisustvo specifićnih strahova u vreme kupanja i/ili umokravanje u krevet, enkompreza, poremećaj ishrane posebno ako dete odbija da jede (pudinge, jogurte i sl.), problemi sa spavanjem, opsesivno pranje i čišćenje, hiperaktivnost, bizarna ponašanja (sakrivanje kake), mućenje životinja, ali i autodestruktivno ponašanje (korišćenje alkohola i droga, samopovređivanje, pokušaji suicida), bežanje od kuće, siledžijsko ponašanje i kriminalne aktivnosti.

Neka od zlostavljane dece ne ispoljavaju ništa od onoga što je prethodno pomenuto. Posledice seksualnog zlostavljanja kod ove dece postaće najefinestne tek nakon niza godina po prestanku zlostavljanja.

Dugoroćne posledice praćene su pojavom depresije, autodestruktivnim ponašanjem (samopovređivanje, alkoholizam, narkomanija), napadima panike, poremećajima spavanja i samoubistvima. Deca koja su bila žrtve zlostavljanja sklona su da i kao odrasle osobe ulaze u situacije u kojima se zlostavljanje može ponoviti.

Na mogućnost zlostavljanja unutar porodice može ukazivati: neopravdano zaštitnićki stav odgajatelja prema detetu, ogranićavanje kontakta deteta sa drugom decom, a posebno sa decom suprotnog pola, izolovanost i tajanstvenost porodice, prisustvo teškoća u braku koje su u vezi sa podelom moći ili nezadovoljstvom seksualnim životom, verbalne pretnje seksualnim zlostavljanjem, ukoliko je ćlan porodice ranije osuđivan ili optužen zbog zlostavljanja, poricanje adolescentne trudnoće od strane porodice.

Kada se zlostavljanje obelodani, treba imati u vidu reakciju drugog roditelja, kvalitet odnosa sa žrtvom, nivo zavisnosti od zlostavljaća i broj i težinu drugih problema.

U tretmanu dece koja su bila žrtve zlostavljanja akcenat je na ublažavanju efekata zlostavljanja i smanjenju rizika buduće viktimizacije.

Maida Stefanović

Da bi dete odraslo i uspešno se osamostalilo, nužno je omogućiti preduslove za aktivaciju njegovih potencijala u svim domenima i harmoničan razvoj: obezbediti ljubav, razviti sposobnost formiranja i održavanja odnosa, zadovoljiti potrebe na planu zdravlja, izgraditi samopoštovanje, stimulirati kognitivni razvoj, kao i razvoj praktičnih i životnih veština. Nezadovoljene potrebe i teškoće, u jednom domenu, ometaju celokupan razvoj deteta. Nevoljeno i zanemareno dete zaostaje u visini i težini, ima slabu kontrolu emocija, česte napade besa, socijalno je neprilagođeno, odbačeno od vršnjaka i ima nizak nivo samopoštovanja. Nedostatak ljubavi, pažnje i stimulacije od strane odgajatelja utiće da zaostaje i u kognitivnom razvoju, što će se odraziti na školski uspeh, a takođe i na sliku o sebi. Neuspešnost i odbacivanje u neposrednom okruženju pojačavaju problematično ponašanje, što mladu osobu može uvesti u svet rizičnog i delinkventnog ponašanja.

Od izuzetne je važnosti da se prepoznaju potrebe, naročito u ranim uzrastima kada je dete razvojno plastično i najviše se može postići na planu preoblikovanja i pospešivanja razvoja. Otuda je fokus instrumenta ROD-1 od rođenja do šest godina života na *prepoznavanju potreba i teškoća i ranoj intervenciji*, dok je na uzrastu preko sedam godina, akcentat na *pružanju podrške, ublažavanju posledica i pripremi za osamostaljivanje*.

Iako su u domenima ROD-1 taksativno opisane teškoće sa kojima se dete može suočiti, što olakšava prepoznavanje potreba i modaliteta podrške, **ne sme se zaboraviti da ishode po dete ne određuje vrsta teškoće, već snage deteta i porodice, kao i kvalitet podrške.**

ROD-2 – potrebe deteta, izvor podataka: dete (Upitnik za dete)

Upitnik za dete ROD-2, važan je izvor podataka koji omogućava ostvarivanje kontakta i prikupljanje podataka direktno od deteta, na strukturisan način. Pruža priliku da procenjivač obavi razgovar nasamo, jer je preporuka da se ne vodi u prisutvu odgajatelja, kao i da se dete opservira i stvori kompletnija slika o njemu. Intervjuer može da proceni kako reaguje na kontakt sa autoritetima i manje poznatim osobama, da li se povlači pred izazovima ili je u stanju da kontroliše strah, anksioznost i odgovori na pitanja. Ukoli dete ima razvojne teškoće može se dobiti realna slika koliko, uz podsticaj, može da razume pitanje i odgovori na njega.

Pri intervjuisanju deteta predškolskog uzrasta akcentat je na pitanjima *identiteta* – da li je razvilo osećanje vezanosti i pripadnosti porodici. Na uzrastu od dve do 10 godina poželjno je da dete crta svoju porodicu, kako bi intervjuer mogao da posmatra njegovu motornu spretnost. Imati u vidu da način na koji dete drži i koristi pisaljku u velikoj meri zavisi od toga da li je podsticano i imalo priliku da crta i boji. Treba proceniti da li dete crta bolje, primereno ili ispod očekivanog za svoj uzrast. Istina je da je crtež projekтивna tehnika, iz koje se može dosta zaključiti, ali se pri ovom ispitivanju ne traži detaljan, klinički nivo obrade. S obzirom da dete projektuje na papir stanje i raspoloženje svoje duše, uzeti u obzir opšti utisak koji crtež ostavlja na intervjuera i korišćene boje (da li su vesele ili crne, mračne). Raspored članova porodice je izuzetno važan: gde se dete nalazi u njemu (da li je jednako važno kao drugi ili je skrajnuto, usamljeno), kao i da li su članovi porodice povezani, drže se za ruke ili su nacrtani svako za sebe. Proveriti da li je neko izostavljen (ispitati razloge) ili je dete pridružilo osobe koje nisu članovi porodice/domaćinstva. Pošto je dete do 10 godina uglavnom usmereno na porodično okruženje, veoma je važno čuti kako provodi vreme sa odgajateljima i da li mu oni pružaju nešto više osim osnovne nege. Mali broj aktivnosti ili provođenje zajedničkog vremena isključivo u kontekstu zadovoljavanja bazičnih potreba (uzimanje obroka, odlazak u vrtić/školu, itd.) i gledanje televizije, ukazuje na potrebu za podizanjem nivoa kompetencija odgajatelja. Sa polaskom u školu, socijalnu mreža deteta se širi, otuda se od dece starije od sedam godina očekuje da navedu važne odrasle i vršnjake izvan porodice. Iz odgovora se može zaključiti da li dete ima adekvatnu mrežu podrške od važnih odraslih (učitelja, trenera) i prijatelja ili je marginalizovano, odnosno okruženo problematičnim vršnjacima i odraslima.

Od školske dece očekuje se da mogu, bar približno, da izraze svoja interesovanja. Ova pitanja otkrivaju, pre svega, koliko je investirano u dete. Ukoliko dete nema nikakve razvojne smetnje, a odgovori su siromašni ili izostaju (uzeti u obzir i uzrast), ukazuje da odgajatelji nisu posvetili pažnju razvijanju njegovih sklonosti, niti su njegovu ličnost tretirali sa uvažavanjem i poštovanjem.

Deci koja ne odrastaju u svojim biološkim porodicama posvećena je posebna pažnja. Istraživanja i praksa pokazuju da im često nisu jasni razlozi zbog kojih ne žive u porodici porekla, da o svojoj prošlosti znaju veoma malo, a ono što je poznato je uglavnom negativno. Instrument omogućava da se dobije životna istorija deteta viđena njegovim očima i prepoznata na kojim segmentima treba raditi. Snimljene potrebe mogu biti dobra preporuka za izradu planova usluga za dete i porodicu, kao i plana osamostaljivanja.

Pitanja vezana za *obrazovanje* i *samostalnost u brizi o sebi* pružaju informacije o odnosu deteta prema školi, planovima u pogledu daljeg obrazovanja, usavršavanja, zaposlenja, koliko su ovladali praktičnim i životnim veštinama, kao i potrebama na tom planu. Prikupljeni podaci mogu se takođe direktno koristiti pri sačinjavanju planova podrške i, naročito, osamostaljivanja.

U skladu sa nivoom zrelosti, kod dece i mladih koji imaju više od 11 godina, traži se samoproce-
na zdravstvenog, kao i stanja i potreba na *emocionalno-socijalnom* i planu mentalnog zdravlja.

ROD-4 – Lista opservacije

Podaci koji se beleže u Listi opservacije pružaju mnoštvo informacija o izgledu, higijeni, ponašanju deteta, kvalitetu interakcije sa odgajateljem i uslovima u kojima žive. Opservacija, u tom smislu, služi kao svojevrsan test realnosti između opaženog i slike koju porodica nastoji da izgradi tokom ispitivanja. Svakako da drastična razlika između verbalnih i sadržaja koje je intervjuer dobio neverbalnim putem, tj. posmatranjem, ukazuje na ozbiljnu ugroženost odgajateljskih kompetencija.

POTREBE DETETA - Sumiranje podataka

S obzirom da instrumenti ROD-1 i ROD-2 imaju isti cilj – *utvrđivanje potreba deteta*, a samo su izvori podataka različiti (*odgajatelj* i *dete*), postavlja se pitanje odnosa među podacima i kako ih unositi u tabelu Procena potreba deteta. Intervjuer treba uredno da zabeleži prepoznate snage i potrebe u instrumentima ROD-1 i ROD-2 iza svakog domena, ali rezime potreba u Rekapitulaciji mora da bude proizvod stavljanja u odnos i analize dobijenih informacija od strane odgajatelja, deteta i zapažanja navedenih u Listi opservacije. Procenjivač je odgovoran za krajnje zaključke o *snagama, potrebama, podršci i prioritetima*, koji se beleže u tabeli o potrebama deteta, po domenima, koje unosi u tabelu (videti sliku).

Procena potreba deteta

Domeni	Snage	Potrebe	Preporuke za podrškom	Prioriteti
Zdravstvene potrebe				
Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje				
Identitet – lični i porodični				
Psihomotorni, kognitivni razvoj, obrazovanje, zaposlenje i profesionalno usavršavanje				
Samostalnost u brizi o sebi. Praktične i životne veštine				

Ukoliko odgajatelji i dete imaju teškoću da prepoznaju i verbalizuju prednosti i sopstvene snage, ukazuje da su predugo ophrvani problemima ili imaju pesimističku vrednosnu orijentaciju koja utiče da pasivno čekaju pomoć od strane institucija i zajednice, previđajući sopstvene resurse. U takvim situacijama, intervjuer treba da modulira proces u kojem će, uz podsticaj, porodica prepoznati sopstvene snage, za koje podsećamo da su presudne u izlaženju na kraj sa teškoćama. Naravno, postoji mogućnost da su potrebe porodice masivne, a snage vrlo skromne i ograničene, što će se opet odraziti na procenu odgajateljskih kompetencija i krajnji zaključak procene.

Što se tiče prepoznavanja *potreba deteta*, moguće je da zbog uzrasta, razvojnih i drugih smetnji dete ne može da pruži adekvatne informacije, tako da će se procenjivač više oslanjati na podatke dobijene od odgajatelja, koje će dopunjavati i modifikovati u skladu sa sopstvenim zapažanjima.

Pri ispitivanju dece u pubertetu i adolescenata instrumentom ROD-2, ispitivač koji ostvari dobar radni savez i odnos poverenja može dobiti podatke o potrebama i teškoćama koje odgajatelju nisu poznate, a što treba uredno navesti u tabeli *potrebe deteta* u rekapitulaciji.

Dešavaju se i značajnija odstupanja o registrovanim potrebama i teškoćama između dece/mladih i odgajatelja. U pojedinim situacijama, zaslepljeni ljubavlju prema detetu ili iz straha da će biti procenjeni kao neadekvatni, odgajatelji minimiziraju teškoće, dok podaci dobijeni u direktnom kontaktu sa detetom ili opservacijom ukazuju na ozbiljnije potrebe. U tom slučaju u tabelu potreba deteta zabeležiti realno opaženo, a ignorisanje ili minimiziranje teškoća od strane odgajatelja koristiti kao indikator za procenu odgajateljskih kompetencija i definisanje potreba za njihovim unapređivanjem. Ukoliko dete ublažava ili previča teškoće, to je znak da su odgajatelji zatajili (nisu prepoznali, pojasnili detetu i radili na rešavanju problema) ili da dete, iz straha ili lojalnosti, ima potrebu da ih zaštiti i prikaže u boljem svetlu. Pojedina deca i mladi kao da namerno preuveličavaju svoje teškoće, iako to ne odgovara podacima prikupljenim od odgajatelja, niti opaženom od strane intervjuera. Na taj način oni pokušavaju da privuku pažnju na sebe i apeluju za pomoć, pažnju i ljubav, jer su je nedovoljno dobijali.

Preporuke za podrškom definišu se u zavisnosti od vrste potrebe. Moramo voditi računa da se pri planiranju podrške moraju utvrditi *prioriteti*, jer se ne može istovremeno raditi na svim planovima. Rizično ponašanje i teškoće visokog intenziteta (kada je ugrožen život ili ozbiljno narušeno njegovo funkcionisanje), bazične potrebe koje su neophodan preduslov za rešavanje drugih potreba i teškoća, kao i one koje su dostižne (relativno lako ostvarljive) ispunjavaju kriterijume za prioritete u planu usluga i podrške. Zadovoljavanje prioriteta često dovodi do pozitivnih pomaka u drugim domenima i ublažavanja/rešavanja manje urgentnih problema i teškoća.

Za dete od šest godina koje je verbalno i fizički agresivno, ne sluša naredbe, ima česte napade besa, psuje i skita neophodan vid podrške i prioritet sastoji se u definisanju individualnog plana za preoblikovanje nepoželjnog ponašanja. Međutim, ukoliko živi u porodici u kojoj je emocionalno i vaspitno zanemareno i/ili fizički zlostavljano, prioritet je obezbeđivanje okruženja koje može da zadovolji njegovu potrebu za ljubavlju, stabilnošću i usmeravanjem – bilo da se to ostvaruje podizanjem kapaciteta odgajatelja u porodici u kojoj živi ili da se traga za drugom porodicom koja će adekvatno da odgovori na zadatak.

INTEGRACIJA PODATAKA – ODGAJATELJSKE KOMPETENCIJE

Procena odgajateljskih kompetencija veoma je kompleksan i izazovan zadatak. Iskustvo u proceni ovih kompetencija svakako postoji kod stručnjaka u socijalnom radu jer se time, direktno ili indirektno svakodnevno bave, posebno oni koji su angažovani u oblasti zaštite dece. Kada biste ih pitali kako oni to u stvari rade, nije izvesno da biste dobili jasno obrazloženo koje indikatore koriste, iz kojeg teorijskog koncepta oni potiču i kako teče proces integracije podataka dobijenih na koji god način. Naravno, kada bismo u praksi, u svakom pojedinačnom slučaju o tome razmišljali, postoji opasnost da bi sve to dugo trajalo, posebno ako do nekih stvari dolazimo samouki, s obzirom da nam bazično profesionalno obrazovanje ne nudi savladavanje veština ove vrste. Ova publikacija, zajedno sa edukacijom za primenu modela ROD, upravo ima za cilj ujednačavanje i standardizaciju postupaka procene i davanje jasnih putokaza za integraciju podataka. Time ne potcenjujemo činjenicu da značajan deo preostaje procesu suđenja stručnjaka, ali sada on, zahvaljujući ovladanim znanjima i veštinama, ima zaleđe i jasan referentni okvir.

Preko procene odgajateljskih kompetencija mnogi smatraju da stručnjaci socijalne zaštite demonstriraju moć upravljanja ljudskim sudbinama, što je donekle tačno (na primer, predlog o poveravanju deteta jednom od roditelja posle razvoda njihovog braka), što dodatno opterećuje i same stručnjake. Zato je dobro da stručnjaci imaju argumentaciju za svoju procenu i predložene mere, odnosno vidove podrške, da mogu da stoje iza onoga što su procenili i predložili, čime će smanjiti rizik od profesionalnog izgaranja, a ispoljiti i primerenu odgovornost.

U prethodnim poglavljima bilo je govora o kompleksnosti roditeljskih/odgajateljskih kompetencija i višestrukoj determinisanosti. U modelu ROD sledili smo upravo te savremene pristupe i

nastojali da obezbedimo merljive indikatore pojedinih dimenzija, ali putem nekoliko izvora podataka. Ovo stoga, što sigurno ne postoji savršeni merni instrument tipa upitnika ili ček-liste, tim pre, što ovu vrstu kompetencija procenjujemo sa stanovišta potreba konkretnog deteta.

Kako bismo olakšali ovaj, naizgled „hod po trnju“, za integrisanu procenu odgajateljskih kompetencija, pored osnovnih teorijskih okvira koje prezentujemo u ovoj publikaciji, napravili smo i dva pomoćna alata: *Uputstvo za procenu vaspitnih stilova* i *Sumarnu procenu odgajateljskih kompetencija*. Naziv koji smo dali ovom drugom uputstvu upravo odražava našu tendenciju da integraciju podataka koju radimo u okviru modela ROD vidimo kao vrstu sumiranja, odnosno relevantnih generalizacija u konkretnom slučaju.

Sumarna procena odgajateljskih kompetencija polazi od osnovnog načela da se u integraciji podataka uzimaju u obzir snage i teškoće deteta i odnosa roditelja/odgajatelja prema njima (u skladu sa vlastitim snagama i teškoćama). Izvori podataka su: strukturisani intervju/upitnik *Potrebe dece – izvor podataka odgajatelj* (po uzrastima); *Upitnik za odgajatelje* (roditelje i hranitelje) i *Lista opservacije*. Ovo su osnovni izvori podataka kojima priključujemo i naš doživljaj (bolje da ga ekspliciramo i tako držimo pod kontrolom proveravajući utisak sa kolegama ili supervizorima), zatim procenu koliko možemo da imamo poverenja u dobijene podatke (bilo da je odgajatelj ispoljio nerazumevanje postavljenih pitanja ili postoji utisak da je nekim podacima pokušao da manipuliše).

Svi ovi izvori podataka pružaju komplementarne informacije za procenu odgajateljskih kompetencija, koje smo, po analogiji, definisali putem osnovnih dimenzija kompetencije za roditeljstvo koje se pominju u literaturi, dodajući i dimenzije koje su bitne za hranitelje odnosno supstitucijske roditelje. Na ovaj način, imamo uvid u svaku od dimenzija odgajateljskih kompetencija; možemo da vidimo gde su odgajateljima snage, a gde slabosti.

Postupak: prvo procenjujemo pojedinačne dimenzije odgajateljskih kompetencija (bazična nega/briga, emocionalna toplina, stimulacija...) poredeći podatke iz različitih izvora i izdvajajući saglasne odnosno „disonantne“ tonove u odnosu na svaku od dimenzija. Ukupna procena svake od odgajateljskih/roditeljskih dimenzija se iskazuje na sledeći način:

1. Kompetencija u potpunosti izražena
2. Postoje problemi, kompetencija može da se unapredi odgovarajućom podrškom; (navesti vrstu podrške)
3. Postoje ozbiljni problemi i potrebna dodatna intenzivna podrška
4. Neophodna dodatna provera kompetencije.

Odgajateljske kompetencije se *ukupno* procenjuju kao:

- *Izuzetnog kvaliteta* – odgajateljima nije potrebna ili je neophodna minimalna vrsta podrške u odnosu na odgajateljsku kompetenciju;
- *Zadovoljavajućeg kvaliteta* – odgajateljima je neophodna savetodavna podrška ili specifičan trening u odnosu na detetove teškoće;
- *Jedva zadovoljavajuće* – neophodno je značajno unapređenje odgajateljskih kompetencija uključujući delimično i bazičnu brigu;
- *Ozbiljno neadekvatne* u odnosu na detetove potrebe – neophodna je dodatna provera odgajateljskih kompetencija.

Kako bismo, na primer, procenili odgajateljsku kompetenciju *bazična briga i nega*, kada bismo iz podataka prikupljenih intervjuom sa odgajateljem saznali o detetu od dve godine da: često pobeleva, jede samo mlečne proizvode, preskočena je poslednja vakcinacija, a videli i da je dete u odeći koja davno „nije videla vodu“, sa tragovima hrane oko usta od poslednjeg obroka, a dom deluje neprovetreno, iako površno uredno – sve su stvari na svom mestu...? Svakako ne visoko na skali i bez obzira na procenjenu drugu dimenziju odgajateljske kompetencije kao što je emocionalna toplina, *ukupna procena kompetencija* kretala bi se u donjoj polovini skale i kvalitet ove dimenzije pažljivo bi se razmatrao u odnosu na ostale. Na prvom mestu, u odnosu na vrstu nezadovoljenih potreba deteta, tražila bi se jasna preporuka vrste podrške i kratak vremenski rok za proveru realizacije efekata iste.

ZAKLJUČAK I NEOPHODNA PODRŠKA

S obzirom da adekvatna briga i nega od strane odgajatelja predstavljaju osnovni preduslov za optimalan razvoj deteta, na osnovu *procene potreba deteta* i *procene odgajateljskih kompetencija*, rezultate treba staviti u odnos i doneti *zaključak*: da li odgajatelji mogu ili ne mogu da odgovore na potrebe deteta, odnosno, u stanju su da izađu u susret potrebama deteta, ali uz određenu vrstu podrške.

Pored toga, podrška definisana u prethodnim tabelama, sumira se u tabeli pod nazivom: Neophodna podrška, koja omogućava bolji pregled i klasifikaciju vidova podrške koju treba pružiti detetu i odgajateljima, u odnosu sa njihovim intenzitetom i dostupnosti u lokalnoj zajednici.

Literatura:

- Berger, D., R. ADHD: An Age-by-Age Guide on FamilyEducation.com <http://school.familyeducation.com/learning-disabilities/treatments/37765.html>
- Berk, E., L. (2008). Psihologija cjelovitnog razvoja, prevod III izdanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Biro, M., Novović, Z. i Tovilović, S. (2006). Kognitivno funkcionisanje edukativno zapuštene dece predškolskog uzrasta. *Psihologija*, Vol.39, 2, 183–206.
- Bradford, B.,B. and Larson, J. (2009). Peer Relationships in Adolescence. U: R. Lerner & L. Steinberg (Ed.). *Handbook of Adolescent Psychology*, Volume 2. Contextual influences on Adolescent Development. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Branden, N. Ph. D. (1997). What self-esteem is and is not. <http://www.nathanielbranden.com/>
- Brazelton, B. i Sperou, Dž. (2008). Prekretnice od 3. do 6. godine. Emocionalni i bihevioralni razvoj vašeg deteta. Beograd: Mladinska knjiga.
- Child Sexual Abuse Committee of National Child Traumatic Stress Network (2009). Sexual Development and Behavior in Children, Information for Parents and Caregivers. National Child Traumatic Stress Network in partnership with National Center on Sexual Behavior of Youth. http://nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/caring/sexualdevelopmentandbehavior.pdf
- Crisp, S. (2010). How much sleep do children need? www.netdoctor.co.uk/health_advice/facts/childrensleep.htm
- East, L.P. (2009). Adolescents' Relationships with Siblings. U: R. Lerner & L. Steinberg (Ed.). *Handbook of Adolescent Psychology*, Vol. 2. Contextual influences on Adolescent Development. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Fearon, J. (1999). What is identity – as we use the word. Department of Political Science, Stanford University, California.
- Hules, J., A. Childhood Sexual Development. U: Hules, J., A. Civilizing Sexuality, in preparation. Draft manuscript on: <http://www.hules.us/childhood.pdf>
- Hwang, P. & Nilsson, B. (2000). Razvojna psihologija. Od fetusa do odraslog. Sarajevo: Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu. Institut za eksperimentalnu fonetiku i patologiju govora. Normalan razvoj govora i jezika. www.iefpg.org.rs/normalanrazvoj.html
- Ivić, I., Novak, J., Atanacković, N., Ašković, M. (2008). Razvojna mapa. Beograd: Kreativni centar.
- Kohlberg, L.(1968). The child as a moral philosopher. *Psychology Today*, Vol. 2, 25-30.
- Kommenović, J. (2008). Od prvog obroka do školske užine. Vodič kroz dečiju ishranu. IV izdanje. Beograd: Mama Publishing.
- Kondić, K. (2002). Kako teče dečji razvoj – svaki dan korak napred. U: Bukvar hraniteljstva. Beograd: FAMILIA.
- Kondić, K. i Levkov, Lj. (1994). Prvih 10 godina. Razvojni i psihoanalitičko razvojni pristup, II izdanje. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Košćec, A., Radošević-Vidaček, B., Bakotić, M. (2008). Regulacija budnosti i spavanja u adolescenciji: biološki, bihevioralni i socijalni aspekti. *Suvremena psihologija* 11, 2, 223-239.
- Kyla, Boyse, R., N.(2010). Developmental Milestones. University of Michigan. <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/devmile.htm>
- Moore, T. (2007). Fostering young children's social-emotional well-being: building positive relationships with children and families. Centre for Community Child Health, Melbourne, Australia
- Pijaže, Ž., Inhelder, B. (1988). Intelektualni razvoj deteta. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Phares, V. (2008). *Understanding Abnormal Child Psychology*. Hoboken; John Wiley & Sons, Inc.
- Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. Department of Psychology, Emory University, Atlanta, USA.
- Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. Department of Psychology, Emory University, Atlanta, USA.
- Sexual Development in Primary Aged Children. Developing Whole School Approach, booklet. Joint Agencies Child Abuse Team, Exeter UK. http://www.devon.gov.uk/sexual_deg_for_websitebook.pdf
- Stefanović-Stanojević, T. (2005). Emocionalni razvoj ličnosti. Niš: Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu.
- Sylovsky, J.F. & Bonner, B.L. (2004). Sexual Development and Sexual Behavior Problems in Children Ages 2-12, Fact Sheet. National Center on Sexual Behavior of Youth, University of Oklahoma Health Science Center. www.ncsby.org/pages/publications/Sexual%20Development%20of%20Children.pdf
- Tucker Burgo, J. (2010). Kids and self-esteem. University of Missouri Extension, Columbia.
- Youth Train (2005). Physical and sexual development. http://www.youthtrain.com/assets/samples/Cert_YM/understanding_manual1.pdf

ULOGA I MESTO PROCENE POTREBA DETETA SA SMETNJAMA U RAZVOJU I NJEGOVE PORODICE U PRAKSI SOCIJALNOG RADA

Lela Veljković

U sistemu socijalne zaštite deca i mladi predstavljaju posebno osetljive grupe korisnika, jer se radi o deci koja su ugrožena nepovoljnim porodičnim i drugim životnim okolnostima. To su deca i mladi čiji roditelji/odgajatelji usled zdravstvenih razloga, mentalnog oboljenja, intelektualnih teškoća ili nepovoljnih socio-ekonomskih okolnosti nisu u stanju da se o njima neposredno staraju bez dodatne podrške, deca i mladi – žrtve zlostavljanja, zanemarivanja i eksploatacije, deca čiji se roditelji spore oko staranja nad njima, deca bez roditeljskog staranja i u riziku od gubitka roditeljskog staranja, deca i mladi u sukobu sa roditeljima/odgajateljima i zajednicom, čije ponašanje ugrožava njih i okolinu, deca i mladi sa smetnjama u razvoju, čije potrebe za razvojem i negom prevazilaze mogućnosti porodice i dr.¹

Za njihov bezbedan rast i razvoj neophodna je podrška socijalnih službi.

Procenjuje se da je u sistemu socijalne zaštite u Srbiji broj dece kojoj je potrebna podrška zbog razvojnih teškoća ili invaliditeta oko 12.000². Paradoksalno, upravo oni kojima je pomoć najpotrebnija obično do nje najteže dolaze zbog niza objektivnih i subjektivnih prepreka. Jedna od teškoća u sistemu socijalne zaštite je i nedovoljna obučenost i kompetentnost većine stručnjaka u socijalnoj zaštiti za rad sa decom sa smetnjama i njihovim porodicama.

Naime, osnovne studije za profile stručnih radnika koji mahom rade u CSR (socijalni radnici, psiholozi, pedagozi) ne obezbeđuju potrebna znanja i veštine za neposredan socijalni rad sa grupama korisnika sa smetnjama u razvoju. Ispitivanje potreba za edukacijama stručnjaka u sistemu socijalne zaštite³ pokazuje da se jedan od prioriteta u razvijanju kompetencija odnosi na oblast rada sa decom i mladima sa smetnjama u razvoju. Stoga su organizovani programi edukacije za stručnjake koji rade sa osobama sa smetnjama u razvoju⁴. U protekle dve godine realizovane su bazične obuke za zaposlene u socijalnoj zaštiti za rad sa decom sa smetnjama u razvoju i problemima u ponašanju, a u sledećoj fazi je predviđena obuka i za druge stručnjake kako bi stekli specifična znanja i ovladali veštinama u ovoj oblasti.

Unapređenje kompetentnosti stručnih radnika u CSR u identifikovanju potreba dece sa smetnjama u razvoju i njihovih porodica jeste od ključnog značaja za kvalitetnu realizaciju stručnog postupka u svim fazama pružanja usluge. Prema novom konceptu socijalne zaštite dete sa smetnjama u razvoju posmatra se u okviru porodičnog sistema, uz sagledavanje međusobnih odnosa i uvažavanje potreba svih članova. Uvođenje nove organizacije i metoda rada u centrima za socijalni rad – „vođenje slučaja“⁵ postavlja pred stručnjake – voditelje slučaja i supervizore, nove zahteve u pogledu realizacije stručnog postupka sa korisnicima: primena holističkog i integrativnog pristupa korisniku i njegovoj porodici, individualizirano planiranje u funkciji zadovoljavanja specifičnih potreba korisnika, aktivna participacija korisnika i porodice i okupljanje multidisciplinarnog tima za korisnika. Prema Pravilniku o organizaciji, normativima i standardima rada u CSR „vođenje slučaja“ označava

1 Iz Predloga Zakona o socijalnoj zaštiti, www.minrzs.gov.rs

2 Izvori: Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad u Srbiji za 2009. godinu, RZSZ; Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih za 2009. godinu, RZSZ; Izveštaj o radu ustanova za smeštaj lica ometenih u razvoju za 2009. godinu, RZSZ. Ovaj broj ne uključuje decu sa teškoćama koju sistem socijalne zaštite iz različitih razloga nije prepoznao, bilo da su u pitanju deca sa lakšim smetnjama ili zastojima u kojima roditelji brinu, ili su u pitanju deca kojoj je sistem nedostupan zbog zakonskih ograničenja za osvarivanje pojedinih prava, neregulisane dokumentacije, neinformisanosti, socijalne izolovanosti i marginalizovanosti porodica u kojima žive.

3 U okviru izrade godišnjeg predloga Programa stručnog usavršavanja zaposlenih u ustanovama socijalne zaštite, Odeljenje za profesionalnu obuku Republičkog zavoda za socijalnu zaštitu realizuje kontinuirano praćenje i ispitivanje potreba zaposlenih za dodatnim obukama.

4 Baza akreditovanih programa obuke www.zavodsz.gov.rs

5 Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Sl. glasnik RS, 59/2008.

sistemske pristup u socijalnom radu koji obuhvata aktivnosti procene, aranžiranja pristupa usluga, planiranja, koordinacije, nadgledanja i evaluaciju usluga koje treba da odgovore na potrebe konkretnog korisnika⁶.

Rad sa korisnikom – detetom/mladom osobom sa smetnjama u razvoju i njegovom porodicom započinje nakon podnošenja zahteva za nekom vrstom usluge ili kada neka druga institucija, služba ili građani prijave ili upute korisnika na CSR. Nakon otvaranja slučaja, zaduženi voditelj slučaja započinje početnu procenu u skladu sa nivoom prioriteta određenim tokom prijemne procene⁷ i u roku od sedam dana dužan je da kompletira inicijalni pregled potreba, rizika, snaga i motivacije korisnika, porodice i sredine. Voditelj slučaja formira partnerski odnos sa detetom i porodicom koji se zasniva na poštovanju, poverenju i otvorenoj komunikaciji, u kojem korisnik aktivno učestvuje u svim fazama stručnog postupka. Odluke i planovi o daljim aktivnostima se donose zajednički. Na osnovu početne procene, voditelj slučaja treba da sačini početni plan usluga i mera (najduže 15 dana od početka rada sa korisnikom). Ovaj plan se usmerava na urgentne potrebe i može se razvijati uporedo sa postupkom dalje procene. Dakle, *rezultat procene bitno određuje planiranje i dalju realizaciju usluga, tj. od kvaliteta procene zavisi koliko će uspešno stručni radnik identifikovati potrebe deteta, s jedne strane, i kapacitete porodice i sredine da zadovolje potrebe deteta, s druge*. Identifikovane potrebe služe kao osnova za izradu plana stalnosti za dete i porodicu.

Međutim, složenost zahteva kada je u pitanju pomoć i podrška detetu sa smetnjama u razvoju i njegovoj porodici uslovljava potrebu za daljom, produbljenom, složenijom procenom, tako da voditelj slučaja (u konsultaciji sa supervizorom) uključuje usmerenu ili specijalističku procenu. Prema Pravilniku, postupak usmerene procene se pokreće ukoliko se zaključi da su potrebni dodatni podaci radi obezbeđivanja adekvatnih usluga⁸. Usmerena procena fokusira aktivnosti na odabrane oblasti za dalju i dublju eksploraciju i podrazumeva timsku procenu i/ili upućivanje na specijalističku procenu koja se obično obavlja u drugim sistemima – zdravstvenom, obrazovnom i dr.

Procena deteta sa smetnjama zapravo ima karakter produbljene, usmerene procene koja se periodično odvija u određenim razvojnim stadijumima i u skladu sa situacijama i potrebama sa kojima se dete i porodica suočavaju. I upravo u ovim fazama stručnog postupka (usmerenoj proceni, evaluaciji i ponovnom pregledu) značajno je uvođenje modela ROD kao korisnog pomagala voditelju slučaja i drugim stručnim radnicima CSR u radu sa decom i porodicama. Naime, pored neosporne potrebe za multisektorskom saradnjom i dobiti od iste kada su u pitanju deca sa smetnjama u razvoju, teškoće sa uključivanjem službi iz drugih sistema u procesu usmerene procene su višestruke: za decu i njihove porodice to je često veliki napor (finansijski, fizički i dr.) zato što su specijalizovane službe stacionirane u većim medicinskim centrima. Često je potrebno dosta vremena da se procene realizuju i dobiju rezultati iz različitih sistema. Dominantan pristup deci sa smetnjama u razvoju i njihovim porodicama u zdravstvenom sistemu je parcijalan, patocentričan, i ne uvažava u dovoljnoj meri sistemsko-socijalni kontekst. Stoga su rezultati ovih nalaza često nedovoljno upotrebljivi voditelju slučaja prilikom planiranja usluge. Imajući u vidu potrebu za usmerenom procenom skoro kod sve dece iz ove grupe, kao i objektivna ograničenja i već pomenutu nedovoljnu obučenost stručnih radnika u CSR za rad sa ovom grupom korisnika, uvođenje i primena modela ROD u produbljenoj i sofisticiranoj stručnoj proceni je veoma značajno sa aspekta doprinosa u kreiranju socijalne usluge u funkciji najboljeg interesa dece sa smetnjama u razvoju i njihovih porodica.

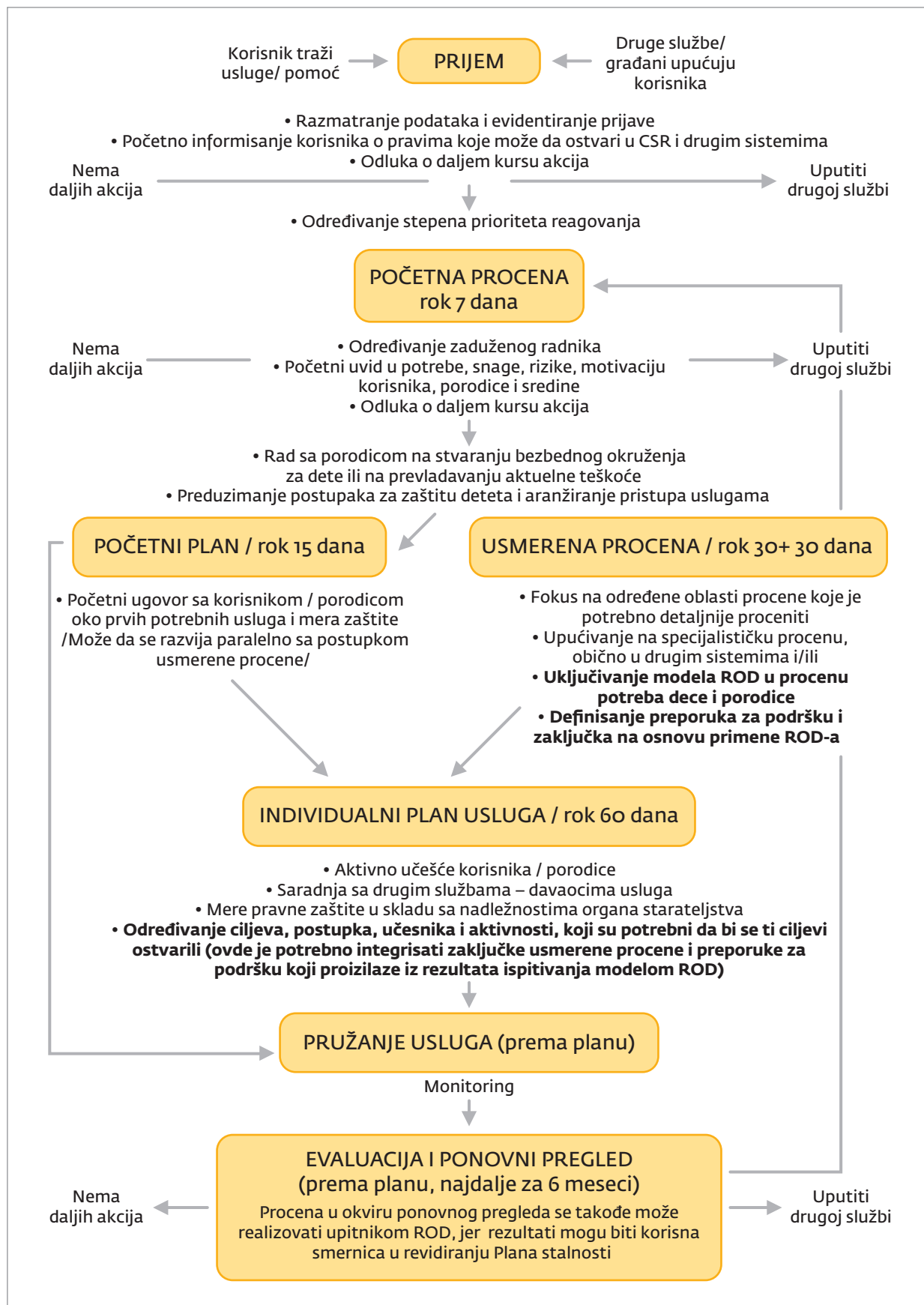
Na slici 1. dat je shematski prikaz rada na slučaju i mesto procene deteta sa smetnjama modelom ROD⁹.

6 Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Sl. glasnik RS, 59/2008.

7 Neodložno – reaguje se odmah, najdalje u roku od 24 h; hitno – početna procena treba da počne što pre, najdalje u roku od 3 dana i redovno – početna procena treba da počne najduže 7 dana od saznanja o slučaju.

8 Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Sl. glasnik RS, 59/2008, čl.59.

9 Shema je preuzeta iz studije „Podrška zapošljavanju socijalno isključenih mladih – smernice za razvoj integrisanih usluga tržišta rada i socijalne zaštite“, prilagođena za potrebe ovog rada.



Slika 1. Prikaz rada na slučaju i mesto procene deteta sa smetnjama modelom ROD

Pored pitanja u kojoj fazi vođenja slučaja je najcelishodnije uvesti instrument ROD u upotrebu (usmerena procena, procena tokom evaluacije i ponovnog pregleda), važno je i pitanje u kojim slučajevima, odnosno sa kojim grupama korisnika u CSR je najuputnije i najkorisnije primeniti ROD. Učesnici obuke za primenu ovog instrumenta u praksi – stručni radnici iz CSR¹⁰ – prepoznali su niz ciljnih grupa za koje postoji potreba i mogućnost primene ROD-a u proceni.

Prema mišljenju stručnjaka iz CSR, *ovaj instrument je pre svega izuzetno koristan za primenu sa grupom korisnika koja je najizazovnije za zaposlene u CSR – multiproblemske porodice*. To su upravo porodice koje su hronično u sistemu socijalne zaštite i za koje stručnjaci obično „nemaju rešenja“ jer su opterećene višestrukom patologijom koja stalno produkuje nove krize i nove probleme. Iz ovih porodica deca se često izmeštaju i smeštaju u druge porodice ili rezidencijalne ustanove. U temeljnoj i sveobuhvatnoj proceni potreba ove dece koja uglavnom imaju raznovrsne smetnje (invaliditet, teške hronične bolesti, probleme u ponašanju, emocionalne i druge psihičke teškoće, iskustvo zanezarenosti i zlostavljanja i dr.) i proceni potreba roditelja za podrškom u roditeljstvu, otvara se nova perspektiva i alternativa izmeštanju deteta iz porodice. *Ovo naročito važi za porodice sa decom sa invaliditetom radi blagovremenog uvođenja kontinuirane i sistematične podrške kao preventive institucionalnom zbrinjavanju*.

Učesnici obuke dalje smatraju da je instrument veoma primenljiv za *procenu dece u hraniteljskim porodicama*, npr. tokom praćenja, u evaluaciji usluge i ponovnom pregledu. Posebno je značajna mogućnost primene kod dece koja ispoljavaju izraženije smetnje u razvoju. U ovim slučajevima, primena ROD-a može znatno olakšati procenu ne samo potreba deteta, već i kapaciteta hranitelja i donošenje odluke da li treba podržati postojeću porodicu ili je u interesu deteta da mu se nađe druga porodica koja će biti u stanju da u većoj meri zadovolji njegove potrebe.

Područje primene ROD-a se otvara i kod *porodica kojima je izrečena mera preventivnog i korektivnog nadzora*, radi jasnijeg sagledavanja kapaciteta roditelja. Iz istog razloga, instrument se može primeniti i kod porodica čiji je član (dete ili roditelj) u sukobu sa zakonom, kao i kod porodica u kojima deca ispoljavaju poremećaj u ponašanju.

U kriznim i vanrednim situacijama u porodici (npr. razvod roditelja, teške bolesti i smrtni slučajevi, privremeno hitno izmeštanje deteta sa specifičnim potrebama i sl.), kada treba imati valjanu procenu i doneti teške odluke u kratkom vremenskom periodu, primena ROD-a može pomoći stručnim radnicima koji rade na slučaju da sa boljom argumentacijom i većom sigurnošću iznađu rešenja u najboljem interesu deteta i porodice.

Ova vrsta procene može veoma koristiti prilikom *izbora hraniteljske ili usvojiteljske porodice* (posebno ako je u pitanju dete starijeg uzrasta ili dete koje zahteva posebnu negu i pažnju), kao i prilikom *uvođenja deteta u hraniteljsku, usvojiteljsku porodicu ili instituciju*, jer pruža obilje korisnih informacija o detetu, olakšava period adaptacije i praćenje toka adaptacionog perioda.

ROD se može koristiti kod dece pod starateljstvom u postupku revizije starateljske zaštite, naročito u slučajevima sniženih odgajateljskih kapaciteta staratelja i/ili ako su prisutne teškoće u odrastanju deteta (problemi u školi, porodici, socijalnoj sredini...). Generalno, deca pod starateljstvom u otvorenoj zaštiti zahtevaju posebnu pažnju organa starateljstva u pogledu podrške, jer su upravo ova deca posebno izložena riziku od siromaštva i socijalne isključenosti.

Instrument je pogodan za primenu kod *mladih koji su u procesu osamostaljivanja (procena za potrebe izrade plana za samostalan život i emancipaciju mladih)*. Ovde je naročito koristan segment upitnika kojim se procenjuje samostalnost mlade osobe.

Iako je instrument prevashodno namenjen deci i mladima koji se nalaze u porodici (biološkoj ili alternativnoj), *u izvesnim slučajevima može se koristiti i za procenu dece i mladih u institucijama (ako se planira izmeštanje u hraniteljsku porodicu, povratak u biološku ili kod osamostaljivanja)*.

Rezultati procene izvršene ROD-om mogu biti izuzetno korisni za upoznavanje budućih voditelja slučaja i drugih službi sa konkretnim slučajem, jer daju detaljan pregled i dobru osnovu za dalje planiranje i rad sa detetom i porodicom.

10 Tokom oktobra i novembra 2010. realizovane su dve obuke za stručne radnike iz CSR (ukupno 26 polaznika) čije su sugestije i predlozi dragoceni za primenu instrumenta u praksi.

Rezultati koji se dobiju primenom instrumenta ROD, sintetizuju se u obrascu za rekapitulaciju. Rekapitulacija je integrisan pregled procene deteta i procene odgajateljskih kompetencija na osnovu kojih procenitelj donosi zaključak.

Zaključak kojim se preciziraju potrebe deteta/mlade osobe za dodatnom podrškom i preporuke za podrškom, kao i rezultati usmerene procene – korisna su osnova voditelju slučaja za sačinjavanje plana usluga. Pri sačinjavanju plana (plan stalnosti za dete i porodicu ili plan za osamostaljivanje mlade osobe), korisno je da voditelj slučaja zajedno sa stručnim radnikom (koji je radio usmerenu procenu ako VS nije i ispitivač), supervizorom, korisnikom, odgajateljima i drugim važnim osobama koje su relevantne za sačinjavanje plana, odluči na koji će se način preporuke za podrškom integrisati u planu usluga, odnosno kako će se najsvrsishodnije iskoristiti u daljem davanju usluga detetu/mladoj osobi i odgajateljima, u skladu sa njihovim najboljim interesom.

Literatura:

- Beker, K., Milojević, N., Zavišić, V. (2009) . Deca sa smetnjama u razvoju – od pasivnih primalaca/-teljki usluga do aktivnih učesnika/-ca u životu zajednice, Izveštaj. Pančevo: Inicijativa za inkluziju Veliki mali.
- Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad, Službeni glasnik RS, 59 / 2008.
- Republički zavod za socijalnu zaštitu (2010). Analiza izveštaja o radu centara za socijalni rad u Srbiji za 2009. godinu, Beograd.
- Republički zavod za socijalnu zaštitu (2010). Izveštaj o radu ustanova za smeštaj dece i mladih za 2009. godinu, Beograd.
- Republički zavod za socijalnu zaštitu (2010). Izveštaj o radu ustanova za smeštaj lica ometenih u razvoju za 2009. godinu, Beograd.
- Savet za prava deteta Republike Srbije (2004). Nacionalni plan akcije za decu, Beograd.
- Veljković, L., Žegarac, N. (2009). Podrška zapošljavanju socijalno isključenih mladih – Smernice za razvoj integrisanih usluga tržišta rada i socijalne zaštite, studija, Beograd.
- Vlada Republike Srbije, Strategija razvoja socijalne zaštite, novembar, 2005.
- Vlada Republike Srbije, Zakon o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana, Službeni glasnik Republike Srbije, broj 36/91;84/2004.
- Žegarac, N., Džamonja-Ignjatović, T., Brkić, M. (2008). Znanje i veštine za vođenje slučaja u socijalnoj zaštiti, Priručnik za program obuke, Beograd.

KAKO PRUŽITI PODRŠKU PORODICI I INSTITUCIJI KOJA BRINE O DETETU

Sulejman Hrnjica

Uvodne napomene

Već nekoliko puta je napomenuto da su deca sa teškoćama u razvoju, pri tom i lišena podrške biološke porodice, deca sa dvostrukim rizikom. Ceo problem usložnjava i činjenica da su deca sa teškoćama u razvoju veoma heterogen skup, kako po vrsti, tako i po težini razvojne teškoće. Dodajmo ovome da vrsta podrške zavisi i od dodatnih osobina ličnosti deteta, pola i uzrasta. Isto tako i biološke i hraniteljske/usvojiteljske porodice se razlikuju po mnogim obeležjima, pre svega po motivaciji i sposobnosti da pruže odgovarajuću pomoć detetu. Sa institucijama stvari stoje još složenije. Iako je stav gotovo svih humanitarnih (vladinih i nevladinih) organizacija da institucije nisu podobne za dečji razvoj, pogotovo razvoj deteta koje prati neka razvojna teškoća, u većini nerazvijenih zemalja, a i zemalja istočne Evrope usvajanje dece sa teškoćama u razvoju, ili prihvatanje u hraniteljski odnos, je retko. U poslednje vreme učinjen je napor i kod nas da se što više podstakne hraniteljstvo i usvajanje dece sa teškoćama u razvoju. Zbog nepostojanja registra dece iz ove grupe nije moguće ni okvirno proceniti kakvo je sadašnje stanje u ovoj oblasti.

Medicinski i psihosocijalni model – od antagonizma do komplementarnosti

Od momenta utvrđivanja vrste i stepena teškoće u razvoju (nekada odmah po rođenju, a nekada tek prilikom polaska u školu, pa i kasnije) roditelj/staratelj se prvo obraća lekarima. Dijagnostikovanje i određivanje terapije je prvi korak ka ublažavanju teškoće u razvoju. Naredni korak, koji treba preduzeti što ranije po otkriću teškoće u razvoju, je preduzimanje mera psihosocijalne podrške. Postoje brojne barijere koje otežavaju taj prirodni sled mera. Iz sasvim nerazumljivih razloga, između stručnjaka koji treba da pruže jednu ili drugu meru, dugo vremena je postojao (a postoji i sada) antagonizam koji je opasan po dete. Većina lekara, kada odredi dijagnozu i terapiju, smatra da su uradili svoj deo posla. Medicinski nalaz koji upute porodici, instituciji za zbrinjavanje dece ili vrtiću/školi je najčešće nerazumljiv. Po pravilu, nema nikakve sugestije šta porodica/institucija treba da preduzme kada dobije takav nalaz. Potpuno je nejasno koje su moguće posledice razvojne teškoće na dečji intelektualni, emocionalni, socijalni i fizički razvoj. Saradnici britanske humanitarne organizacije su u više navrata vodili razgovore sa pedijatrima i dečjim psihijatrima sa ciljem da se poboljša praktična primenljivost njihovih nalaza, ali bez vidljivih rezultata (SCF, 2005, 2007, 2009, 2010). Da bi saradnja stručnjaka u oba modela *bila u interesu deteta porodice/institucije* neophodno je da se uspostavi funkcionalna veza između ova dva sistema (Sretenov D., 2008). Izložićemo, ukratko, osnovne karakteristike ova dva modela i ukazati na neke od mogućnosti njihovog funkcionalnog povezivanja.

Medicinski model. Retka su deca sa teškoćama u razvoju (pogotovo onim težim) kojima nije neophodna trajnija medicinska pomoć. U zavisnosti od vrste, stepena težine i eventualnih pratećih razvojnih teškoća potreba za intenzivnom medicinskom podrškom može dugo potrajati, a kod neke dece i ceo život. Senzorne teškoće (gubitak vida, sluha) imaju, najčešće progresivan tok. Praćene su brojnim medicinskim intervencijama zavisno od toga kako se bolest razvija, a neretko i sa operativnim zahvatima. Slično je i sa raznim oblicima telesnih oštećenja i sa hroničnim bolestima. Kod dece sa teškoćama u intelektualnom razvoju ređe su medicinske intervencije. Dobro procenjeno stanje (tačna dijagnoza i dobro određena terapija) najčešće ne zahtevaju dužu medicinsku pomoć. Problem se komplikuje time što su teškoće u intelektualnom razvoju gotovo po pravilu praćene teškoćama u razvoju govora (otežana artikulacija i razumevanje iskaza), a nekada i teškoćama u razvoju motorike ili je mentalna zaostalost praćena i senzornim smetnjama. Kada iscrpi raspoložive medicinske mere, lekar obično savetuje kontrolu za šest meseci. Roditelji/staratelji, koji nisu obavešteni šta treba raditi sa detetom posle predložene terapije, očekuju zakazani kontrolni termin. Ako sa detetom

u međuvremenu nije ništa rađeno, moguće je da i lekar i roditelj/staratelj, posle šest meseci, budu suočeni sa regresijom u dečjem razvoju.

Psihosocijalni model podrške. Cilj medicinske podrške (u koju spada i logopedski tretman) jeste da spreči dalje pogoršavanje stanja, a i da ublaži (a kod je to moguće i otkloni) uzrok zastoja u dečjem razvoju. Pružanje psihosocijalne podrške u porodici/instituciji obuhvata niz mera. U jednom odeljku ove publikacije navedene su karakteristike inkluzivnog pokreta, čija je suština *stvaranje okruženja (porodičnog, institucionalnog) u kome će se dete dobro osećati, biti prihvaćeno i razvijati se u granicama svojih mogućnosti.* Bilo da je reč o hraniteljstvu, usvojenju, biološkoj porodici ili instituciji suština pripreme učesnika u brizi o detetu jeste da se od prvih dana *dete oseća prihvaćeno i dobrodošlo.* Ovo uvek treba imati na umu, a posebno onda kada postoje podaci da je dete u prethodnom periodu imalo negativna iskustva, kako sa vršnjacima, tako i sa odraslim osobama. *Podsticanje razvoja postojećih interesovanja i radoznalosti deteta, kao i otkrivanje novih, neispoljenih je sledeći zadatak psihosocijalne podrške.* Za ovaj zadatak treba pripremiti roditelje/staratelje, kao i osoblje u institucijama. Čak i stručni saradnici (psiholozi, pedagozi, specijalni pedagozi) imaju ograničena znanja o tome kako podstaći i razvijati očuvane potencijale. Porodica je u još težoj situaciji. Jedno od rešenja je da se uspostavi funkcionalna povezanost roditelja/staratelja, vaspitača u vrtićima, kao i stručnih saradnika u vrtiću/školi, da se napravi pismeni plan podrške detetu (koji će biti izložen u ovom odeljku) i da se sistematski prati kako se taj plan ostvaruje. Ako dete pohađa školu neophodno je da sa učiteljem/razrednim starešinom bude uspostavljen kontakt, kako bi dete savladalo osnovni obrazovni program i bilo u mogućnosti da nastavi školovanje. Ovaj plan obuhvata dve grupe ciljeva: obrazovne i vaspitne. Roditelj/staratelj se uključuje u savladavanje programa u zavisnosti od svojih obrazovnih mogućnosti i motivacije. *Razvijanje motivacije deteta za nastavne i vannastavne aktivnosti i razne aspekte socijalizacije* takođe čini osnovu plana psihosocijalne podrške.

Dosadašnja praksa u razvijanju programa psihosocijalne podrške nametnula je dodatno dva pitanja: (1) Da li je moguće izbeći regresiju u razvoju prilikom uključivanja dece sa teškoćama u grupu vršnjaka i (2) koje aspekte razvoja je moguće razviti do prihvatljive granice, a za koje aspekte razvoja ipak postoje ograničenja. Na ova pitanja nije moguće dati pouzdane odgovore, pre svega zbog postojanja individualnih razlika među decom sa teškoćama u razvoju i zbog značajnih razlika u socijalnom okruženju. Nije bez značaja ni ranije iskustvo deteta sa vršnjacima i odraslima od koga zavisi da li će uključivanje u grupu vršnjaka bez razvojnih teškoća imati pozitivan ili negativan ishod. Iskustva stečena tokom eksperimentalne faze razvijanja programa psihosocijalne podrške (SCF UK, 2005, 2007, 2010) pokazala su sledeće: deca sa smetnjama u intelektualnom razvoju mnogo lakše prihvataju uključivanje u grupu vršnjaka bez razvojnih teškoća. S druge strane, vršnjaci njih teže prihvataju sa obrazloženjem „kvare nam igru“, „spori su“, „ne shvataju pravila“ i sl. Uključivanje ove dece u vršnjačke grupe treba izvoditi u što ranijem uzrastu i postepeno (prvo sa decom iz uže i šire porodice, zatim sa decom prijatelja, a u vrtiću/školi na podsticaj vaspitača/učitelja i uključivanjem u aktivnosti u kojima neće dolaziti toliko do izražaja njihov individualni doprinos (grupne aktivnosti u kojima pobeđuje grupa i sl.). Kada god je moguće treba izbegavati takmičarske individualne aktivnosti zbog opasnosti da će se javiti osećanje manje vrednosti zbog niza neuspeha, koji kod deteta stvaraju trajno osećanje nesigurnosti i ugrožava samopoštovanje.

Deca sa senzornim oštećenjima (vida, sluha), lokomotornog sistema, hronično bolesna deca i ostale kategorije dece sa teškoćama u razvoju kod kojih nisu umanjene intelektualne sposobnosti imaju znatno više problema pri uključivanju u vršnjačke grupe. Razvojem samosvesti (orijentaciono oko 12 godine, kada postaju svesni posledica svog stanja na položaj u budućnosti, kod njih dolazi do naglog pada motivacije za sve aktivnosti i depresivnih reakcija. U svakom slučaju, jedan od ciljeva psihosocijalnog programa namenjenog detetu sa teškoćama jeste da se kod njih *razvije svest o ostvarljivim ciljevima u budućnosti.* Kao što je već pomenuto, Olport (1969) je svest o budućim ciljevima označio *kao najvažniji izvor integriteta ličnosti,* a time ukazao na osnovnu strategiju u razvijanju motivacije za aktivnosti povezane sa budućim ciljevima, pogotovo onima koji mogu da obezbede egzistenciju. Nažalost, ni ovo rešenje nije univerzalno. Osobama sa teškoćama u razvoju nisu dostupna mnogo prestižna zanimanja zbog predrasuda sredine, čak i onda kada imaju za njih sposobnosti. U posebno teškom položaju su veoma obdarena deca, kod kojih je frustracija zbog socijalnih barijera još izraženija.

Posebne potrebe pojedinih kategorija dece sa teškoćama u razvoju

U uvodnom delu poglavlja o deci sa teškoćama u razvoju ukazano je da sva deca imaju potrebe koje moraju da zadovolje da bi njihov razvoj bio normalan. I kod dece sa teškoćama u razvoju ove potrebe moraju biti zadovoljene, s tim što je način zadovoljavanja tih potreba znatno složeniji. Međutim, pojedine kategorije dece imaju dodatne potrebe čije zadovoljavanje nije tipično za decu bez razvojnih teškoća. Te posebne potrebe su sledeće:

1. *Deca sa težim oštećenjem vida i sluha.* Deca sa težim oštećenjem vida (slepa i slabovida) imaju dodatnu potrebu da savladaju orijentaciju u prostoru (u stanu, u bližoj i daljoj okolini). Da bi mogli da se uspešno školuju do sada je jedina mogućnost bila da savladaju Brajevu abecedu. Danas postoje optički sistemi koji omogućuju pretvaranje vizuelnih signala u zvukove, tako da osobe sa oštećenim vidom mogu da čitaju tekst iz udžbenka, pa čak i iz novina. Deca sa težim oštećenjem sluha danas raspolazu sa sve boljim slušnim aparatima, a u slučaju potpunog gubljenja slušne osetljivosti deca iz ove grupe mogu da koriste komunikaciju prstima ili direktno čitanje sa usana.
2. *Deca sa poremećajima saznavnih funkcija.* Obrazovanje ove dece je veoma otežano. Kod težih oblika oštećenja saznavnih funkcija otežana je i orijentacija u prostoru, a nisu retki ni prateći senzorni poremećaji. Dodatne potrebe ove dece vezane su i za posebne metode podsticanja socijalizacije i moralnog razvoja.
3. *Deca sa telesnim invaliditetom.* Posebne potrebe ove dece vezane su za pomoć u kretanju, posebno za pomoć u dolasku u školu, kao i za kretanje u prostoru u kome nisu otklonjene arhitektonске barijere. Dodatni podsticaji u razvoju motivacije za obrazovanje takođe spadaju u posebne potrebe dece iz ove grupe.
4. *Deca sa težim hroničnim oboljenjima, deca sa težim emocionalnim poremećajima takođe imaju niz dodatnih potreba koje je teško dodatno zadovoljiti.* Potreba za čestim medicinskim intervencijama predstavlja dodatni zahtev za sve one koji brinu o detetu.

Za sve kategorije dece sa razvojnim teškoćama, a posebno za one kod kojih je izražen veći stepen teškoće, usvojenje i hraniteljstvo je veoma teško ostvariti. Samo uz dobru pripremu pre usvojenja/hraniteljstva i stalnu podršku posle smeštanja deteta u porodicu moguće je pomoći i porodici i detetu da se dete uspešno razvija, a porodici da ne odustane ili da se ne pokaje zbog prihvatanja odgovornosti za dete sa teškoćama u razvoju.

Izrada individualnog plana podrške (IPP)

Na isti način na koji se radi individualni plan podrške u vrtiću/školi radi se i individualni plan podrške za dete sa razvojnim teškoćama u porodici (biološkoj, usvojiteljskoj, hraniteljskoj) i instituciji u kojoj dete živi. Razlika je u tome što se IPP prilagođava porodičnoj situaciji, kao i uslovima u kojima radi institucija za zbrinjavanje dece (kadrovski i materijalni uslovi, obrazovni nivo i pripremljenost učesnika u brizi o detetu). Sama izrada plana ne može biti prepuštena porodici, već predstavlja rezultat timskog rada bar jednog od članova porodice, koordinatora za to dete iz centra za socijalni rad, a kada je to moguće i stručnjaka iz najbližeg razvojnog savetovališta. U priručnicima SCF UK (Čolin T., 2005 i Stojaković S., 2009) detaljno su izloženi svi postupci i navedeni primeri za primenu IPP-a u osnovnoj školi. Uz prilagođavanje uslovima u kojima se IPP primenjuje u porodici/instituciji moguće je članove tima osposobiti za izradu plana, koji je sastavni deo programa psihosocijalne podrške. Pored toga što ovaj plan, kada se primeni, povećava verovatnoću uspešnog razvoja deteta, njegova vrednost se sastoji i u tome što povećava motivaciju onih koji se brinu o detetu time što nisu prepušteni sami sebi i što se stalno prati (i po potrebi koriguje) skup aktivnosti koje plan sadrži.

Priprema individualnog plana podrške. Razvojni status deteta (procena fizičkog, intelektualnog, emocionalnog i socijalnog razvoja deteta) je osnovni dokument na osnovu koga članovi tima određuju osnovne ciljeve i sadržaj aktivnosti koje treba da sadrži IPP. Ovaj dokument priprema koordinator centra za socijalni rad, zajedno sa stručnjacima razvojnog savetovališta (ako ga ima u tom regionu) ili sa lekarom iz doma zdravlja koji je pratio dete. Sastavni deo dokumentacije na osnovu koje se priprema IPP treba da bude i iscrpni izveštaj o dosadašnjim aktivnostima (medicinskim i pedagoškim)

▶ STEPEN POTREBE ZA PODRŠKOM

Klasifikacija dece sa razvojnim teškoćama vrši se na osnovu: **primarnog nedostatka**, tzv. **sekundarnih posledica** i **stepena potrebe za podrškom** u zadovoljavanju potreba.

Poslednji model klasifikacije koji je od posebnog značaja u vezi sa donošenjem odluka o vrstama podrške (New York State Foster Parent Manual, NYS Department of Social Services Summary, 2002) definiše potrebe za podrškom preko tri osnovna nivoa:

Stepen 1: Standardni nivo podrške. Deca sa posebnim potrebama kojoj je potreban ovaj nivo podrške mogu biti bez dijagnostikovanog oštećenja, iako mogu imati probleme u svakodnevnom funkcionisanju koji su nastali usled zanemarivanja, nebrige, nedostatka prilika za učenje i razvoj, pa čak i usled nekih oblika zloupotrebe.

Stepen 2: Posebna podrška. Ovaj nivo podrške detetu potreban je kada ono ima neko senzorno ili telesno oštećenje koje ga čini zavisnim od okruženja; ako ima hronično (npr. astma) ili terminalno oboljenje; dete koje je na privremenoj meri u sukobu sa zakonom; dete koje je umereno retardirano, dete sa emocionalnim poremećajem, ili koje ima poremećaje u ponašanju koji zahtevaju visok stepen nadzora.

Za decu u ovoj kategoriji **odrasli treba da**: obezbede sve što predviđa osnovni nivo podrške; više se lično angažuju svi članovi porodice i da, kroz dogovaranje i zajedničko osmišljanje aktivnosti sa detetom, provode više

vremena sa njim (prema individualnom planu podrške); budu uporni u pružanju pažnje i topline i onda kada dete na njihovu pažnju i toplinu ne reaguje adekvatno; obezbede intenzivan nadzor kakav je neophodan ako dete mora da poštuje određeni režim ishrane, uzimanja terapije, ili pak da odgovajatelji učestvuju aktivno u realizaciji određenog tretmana.

Stepen 3: Izuzetna briga i pomoć. Ovaj nivo brige je potreban detetu koje je, ili kada je u takvom stanju da mu je potrebna medicinska nega; dete koje ima ozbiljne probleme u ponašanju pa mora biti pod stalnim nadzorom; dete koje pati od težeg mentalnog oboljenja, kao što je šizofrenija, teška mentalna retardacija, oštećenje mozga ili autizam; dete koje ima AIDS.

Za decu u ovoj kategoriji **odrasli treba da**: obezbede sve što je predviđeno u kategoriji osnovne brige; obezbede nadzor jedan-na-jedan 24 sata; rade kao aktivni članovi tima koji realizuje individualni plan podrške (stimulacije, terapije, tretmana, reedukacije, rehabilitacije, obrazovanja...).

Vera Rajović

- 1 Ovo posebno treba imati u vidu kod dece sa traumatičnim ranim iskustvima, problemima vezivanja i dece sa poremećajem iz autističnog spektra

koje su preduzimane do momenta izrade IPP-a. Uslov za uspešnu realizaciju plana je i uzimanje u obzir ukupne porodične situacije, kao i situacije u instituciji u kojoj dete živi. Cilj ovih pripremnih aktivnosti u izradi plana je da predviđene mere budu ostvarljive. Bilo da su zahtevi nerealan visoki (teško ostvarivi) ili niži od mogućnosti onih koji brinu o detetu, motivacija neće biti uspostavljena.

Šta je i šta sadrži individualni obrazovni plan. IPP je individualni razvojni dokument. Mora da sadrži i osnovna obeležja identiteta deteta, kako bi opšti principi izrade plana bili usaglašeni sa karakteristikama deteta i kulturnim i tradicijskim obeležjima sredine u kojoj porodici živi. Na osnovu svih ovih elemenata, a i na osnovu procene potreba deteta od strane onoga kod koga dete živi (porodice, vaspitača u instituciji) radi se IPP koji sadrži:

1. Listu potreba deteta koje nisu zadovoljene ili koje su samo delimično zadovoljene;
2. Listu očuvanih sposobnosti aktivnosti kojima je moguće podržati njihov razvoj;
3. Listu interesovanja deteta i mogućnosti za njihovo zadovoljavanje;
4. Listu primarnih i sekundarnih posledica razvojne teškoće i plan za njihovo ublažavanje (a kada se radi o sekundarnim posledicama i njihovo otklanjanje);
5. Za svaku od tačaka u planu navesti listu aktivnosti, vreme i nosioce izvršavanja;
6. Utvrditi plan vrednovanja rezultata, kao i plan revizije, u slučaju da neki elementi plana nisu ostvareni ili da su ostvareni ranije, pa je stvoren prostor za dopunu plana.

Na osnovu ovih kratkih napomena nije moguće izraditi IPP, ali poglavlja u navedenim studijama SCF UK, uz seminare za zainteresovane to omogućuju.

Literatura

- Došen, Lj., Gačić-Bradić, D. (2005). *Vrtić po meri deteta*, Beograd: Save the Children UK.
- Čolin, T. (2007). *Izrada individualnih obrazovnih programa za dete ometeno u razvoju*. U: Škola po meri deteta. Beograd: Institut za psihologiju Filozofskog fakulteta.
- Hrnjica, S. i sar.(2009). *Škola po meri deteta 2*, Beograd: Save the Children UK.
- Marković, S. i sar.(2010). *Škola na kvadrat – model povezivanja specijalnih i redovnih škola*. Beograd: Save the Children UK.
- Sretenov, D. (2008). *Kreiranje inkluzivnog vrtića*. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju Društva psihologa Srbije.

PRILOG



RAZVOJNI PODSETNIK

Branislava Piper, Milica Radović-Župunski, Branka Radojević, Maida Stefanović

DETE OD ROĐENJA DO DVE GODINE ŽIVOTA

Zdravstvene potrebe

Zdravstveno stanje deteta

Prevremeno rođene bebe manje su po konstituciji, težini i mogu imati zdravstvenih problema kao što su žutica, problemi sa disanjem, malokrvnost, nizak krvni pritisak, infekcije, otvoreni arterijski kanali i prematura retinopatija (neprirodan rast krvnih sudova oka koji dovodi do gubitka vida). Više od 30% dece sa genetskim poremećajima može imati problem sa vidom, pa su kontrole neophodne minimum jednom godišnje. Kod dece sa Daunovim sindromom u značajnoj meri (15–20%) prisutna je disfunkcija štitne žlezde, pa je u cilju sprečavanja negativnog uticaja na mentalni razvoj neophodno da se u prve tri godine života obavi ispitivanje. Na ranom uzrastu kod sve dece su česte respiratorne infekcije. Prisustvo čestih prehlada ima za posledicu slivanje sekreta u srednje uvo što može uticati na probleme sa sluhom, pa se preporučuje pregled ORL minimum jedanput godišnje. Zanemarena, zlostavljana deca i ona sa nižim kvalitetom emocionalne i fizičke brige i nege od strane odgajatelja, češće se razbolevaju.

Imunizacija

▶ Do kraja navršene 1. godine života:

BCG protiv tuberkuloze i HB (akutnog hepatitisa B) – po rođenju

DTP (difterija, tetanus i veliki kašalj) – 3 doze

IPV ili OPV polio vakcina protiv dečje paralize – 3 doze

HiB (protiv bakterije *Haemophilus influenzae* tipa B) – 3 doze

▶ Do kraja navršene 2. godine života:

MMR (male boginje, zauške i rubeola)

DTP (difterija, tetanus i veliki kašalj) – prvo revakcinisanje

IPV ili OPV polio vakcina protiv dečje paralize – prvo revakcinisanje.

▶ **Napomena:** Ukoliko je neka od vakcina propuštena, može se nadoknaditi do 5. godine života.

Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje

Navike ishrane

▶ **3–4 meseca:** Dete jede 5–6 obroka (120–180 ml).

▶ **6 meseci:** 5–6 obroka ako se hrani samo mlekom. Ako se daje voćni sok, kašica, barem 2 mlečna obroka dnevno. Uvode se kaše od žitarica, voća, povrća.

▶ **7–12 meseci:** Mešovita ishrana: kaša od žitarica, voća i povrća, meso, kuvano žumance, mladi sir sa dodatkom 2 mlečna obroka (250 ml dnevno).

▶ **12–24 meseca:** 5 redovnih obroka (3 glavna i 2 užine), lagana hrana, bez sirovog mesa, gljiva, divljači i sirovih jaja.

▶ **Napomena:** Dojenje može da se nastavi do kraja prve godine, ali i duže, ako to odgovara mami i bebi. Medicinske kontraindikacije za dojenje: infekcije majke uzrokovane mikroorganizmima koji prelaze u mleko; urođeni metabolički poremećaji kod bebe, ili drugi razlozi koji prouzrokuju osetljivost na komponente majčinog mleka, npr. lekovi ili supstance koji se izlučuju mlekom i štetni su za odojče.

San

▶ **1. mesec:** Spava oko 20 sati.

▶ **3–6 meseci:** Dete spava noću oko 10 sati i tri puta po 2 sata danju; noću se budi jednom do dva puta.

▶ **9 meseci:** Spava 10–12 sati noću i dva puta po 1–2 sata preko dana. Moguće noćno buđenje.

- ▶ **12 meseci:** Spava 10–12 sati noću i potreban mu je dremež jednom ili dva puta preko dana u trajanju od pola do dva sata.
- ▶ **12–24 meseca:** Potrebno je 9–12 sati noćnog spavanja. Nekoј deci i dalje je potreban kraći dnevni dremež.

Navike čistoće

U pogledu navika čistoće, smatra se da u periodu do druge godine odgajatelj prevažno preuzimaju odgovornost za njihovo upražnjavanje.

Bliskost/privrženost prema odgajateljima i emocionalno reagovanje

- ▶ **1. mesec:** Beba prestaje da plače kada joj se neko približi, ljudski glas je smiruje.
- ▶ **3 meseca:** Prisutna su elementarna osećanja: prijatno – neprijatno, zadovoljstvo – bol... Beba uživa kad je grle, smeši se na odrasle. Dvadeset odsto beba od dve nedelje ima grčeve, koji mogu da uzrokuju snažan plač (ukupno dnevno ne više od tri sata); sa 3 do 4 meseca života oni se gube. Sisanje palca/cucle je uobičajena navika, koja počinje u prvim mesecima života deteta, radi ublažavanja osećanja gladi i redukovanja napetosti ili postizanja zadovoljstva, a doživljava vrhunac u drugoj godini.
- ▶ **6–9 meseci:** Razvija emocionalnu vezanost za majku (sluša i odgovara drugačije na glas majke, pruža ruke kada joj ona prilazi) i reaguje anksiozno prilikom razdvajanja od nje. Ljuto je kada je sputano i pokazuje strah od stranaca. Razlikuje poznate ljude od nepoznatih. Smeje se liku u ogledalu. Privlači pažnju okoline različitim aktivnostima. Klačenje telom i glavom, roking (ukoliko se dete ne povređuje i nije ekscesivno), može da bude deo rituala pred zaspivanje.
- ▶ **9–12 meseci:** Adekvatna i jaka vezanost postoji i sa drugim članovima porodice. Pokazuje radoznalost, istražuje okolinu. Taši rukama na poznate pesmice. Razvija elemente socijalne igre sa odraslima: igra skrivalica i slično. Oponaša jednostavne radnje ukućana (plazi se, žmirka, kašljucica), pokazuje interesovanje za decu i odrasle. Reaguje na zabranu prekidom započete aktivnosti.
- ▶ **12–18 meseci:** Dete sa prohodavanjem ispoljava više inicijative za samostalnim istraživanjem okoline. Razvija osećaj za sebe i šta je njegovo. Reaguje na svoje ime. Strah od nepoznatih osoba dostiže svoj vrhunac, kao i strah pri odvajanju od bliskih osoba. Javljaju se znaci ljubomore – negoduje kada drugo dete privlači pažnju na sebe.
- ▶ **24 meseca:** Kod deteta se opažaju različiti izrazi lica za osećanje besa, tuge ili radosti. Javlja se prkos, izražena ljubomora. Reaguje na emocionalni izraz odraslog (empatija). Napadi besa traju do 15 minuta i mogu se dešavati čak i svakodnevno. Igra se pored vršnjaka, povremeno daje igračku; početak interesovanja za grupne aktivnosti.

Lični i porodični identitet

- ▶ **0–2 godine:** Ako su osnovne potrebe deteta zadovoljene (ljubav, emocionalna toplina, hrana, san) razvija se osećaj poverenja i sigurnosti, što su ključni elementi za razvoj samopoštovanja. U periodu od 18 do 30 meseci dete definiše sebe po određenim karakteristikama (godine, pol, fizičke karakteristike).

Psihomotorni i kognitivni razvoj

Krupna motorika

- ▶ **1–2 meseca:** Beba odiže ramena i glavu od podloge, šake su poluotvorene, pokreti ekstremiteta simetrični, noge skupljene kada je pridržavaju ispod pazuha.
- ▶ **4 meseca:** Ima kontrolu nad pokretima glave, voljno pokreće ruke, sisa palac.
- ▶ **5–6 meseci:** Sedi uz lagani oslonac, stabilno drži glavu, spuštenu na noge odupire se vrhovima prstiju o podlogu.
- ▶ **9 meseci:** Samo se dovodi u sedeći položaj, sedi samostalno, stoji uz pridržavanje, počinje da puzi.

- ▶ **10–12 meseci:** Hoda uz pridržavanje, spušta se uz pridržavanje kako bi dohvatilo predmet, pokreće predmete napred-nazad.
- ▶ **13 meseci:** Stoji samo i može da napravi 10 koraka.
- ▶ **15 meseci:** Samostalno hoda i retko pada.
- ▶ **20–22 meseca:** Trči, silazi niz stepenice, otvara vrata, šutira loptu.
- ▶ **Napomena:** Iako se ne mogu lako utvrditi uzroci usporenosti u razvoju motorike, važno je da budu otkriveni što ranije da bi dete na vreme počelo sa rehabilitacijom ili uklanjanjem uzroka. Danas postoje brojne mogućnosti za ranu motoričku rehabilitaciju.

Fina motorika

- ▶ **1–2 meseca:** Pogledom prati predmet koji se pomera levo-desno.
- ▶ **3–4 meseca:** Hvata predmete celom šakom, igra se rukama, posmatra ih, stavlja dudu ili zvečku u usta.
- ▶ **6 meseci:** Hvata celim dlanom i opruženim palcem, postepeno prilagođava hvat veličini i obliku predmeta, dohvata ciljano pruženu igračku obema rukama, prebacuje igračku iz ruke u ruku.
- ▶ **8 meseci:** Lupka i trese predmet, udara predmete jedan o drugi, može da zadrži dva predmeta, sve baca na pod.
- ▶ **9 meseci:** Hvata sitne predmete palcem i kažiprstom (*pinceta hvat*).
- ▶ **12 meseci:** Hvata sitne predmete opozicijom palca i kažiprsta (*klešta hvat*), ubacuje dugmad u posudu, oponaša šaranje olovkom po papiru.
- ▶ **14 meseci:** Precizno hvata i stavlja sitne predmete u flašicu, može da stavi dve kocke jednu na drugu.
- ▶ **19–22 meseca:** Okreće stranice knjige, baca predmete bez određenog pravca, uživa u igrama bacanja i hvatanja, švrlja po papiru.

Razvoj perceptivnih sposobnosti

- ▶ **1–2 meseca:** Očima prati osobu koja se kreće, reaguje na slabe zvuke, razlikuje skoro sve glasove, a posebno je osetljivo na visoke frekvencije i majčin glas. Trepće na svetlo. Privlače ga svetli predmeti. Zaustavlja pogled na majčinim očima. Osetljivo je na bol, najviše voli slatke ukuse i mirise i okreće se prema mirisu majčinog mleka. Teško razlikuje boje.
- ▶ **3–4 meseca:** Pogledom prati kružno kretanje predmeta. Pokretom ili zadržavanjem pogleda reaguje na zvuk. Voli da gleda, osluškuje i dodiruje nove stvari.
- ▶ **5–6 meseci:** Razgleda okolinu pogledom, okretanjem glave traži izvore zvuka. Obraća pažnju na govor drugih. Gleda za predmetom koji pada dole, vidi i doseže predmet.
- ▶ **9 meseci:** Pravilno lokalizuje izvor zvuka. Posmatra i dodiruje svoj lik u ogledalu.
- ▶ **15 meseci:** Prepoznaje likove i predmete na slici (pas, mačka).
- ▶ **18 meseci:** Brzo lokalizuje izvor zvuka.
- ▶ **24 meseca:** Ispravlja sliku okrenutu naopačke, samostalno razgleda slikovnicu, lokalizuje zvuk iz druge prostorije.

Razvoj govora i komunikacija

- ▶ **1–2 meseca:** Oglašava se samoglasnicima i gukanjem.
- ▶ **3–4 meseca:** Prvo udvajanje glasova, na govor majke odgovara gukanjem i klicanjem. Gukanje predstavlja izraz dečjih osećanja i potrebe za komunikacijom i može se prihvatiti kao sredstvo komunikacije sa drugim ljudima.
- ▶ **5–8 meseci:** Izgovara prve suglasnike (m, n, g, b, d, p) ugrađene u jednostavne slogove (pa, ba i ma), i kratkotrajno vrišti i podvriskuje. Modulira glas u jačini, visini i dužini. Izgovara zajedno tri različita vokala sa suglasnicima ili bez suglasnika na kraju, razmenjuje zvukove, izraze lica i pokrete sa odgajateljima. Brbljanjem imitira govor i komunicira sa okolinom.
- ▶ **10 meseci:** Razume nekoliko reči, na nalog okreće glavu ka poznatoj osobi ili predmetu, sluša i imitira zvuke iz okoline, reaguje na pominjanje svog imena.

- ▶ **12–13 meseci:** Većina dece izgovara svoju prvu reč. Obično je to imenica sastavljena od dva ista sloga (ma-ma, ba-ba, ta-ta i sl.).
- ▶ **15 meseci:** Glasom izražava svoje želje i skreće pažnju, pravi rečenice od jedne reči ili reči i gesta, bolje razume govor roditelja. Razume da poznate stvari i osobe imaju svoja imena.
- ▶ **18 meseci:** Koristi 10–50 reči i imenuje predmet i lica na zahtev (*Šta je to? Ko je ovo?*). Ponavlja reči za odraslima, spaja imenicu i glagol (*mama daje*).
- ▶ **22–24 meseca:** Koristi više od 50 reči. Traži rečima da jede, spava i izvršava jednostavne naloge (pokaži, donesi...). Gradi rečenicu od 3 reči, a zna značenje za oko 250–300 reči. Komentariše dok crta, priča samo sa sobom ili sa igračkama.

Rešavanje problema – kognitivni razvoj

- ▶ **1–2 meseca:** Ponašanje usmereno na jednostavne, biološki determinisane reflekse koje dete uvežbava.
- ▶ **2–3 meseca:** Ispituje predmete stavljanjem u usta. Razlikuje celinu i delove.
- ▶ **5 meseci:** Manipuliše predmetima i razgleda ih. Namerno pomoću predmeta proizvodi zvukove.
- ▶ **9 meseci:** Igra se bacajući predmete na pod, traži neposredno sakriven predmet, razume komandu *NE*.
- ▶ **12 meseci:** Pronalazi skriveni predmet, traži predmet izvan vidnog polja, daje predmet na zahtev, privlači igračku vučenjem pelene na kojoj se nalazi.
- ▶ **18 meseci:** Na zahtev pokazuje predmet iz okoline, dohvata igračku koristeći štap, kašiku ili nešto slično. Zna da pokaže tri dela tela (oko, glavu, nos). Počinju simboličke igre (*kao da*).
- ▶ **24 meseca:** Savlađuje jednostavne prepreke, na zahtev pokazuje pet delova tela i izdvaja jedan predmet iz gomile, imenuje jednu boju. Sposobno je da planira aktivnosti iznutra, probleme rešava mentalno. Pamti prošle događaje.

DETE UZRATA OD DVE DO ŠEST GODINA

Zdravstvene potrebe

Zdravstveno stanje deteta

- ▶ **Napomena:** Preko 30% dece sa genetskim poremećajima može imati problem sa vidom pa su kontrole neophodne minimum jednom godišnje. Kod dece sa Daunovim sindromom u značajnoj meri (15–20%) prisutna je disfunkcija štitne žlezde, pa je u cilju sprečavanja negativnog uticaja na mentalni razvoj neophodno da se u prve tri godine života obavi ispitivanje. Na ranom uzrastu kod sve dece su česte respiratorne infekcije. Prisustvo čestih prehlada ima za posledicu slivanje sekreta u srednje uvo, što može uticati na probleme sa sluhom, pa se preporučuje pregled ORL minimum jedanput godišnje.

Imunizacija

- ▶ **Napomena:** Ukoliko je neka od vakcina iz prethodnog perioda (do 2. godine) propuštena, može se nadoknaditi do 5. godine života.

Briga o zdravlju zuba

- ▶ **2 godine:** U toku ovoga perioda preporučuje se jedan pregled za registrovanje stanja oralnog zdravlja. Potrebno je praćenje rasta i položaja zuba, kao i zdravstveno-vaspitni rad sa roditeljima.
- ▶ **3–7 godina:** Preporučuje se pregled jedanput godišnje. Kontrolni stomatološki pregled i preduzimanje odgovarajućih postupaka za sprečavanje razvoja bolesti zuba i desni. Pred polazak u školu potreban je kompletan stomatološki pregled i zdravstveno-vaspitni rad sa detetom.
- ▶ **Napomena:** Deca sa teškoćama u psihofizičkom razvoju, prevremeno rođena, kao i deca sa dijabetesom sklona su čestim zapaljenskim procesima na desnim, pojačanom stvaranju plaka i zubnog kamenca, što stvara podlogu za razvoj karijesa i raznih oboljenja zuba. Za njih se preporučuje odlazak kod zubara dva do tri puta godišnje.

Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje: emocionalne potrebe

Navike ishrane

- ▶ **2–3 godine:** Zna šta voli, a šta ne, i traži omiljenu hranu. Prestaje da jede kada je sito. Osetljivo na temperaturu i strukturu hrane.
- ▶ **4–5 godina:** Voli odvojenu hranu na tanjiru, kao i obojenu atraktivnu hranu. Okleva da proba nova jela. Apetit varira.
- ▶ **6 godina:** Ishrana po sastavu slična ishrani odrasle osobe. Voli da priča tokom jela. Radije isprobava nova jela, ali najčešće bira omiljena. Češće su izbirljiva ona deca koju odgajatelji nisu raznovrsno hranili ili su ih prisiljavali da jedu.
- ▶ **Napomena:** Naglasak u piramidi ishrane za dete iznad dve godine je na pet glavnih grupa namirnica, od kojih je svaka važna za održavanje dobrog zdravlja: 1. Hleb, žitarice, pirinač, testenina; 2. Povrće; 3. Voće; 4. Mleko, jogurt, sir; 5. Meso, riba, jaja, mahunarke.

San

- ▶ **2 godine:** Potrebno je 10–12 sati sna noću, a tokom dana otprilike dvosatni dremež. U ovom razdoblju deca se razlikuju. Neka se odmaraju nekoliko puta ili spavaju više sati odjednom, dok drugima dnevni odmor skoro da i ne treba.
- ▶ **3 godine:** 10–12 sati noću, 1–2 sata dremeža preko dana.
- ▶ **4 godine:** 10–12 sati noću, do 1 sat preko dana.
- ▶ **5–6 godina:** Većina dece prestane da spava preko dana. Noću je potrebno 10–11,5 sati sna.

Navike čistoće

- ▶ **3 godine:** Na vreme traži nošu (ne mokri noću), uz podsećanje pere ruke i zube.
- ▶ **4 godine:** Uspostavljena kontrola male i velike nužde, ali je potrebna pomoć u toaletu.
- ▶ **5 godina:** Potpuna kontrola velike i male nužde.

Emocionalno reagovanje

- ▶ **3 godine:** Ima izlive ljutnje i besa pri sputavanju aktivnosti; testira granice i krši zabrane. Javljaju se kratki napadi besa jer na ovom uzrastu još ne može da potpuno kontroliše izlive.
- ▶ **4 godine:** Osećanja su intenzivna i kratko traju, česte su promene raspoloženja. Ima prva osećanja o tome šta je lepo, a šta ružno. Javljaju se emocije stida, zavisti, nade, ponosa.
- ▶ **4–5 godina:** Ispoljava strah od mraka, izmišljenih bića, čudovišta iz ormana. U ovom periodu normalne su igra fantazije i imaginarni prijatelj. Tolerantnost na nezadovoljenje potreba je veća.
- ▶ **6–7 godina:** Prepoznaje svoja osećanja (ljubav, sreću, bes i razočarenje), a strahovi su vezani za realno zastrašujuću situaciju.

Aktivitet i pažnja

- ▶ **3 godine:** Očekuje se da dete može da se zadrži u omiljenoj aktivnosti 3 minuta.
- ▶ **4–5 godina:** Pažnja može da se održi 5–10 minuta.
- ▶ **6 godina:** U stanju je da zadrži pažnju 10–15 minuta (gledanje crtanog filma, igra, itd.). Pažnja postaje selektivnija, prilagodljivija, u većoj meri planska. Fleksibilno prilagođava svoju pažnju trenutnim zahtevima različitih situacija. Ima bolje strategije pamćenja.

Razvoj polnog identiteta, autoerotske, autoagresivne radnje i erotizovano ponašanje

- ▶ **2–3 godine:** Javlja se svest o postojanju vlastitih polnih organa. Pokazuje interesovanje za obnažene ljude, majčine grudi. Zadovoljstvo (rasterećenje tenzije) postiže pražnjenjem bešike i debelog creva i razvija interesovanje za predeo genitalija. Krajem ovog perioda počinju prve igre tipa *mama i tata*. Izolacija i nepovoljni uslovi podstiču samostimulaciju tj. dečju onaniju.
- ▶ **3 godine:** Razvija se polni identitet i svesnost o tome kom polu pripada. Zanimaju ga venčanja. Postavlja pitanje odakle dolazi beba, ali ne razume odgovor da ona raste u majci. Povremeno

regredira sisajući prst, tepajući, čačkajući nos i dr. Sposobno za ljubomoru, zaljubljuje se, seda u krilo i traži nežnost od odraslih u okolini. Veoma je bitno da nauči sa kim i kako se razmenjuje dodir i pažnja, kako ne bi postalo žrtva zloupotrebe.

- ▶ **4 godine:** Pokazuje drugoj deci polni organ (igra *pokaži mi šta imaš*). Postavlja pitanja kako beba izađe iz majke i često samo dolazi do odgovora da je to kroz pupak. Dovoljno odraslo da, ukoliko želi, čuje prva objašnjenja o začecu i rađanju. Pokazuje interesovanje za tuđa kupatila, kao i da gleda druge dok uriniraju. Otkriva psovke i reči na koje odrasli reaguju sa negodovanjem. Kada je pod stresom, regredira: odbija da defecira u nošu, sisa palac, itd.
- ▶ **5 godina:** Opaža seksualne razlike među odraslima, može postavljati pitanja zašto sestra nema penis ili otac grudi. Igra se kao bajagi trudnice, simulira grudi stavljanjem krpica u bluzu, itd. Interesuje se i dalje odakle dolaze bebe i zadovoljno je odgovorom *iz stomaka*. Začćeće, rađanje, smrt i život posle smrti postaju omiljene teme. Na ovom uzrastu najbolje je postaviti jasna pravila za redukovanje tenzije.
- ▶ **6 godina:** Ima mnogobrojna pitanja o seksualnim razlikama polova. Zanima ga detaljnije kako beba nastaje, period trudnoće i porođaja i da li to majku boli (ove teme ne treba izbegavati, ali objašnjenja treba prilagoditi uzrastu deteta).

Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje: Odnos sa užim i širim socijalnim okruženjem i ponašanje

Odnosi (bliskost/privrženost) prema odgajateljima i članovima domaćinstva

- ▶ **3 godine:** Dete je emocionalno vezano za odgajatelje, ali je u stanju da ostane kraće vreme sa nepoznatom osobom. Reaguje na emocionalni izraz odraslog. Osetljivo je na pohvale.
- ▶ **4 godine:** Može da toleriše privremenu razdvojenost od majke na malo duže vreme i sa manje tuge. Pokazuje brigu i empatiju za druge.
- ▶ **5 godina:** Uključuje se u razgovor odraslih.
- ▶ **6–7 godina:** Događaj sagledava iz ugla druge osobe, razvijena sposobnost za saradnju.

Odnos sa odraslim osobama van kuće

- ▶ **4 godine:** Spontano se pozdravlja sa odraslima. Imitira ponašanja odraslih.
- ▶ **5 godina:** Uključuje se u razgovor odraslih.
- ▶ **6 godina:** Ide samo u komšiluk. Uključuje se u pohađanje obaveznog pripremnog predškolskog programa.

Ponašanje

- ▶ **3 godine:** Napadi besa su očekivani, jer kroz njih dete izražava frustracije koje ne mogu da se verbalizuju. Proba da krši pravila, laže, otuđuje stvari, itd. Zna da kaže svoj pol, godine, *molim, hvala*. Uživa u pomaganju odraslima u kućnim aktivnostima. Pokušava da pospremi igračke.
- ▶ **4 godine:** Poštuje jednostavna pravila i razume reči *dobro – loše*. Deca koja su kod kuće loše tretirana često prenose agresivnost na drugu decu ili predmete.
- ▶ **5 godina:** Može da odloži zadovoljenje potrebe, počinje da oseća krivicu i da samoregulise svoje ponašanje. Povećava se tolerancija na frustraciju i smanjuju se fizički ispadi ljutnje.
- ▶ **6 godina:** Ponaša se prema vaspitnim zahtevima, poštuje pravila, rasuđuje da je pravedno da prilikom podele svi dobiju jednako. Iako još uvek nema razvijen osećaj za pravednost i težinu prestupa (određuje prema veličini štete, umesto prema nameri), pomaljaju se začeci moralnog rezonovanja. Sposobno je da prikriva istinu. Društvo vršnjaka značajnije utiče na ponašanje.

Odnosi sa drugom decom

- ▶ **2 godine:** Početak paralelne igre (igra se pored vršnjaka), povremeno im daje ili pokazuje igračku, uživa u igrama borbe i premetanja sa drugom decom.
- ▶ **3 godine:** Interesuje se i pridružuje grupnoj igri *ringeraja*... U stanju je da ustupi na kratko igračku vršnjaku. Javlja se ljubomora.

- ▶ **4 godine:** Saraduje sa vršnjacima i može da funkcioniše u strukturiranoj grupi sa jednostavnim pravilima, preferira kooperativne igre. Javljaju se prva zaljublivanja. Rivalitet i svađe sa bratom ili sestrom su uobičajena pojava. Primećuje telesne razlike među decom.
- ▶ **5 godina:** Više voli igre sa istim polom, poštuje pravila igre i počinje da igra složenije, kompetitivne igre (npr. žmurke, šuge, i sl.). Česte su i simboličke igre (lekara, mame, tate, itd.). Konflikte koji se pojavljuju u toku igre rešava bez pomoći odraslih.
- ▶ **6–7 godina:** Jednostavne društvene igre. Bira omiljenog druga, drugaricu. Postepeno se smanjuje vezanost za roditelje i povećava vezanost za vršnjake. Pokazuje zaštitničko ponašanje prema mlađoj deci. Sposobno za saradnju i zajedničke aktivnosti.

Lični i porodični identitet

- ▶ **2–3 godine:** Koristi ličnu zamenicu *ja*, a potom i vlastito ime. Prve znake svesti o sebi pokazuje kroz sramotu ili ponos. Brani ono što je njegovo.
- ▶ **3–5 godina:** Razvijaju se lična interesovanja. Sebe definiše u karakteristikama uzrasta, pola, fizičkih karakteristika (visok – nizak), onoga što poseduje (*imam novu slagalicu*), svakodnevnih akcija, čak i vrednosti (dobro/nevaljalo...). Samopoštovanje stiče obavljanjem zadataka, ali ima uglavnom veoma pozitivnu sliku o sebi – smatra da može imati velika postignuća u raznim oblastima. U ovom periodu razvija osećaj pripadnosti porodici koji predstavlja osnovu za dalji razvoj identiteta, samopoštovanja, izgradnju socijalnih odnosa van kuće i kasnije pripadnost drugim grupama (škola, sportski tim...).
- ▶ Između treće i četvrte godine života najpovoljniji je period za početak razgovora o poreklu deteta, ukoliko je ono izmešteno iz biološke porodice. Koristiti bajke, slikovnice, filmove za decu, koji su prepuni junaka koji ne žive sa svojim biološkim roditeljima. Mala deca će postavljati jednostavna pitanja, a jednostavni treba da budu i odgovori. I na predškolskom uzrastu sadržaji treba da budu što jednostavniji i razumljiviji. Potrebno je iznova ponavljati priču. Svaki razgovor iskoristiti za ojačavanje veze sa detetom. Koristiti izraz *biološka porodica*, a ne *prirodna*, jer hraniteljska porodica nije neprirodna, niti čudovišna tvorevina. Istaći da porodice nastaju na različite načine. Posebno pripremiti i ojačati dete pred uključivanje u predškolski program i polazak u školu, kako bi umelo da se snađe sa pitanjima i provokacijama druge dece.

Psihomotorni i kognitivni razvoj i obrazovanje

Krupna motorika

- ▶ **2 godine:** Stabilno hoda, trči.
- ▶ **3 godine:** Može da hoda na prstima i peti, kratko stoji na jednoj nozi, trči stabilno i brzo.
- ▶ **4 godine:** Maršira u ritmu muzike, silazi niz stepenice nogu pred nogu, vozi tricikl, preskače prepreku širine 20 cm.
- ▶ **5 godina:** Skakuće na jednoj nozi, može da stoji na prstima, trči menjajući pravac.
- ▶ **6 godina:** Vozi bicikl (sanka se, kliza, vozi rolere), preskače konopac obema nogama zajedno, visi 10 sekundi držeći se rukama za prečku, igra badminton, skače sa visine od 40 cm.

Fina motorika

- ▶ **3 godine:** Seče makazama za papir bez preciznosti, precrtava krug kada mu se pokaže, koristi flomastere i drvene bojice, pravi harmoniku od papira, gradi kulu od devet do deset kockica.
- ▶ **4 godine:** Pokušava da nacрта čoveka – glava i udovi (Čiča Gliša), precrtava kvadrat, kopira nekoliko štampanih slova, savija papir po dijagonali.
- ▶ **5 godina:** Crta kućicu, drvo, ljudsku figuru – crtež prepoznatljiv, precrtava trougao, razlikuje teško–lako.
- ▶ **6 godina:** Hvata malu loptu obema rukama sa udaljenosti od 3 metra. Jednom rukom pravi kuglicu od papira, pogađa loptom cilj, namotava konac, palcem može da dotakne svaki prst, pravi lepezu od papira, koristi rezač za olovke.

Razvoj perceptivnih sposobnosti

- ▶ **3 godine:** Prepoznaje fine detalje na slici, prepoznaje sebe na fotografiji, pronalazi određenu knjigu po izgledu, razlikuje toplo od hladnog.
- ▶ **4 godine:** Primećuje nedostatke na crtežu, prepoznaje predmete opipavanjem bez viđenja. Razlikuje i prepoznaje zvuke i glasove, osetljivost na visoke tonove dostiže vrhunac.
- ▶ **6 godina:** Prepoznaje izvor bola; oštrina vida i širina vidnog polja skoro kao kod odraslih. Može da izdvoji detalje na slici, prepoznaje celinu objekta na osnovu nekog dela. Voli da sluša muziku, ima svoj ukus i zna omiljene pesme. Razume signale na semaforu.
- ▶ **Napomena:** Na ovom uzrastu, značajno je dalje praćenje razvoja čula kako bi se na vreme uočila potreba da dete pohađa određene optičke vežbe ili ide na tretman sluha.

Razvoj govora i komunikacija

- ▶ **2 godine:** Izgovara prostu rečenicu. Može da sluša priče, priča o nekim svojim događajima.
- ▶ **3 godine:** Komentariše dok crta ili se igra; vodi razgovor sa samim sobom ili sa igračkama. Saopštava svoje želje, probleme i namere. O sebi govori u trećem licu. Počinje da koristi složene rečenice i množinu. Pravilno koristi imenice, zamenice i upotrebljava prisvojne zamenice. Pokazuje veliki interes za jezik i komunikaciju, voli puno da priča i govor mu je važniji od slušanja.
- ▶ **4 godine:** Rečenica potpuna/kompletna, govor razumljiv. Zna da recituje kratku pesmu. Odstupanja kao što su zamena glasova (trougao – tlougao), izostavljanje početnih fonema (škola – kola), premeštanje unutar reči ili sloga (kvadrat – kradvat), asimilacija i disimilacija (nema – mema) su česta pojava i smatraju se normalnim za ovaj period.
- ▶ **5 godina:** Počinje da govori tečno. U igru unosi usmene naredbe i uputstva. Može da prati redosled događanja, govori o nedavnim iskustvima, prepričava događaje ili bajke. Prepoznaje nekoliko slova azbuke. Koristi fraze učtivosti.
- ▶ **6 godina:** Izgovara glasove i služi se gramatikom uglavnom ispravno. Može da upoređi glasove po visini i intenzitetu. Još uvek može biti prisutan nepravilan izgovor glasova: š, ž, č, ć, dž i đ, r.
- ▶ **Napomena:** Deci, koja usled oštećenja sluha nemaju razvijen govor, treba omogućiti korišćenje gesta i, kasnije, učenje jezika znakova koji i odgajatelji treba da nauče.

Rešavanje problema – kognitivni razvoj

- ▶ **3 godine:** Uočava količinu malo – mnogo, ponavlja tri broja, igra se *kao bajagi* igara (vaspitačice, prodavca, doktora), teži da imitira odgajatelje, zna da pokaže na osnovu slike za šta se predmet upotrebljava, prepoznaje najdužu od tri linije i najveću od tri lopte. Misli da se predmet menja ako se promeni ugao posmatranja.
- ▶ **4 godine:** Sastavlja sliku od dva dela, shvata razlike (veliko – malo, bata – seka), razume pravila jednostavnih igara, igra se izmišljenih igara, inicira vlastitu igru. Rešava jednostavne problemske situacije (*šta radiš kada si gladan, kada si sanjiv...*), izvršava dve jednostavne naredbe date istovremeno, radozno prati sadržaj priča, postavlja mnogo pitanja: *Ko je to? Kako? Šta? Zašto?*
- ▶ **5 godina:** Orijeñtiše se u vremenu (dan – noć, jutro – veče, sada – pre – posle), zna odgovore na pitanja koliko pas ima nogu ili koja životinja daje mleko. Prebrojava do 10, ponavlja rečenicu od 8 reči ili niz od 5 brojeva.
- ▶ **6 godina:** Zna koja je njegova leva, a koja desna ruka, zna da imenuje dane u nedelji, broji do 10, izvršava tri uzastopna naloga, zna po čemu se razlikuju ili su slični predmeti (ptica – pas, drvo – staklo).

Samostalnost u brizi o sebi

Oblaćenje

- ▶ **3 godine:** Svlači kaput, pantalone, duks, oblači delove odeće (cipele, čarape).
- ▶ **4 godine:** Može da se zakopča i samostalno spremi za spavanje. Stavljajući prljavi veš u korpu.
- ▶ **6 godina:** Samo se oblači, uključujući i vezivanje pertli. Čisti svoje cipele.

Uzimanje hrane

- ▶ **2 godine:** Drži čašu i šolju jednom rukom, kašiku stavlja ravno u usta. Voli da pomaže u kuhinji.
- ▶ **3 godine:** Samo pije vodu, sok... i jede viljuškom. Igra se spremanja hrane i serviranja.
- ▶ **5 godina:** Postavlja sebi sto. Pomaže u raspoređivanju stola.
- ▶ **7 godina:** Koristi nož za mazanje, pravi sebi sendvič. Shvata da je prljava hrana opasna i da neka hrana mora da se kuva.

Navike čistoće

- ▶ **3 godine:** Traži nošu/da ide na WC.
- ▶ **4 godine:** Samo pere ruke.
- ▶ **5 godina:** Samostalno u korišćenju toaleta i umivanju.
- ▶ **7 godina:** Većinu radnji vezanih za kupanje obavlja samostalno. Samostalno pere zube.

DETE UZRASTA OD SEDAM DO ČETRNAEST GODINA

Zdravstvene potrebe

Zdravstveno stanje deteta

- ▶ **Napomena:** Deca koja imaju niži kvalitet nege generalno pokazuju slabiji opšti zdravstveni status, odnosno češće se razboleavaju. Posebnu pažnju treba posvetiti zdravlju hronično obolele i zlostavljane dece.

Imunizacija

- ▶ **Do kraja navršene 7. godine (na polasku u školu):**
DT (difterija, tetanus); prilikom upisa u osnovnu školu – drugo revakcinisanje
IPV ili OPV polio vakcina protiv dečje paralize – drugo revakcinisanje
MMR (male boginje, zauške i rubeola) – prvo revakcinisanje.
- ▶ **12. godina života:**
HiB (protiv bakterije *Haemophilus influenzae* tipa B).
- ▶ **14. godina života:**
IPV ili OPV polio vakcina protiv dečje paralize – treće revakcinisanje
DT (difterija, tetanus) prilikom upisa u osnovnu školu – drugo revakcinisanje; *pro adultis* vakcinom – treće revakcinisanje.

Briga o zdravlju zuba

- ▶ **I, III, V i VII razred OŠ i I razred srednje škole:** Pregled jedanput u toku školske godine. Prvi razred osnovne škole značajan je za otkrivanje nepravilnosti u položaju zuba. Osmi razred osnovne i prvi razred srednje škole (14 godina), značajni su za rano otkrivanje oboljenja zuba i desni. Preporučeni kontrolni pregledi jedanput do dva puta godišnje.
- ▶ **Napomena:** Deca sa teškoćama u psihofizičkom razvoju, prevremeno rođena, kao i deca sa dijabetesom sklona su čestim zapaljenskim procesima na desnim, pojačanom stvaranju plaka i zubnog kamena, što stvara podlogu za razvoj karijesa i raznih parodontnih oboljenja. Za njih se preporučuje odlazak kod zubara bar dva do tri puta godišnje.

Reproduktivno zdravlje

- ▶ Pubertet kod devojčica počinje obično u osmoj godini života. Usled hormonskih promena počinju da im rastu grudi. Stvara se telesna i stidna maljavost. Menstruacija u normalnim okolnostima počinje posle devete, a pre šesnaeste godine života. U poslednjih 100 godina primetno je da se menstruacija javlja sve ranije, tri do četiri meseca svakih deset godina. Ako grudi devojčice započnu sa rastom pre osme godine života, ili se prva menstruacija javi pre devete godine, potrebno je obratiti se lekaru. Takođe bi trebalo konsultovati lekara ako kod devojčice ne započne razvoj dojki do četrnaeste godine života.

- ▶ Pubertet kod dečaka počinje oko devete godine i ogleda se u naglim telesnim promenama: nagli rast, pojava malja (stidnih, pod pazuhom, dlačica iznad gornje usne), mutiranje glasa i rast mošnica i penisa.

Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje: emocionalne potrebe

Navike ishrane

- ▶ **7–12 godina:** Izgrađene navike ishrane 5 puta dnevno (3 glavna obroka i 2 užine) koje uzima u relativno pravilnim razmacima. Sadržaj obroka raznovrstan, sličan kao kod odraslih.
- ▶ **12–14 godina:** Devojkama je zbog pojave menstrualnog ciklusa potreban povećan unos gvožđa, kao i redovan unos kalcijuma. U ovom periodu počinju da vode računa o ishrani i paze šta jedu. Mogu misliti da su debele i mnoge će pokušati da redukuju ishranu.

San

- ▶ **7–9 godina:** Potrebno je 9,5–11,5 sati sna, bez dnevnog spavanja.
- ▶ **10–12 godina:** Oko 9 sati sna je dovoljno.
- ▶ **12–14 godina:** Sa pubertetom/adolescencijom povećava se potreba za snom (više od 9 sati sna). Ima tendenciju da kasnije leže i ustaje, što je posledica hormonskih promena koje se odražavaju na biološki mehanizam regulacije budnosti i spavanja.

Navike čistoće

- ▶ **8 godina:** Regulisano pražnjenje. Samostalno pere zube, samo se kupaju.

Emocionalno reagovanje

- ▶ **7 godina:** U stanju je da verbalizuje negativna osećanja, može kriviti druge za svoje greške. Afektivnost plitka, ali vedra.
- ▶ **8 godina:** Izražena su osećanja ponosa i krivice. Emocije objašnjava referirajući na unutrašnja stanja, shvata da je moguće istovremeno doživljavati više od jedne emocije. Razume psihološke osobine drugih.
- ▶ **9 godina:** Postaje introspektivno i usmereno na sebe, teži da bude samokritično. Nema velikih briga, a ako ima teška osećanja lakše mu je kada vidi da ona muče i druge ljude. Sposobnost za empatiju raste.
- ▶ **10 godina:** U ovom periodu nalazi se između zavisnosti deteta i nezavisnosti preadolescenta, postaje samosvesnije. Javlja se samoregulacija, odnosno osećaj da kontroliše svoje emocije. Deca kojoj to polazi za rukom su vedrog raspoloženja, empatičnija i prosocijalnog ponašanja, dok su ona koja u tome ne uspevaju preplavljena negativnim emocijama, slabije prihvaćena i socijalno neprilagođenija.
- ▶ **12–14 godina:** Osetljivo, ima potrebu za privatnošću, anksiozno zbog socijalnih i školskih pritisaka. U ponašanju je čas detinjasto, čas upadljivo zrelo.

Aktivitet i pažnja

- ▶ **6–8 godina:** Pažnja postaje selektivnija, prilagodljivija, u većoj meri planska. Fleksibilno je prilagođava trenutnim zahtevima različitih situacija. Ima bolje strategije pamćenja. Traje 15–20 minuta.
- ▶ **9–11 godina:** Bolje kontrolišu usmeravanje pažnje i sopstvene misli, primenjuje istovremeno nekoliko strategija pamćenja (organizovanje, ponavljanje, elaboracija). Sposobnost za održavanje pažnje postepeno se približava vremenskom okviru karakterističnom za adolescente i odrasle (varira/blago opada na 15, a značajnije na 30 minuta, kada je dobrodošao kratak petominutni odmor).

Razvoj polnog identiteta, autoerotske, autoagresivne radnje i erotizovano ponašanje

- ▶ **7–8 godina:** Dete je sramežljivije i ima povećanu potrebu za privatnošću (polako ulazi u fazu latencije). Trebalo bi da zna da niko ne sme da ga dodiruje ako mu je to neugodno. Manje se zanima za seksualnost. Zadovoljno je odgovorom da beba nastaje iz dva semena: očevog i majčinog. Povezuje promene u trudnoći sa dolaskom bebe i razume da starije žene ne mogu biti trudne.
- ▶ **8–9 godina:** Prvi, blagi znaci telesnih promena. Bira prijatelje gotovo isključivo istog pola. Prepoznaje nelagodnost odraslih i sve manje postavlja pitanja o seksualnosti, ali traži informacije iz drugih izvora poput vršnjaka i medija. Uobičajene su igre poput *masnih fota* i *istina ili izazov*. Više razume svoj pol i razvoj tela u skladu sa tim. Na seksualni odnos gleda kao na izazivača nevolje i kaljanja ugleda.
- ▶ **10–12 godina:** Intenzivne telesne promene kod devojčica. Sve više sebe doživljava kao odraslu osobu. Česti su izlivi emocija, povećano preuzimanje rizika, kršenje pravila, eksperimentisanje i javljanje želje za uzbuđenjima.
- ▶ **13–14 godina:** Početak puberteta kod dečaka, nagli rast ruku, nogu, nosa, bubuljice, erekcije, noćne ejakulacije, mutacije glasa. Kod devojčica se menja distribucija masti u telu, rastu grudi, pojavljuje se menstruacija; masturbacija kod oba pola. Oko 12-te godine devojčice postaju potpuno biološki spremne za reprodukciju, a dečaci za oplodnju, dok psihološke promene traju i posle 20-te godine. Intenzivno se javljaju seksualne fantazije i snovi. Pitaju se da li su masturbacija i noćne erekcije normalne i donose se prve moralne odluke vezane za njihovo prihvatanje, kao i za razne nivoe seksualnog odnosa (od maženja do samog čina). Kod većine se javlja odlaganje ili uzdržavanje od čina i eksperimentisanje u seksu bez stupanja u odnos. Prve uzajamne masturbacije, a kod nekih i oralni seks (za koji većina mladih veruje da nije pravi seksualni čin). Sve je veća zainteresovanost za suprotni pol i često ulaze u kratkotrajne veze koje su praćene snažnim emocijama ljubavi i strasti.
- ▶ **Napomena:** Zbog savremene ishrane prepune hormona i aditiva, kao i socijalnih uticaja, granice puberteta su se pomerile na niže uzraste. Ne javlja se u isto vreme kod sve dece, a ona kod kojih se javi ranije mogu biti podložnija rizičnom seksualnom ponašanju.

Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje: Odnos sa užim i širim socijalnim okruženjem i ponašanje

Odnosi (bliskost/privrženost) prema odgajateljima i članovima domaćinstva

- ▶ **7 godina:** Provodi manje vremena sa odgajateljima, ali traži od njih dozvolu i odobravanje postupaka. Počinje da traga za uzorima. Učiteljica je najbitnija osoba.
- ▶ **9 godina:** Traži odobravanje od značajnih drugih iz svog okruženja. Odano majci i divi se ocu, povezano sa porodicom. Brani roditelje od kritika braće, sestara. Voli učitelje.
- ▶ **10 godina:** Ima ideje i interesovanja različita od roditelja. Prestaje da ih doživljava kao svesmoguće i sveznajuće, što može pratiti razočarenje i žalost za prošlim vremenima (kriza desete godine).
- ▶ **12–14 godina:** Može postati buntovno i suprotstavljati se porodičnim pravilima i vrednostima. Ne podnosi nežnosti. Česti sukobi sa roditeljima. O njima govori bez poštovanja, ne prima kritiku. Provodi manje vremena sa odgajateljima, braćom i sestrama.
- ▶ **Napomena:** Od ključne je važnosti da odgajatelj ostvari odnos poverenja sa detetom pre puberteta, jer će ta spona biti protektivni faktor za dete u suočavanju sa povećanim socijalnim izazovima koje donosi osamostaljivanje.

Ponašanje

- ▶ **7 godina:** Rasuđuje da je pravedna podela po zaslugama. Najizraženije su igre sa pravilima. Razume koncept dobrog i lošeg – početak moralnog rezonovanja. Spoljašnja sankcija je motiv za moralnost.

- ▶ **8 godina:** Ljutnju sve manje izražava agresivnim ponašanjem, svoje želje pokušava da ostvari uz pomoć pregovaranja, a ne izlivima besa. Uviđa da posebno treba brinuti o onima koji su slabiji i uskraćeni.
- ▶ **10 godina:** Shvata povezanost moralnih pravila i društvenih konvencija. Moral se sastoji od zabrana. Fizički sukob i izlive besa zamjenjuje svađom i u stanju je da verbalno brani svoju poziciju. Kada poštuje pravila čini to da bi dobilo pohvalu.
- ▶ **12 godina:** Ponaša se u skladu sa opštim etičkim principima, ali misli da se ponekad mora lagati. Vara u školi.
- ▶ **13–15 godina:** Javlja se internalizovana lična savest, privlače ga etička pitanja i svuda traži pravednost. Rado prima moralne poduke, ali je osjetljivo na naređenja i zabrane. Može biti sklono lažima kako bi steklo veći ugled u grupi.

Odnosi sa drugom decom

- ▶ **7–8 godina:** Igra se u mešovitim grupama dečaka i devojčica, želi da bude popularno i nameće pravila. Ogovara one za koje smatra da se loše ponašaju, teži da kritikuje. Najbolji prijatelj istog pola. Smanjuje se fizičko nasilje među decom.
- ▶ **9 godina:** Uključuje se u neformalne grupe istog pola. Želi da se oblači, hoda, ponaša baš kao njegovi drugari/drugarice, ne voli ništa što je različito. Počinje da isključivo sedi i razgovara sa drugom decom. Kod devojčica tajne intrige. Nema interesa za suprotni pol, možda u fragmentima. Prijateljstva se zasnivaju na poverenju, obično raste rivalitet među braćom i sestrama.
- ▶ **10 godina:** Vežano je za svoju vršnjačku grupu i poštuje grupna pravila. Lako se potčinjava pritisku vršnjaka. Preokupirano suprotnim polom, poverava se najboljem drugu, drugarici.
- ▶ **12–14 god:** Teži istim interesovanjima i odeći koje imaju vršnjaci. Traži prijatelje istih vrednosti i verovanja i postoji mogućnost da zbog društva proba alkohol, duvan, seks, počini prestepe... Devojčice interesuju stariji mladići, tajne simpatije. Vršnjačke grupe postaju čvrste kao klike. Konformiranje sa vršnjacima je izraženo. Prijateljstva se temelje na intimnosti i lojalnosti.

Lični i porodični identitet

- ▶ **Od 7 godine do puberteta:** Sa polaskom u školu detetova slika o sebi zavisi od toga kako se oseća i uklapa u uže okruženje. U školskom dobu deca razvijaju samopoštovanje vezano za četiri oblasti: školski uspeh, uspeh u međuljudskim odnosima, sportska postignuća i telesni izgled. Počinju da eksperimentišu (hobiji, garderoba, itd.) kako bi upoznali sebe. Deca koja ne žive sa biološkim roditeljima, sa osam godina, u potpunosti mogu da razumeju prirodu svog porekla i pomalo tuguju što se, u tom pogledu, razlikuju od svojih vršnjaka. Javlja se izražena potreba da o tome govore. Tada treba biti potpuno otvoren za razgovor i pustiti dete da nameće teme.
- ▶ **11–14 godina:** Samoopisi postaju organizovaniji i dosledniji, ključne teme su lične i moralne osobine. Samopoštovanje dobija nove dimenzije. Razlikuju se u pogledu samopoštovanja, kod većine obično raste, ali kod nekih je slabije (uglavnom devojčice). Samopoznavanje i bliskost prema nekom drugom tesno su povezani. Mladi sa slabim samopoimanjem i samoosećanjem retko se primećuju jer su relativno ćutljivi.

Psihomotorni i kognitivni razvoj i obrazovanje

Krupna i fina motorika

- ▶ **7 godina:** Snaga mišića i koordinacija pokreta se uvećavaju; može samostalno da vozi bicikl, preskače konopac. Voli da crta i može tačno da prekopira veliki broj dvodimenzionalnih oblika.
- ▶ **9 godina:** Bolja koordinacija malim mišićima, pokreti su graciozniji. Razvija razne veštine, pliva, preferira aktivne i izazovne igre – sportove i teži da bude bolji u sportu. Devojčice su bolje u gimnastici, dečaci u sportovima poput rukometa. Zna da upotrebljava jednostavne alate kao što su čekić i šrafciğer. Može da svira razne muzičke instrumente.

- ▶ **10 godina:** Dobija na brzini i koordinaciji, zaleće se u sprint pri trčanju, brzo preskače vijaču, igra *školice*, može da udara loptu palicom uz dobru koordinaciju. Vešto balansira hodajući po uskoj gredi. Na crtežima se pojavljuje dubina/perspektiva.
- ▶ **12–14 godina:** Naglo se razvija. Kod devojčica se motorička sposobnost postepeno povećava, a zatim stagnira; kod dečaka se drastično poboljšava i nastavlja razvoj tokom celog perioda adolescencije.

Razvoj govora

- ▶ **7 godina:** Ima dobar izgovor i gramatički se ispravno služi govorom. Razvijena mu je sposobnost preciznog lociranja zvuka, ispravno upoređuje kvalitete zvuka, poboljšava se sposobnost raščlanjivanja reči na glasove i spajanja glasova u reči. Moguće je blago kašnjenje u pravilnom izgovoru: s, z, c, š, ž, č, ć, đ i dž usled ispadanja prednjih zuba.
- ▶ **8 godina:** Fond reči varira – aktivni/ekspresivni rečnik sadrži 3.000–12.000, a pasivni/receptivni 10.000–40.000 reči. Koristi sve vrste reči, ali su najfrekventnije imenice i glagoli. U potpunosti je ovladalo glagolskim vremenima.
- ▶ **9–11 godina:** U definicajama reči naglašava sinonime i kategorijalne odnose, shvata dvostruko značenje reči, poboljšava se upotreba složenih gramatičkih konstrukcija.
- ▶ **11–14 godina:** Gotovo u potpunosti ovladalo gramatikom. Usvaja oko 1000 novih reči godišnje.
- ▶ **Napomena:** U slučaju disleksije, insistirati na jakim stranama deteta, prilagoditi nastavu, uvesti vežbe čitanja, napraviti analizu poteškoća i napredovati *korak po korak*.

Komunikacijske veštine

- ▶ **7 godina:** Razume da je putem telefona potreban detaljniji verbalni opis.
- ▶ **8–10 godina:** Prilagođava poruke potrebama slušalaca, ima istančanije strategije vođenja razgovora, reaguje adekvatno na povratnu informaciju slušaoca.
- ▶ **10–12 godina:** Uživa da telefonira, voli da razgovara, može da napiše kratku priču.
- ▶ **13–14 godina:** Komunikacijske veštine kao kod odraslih.

Rešavanje problema – kognitivni razvoj

- ▶ **6–8 godina:** Pojava konkretnih operacija: razume konzervaciju i reverzibilnost – predmet ostaje isti uprkos promeni oblika i da ta promena može biti u oba pravca; shvata da su bazična fizička svojstva predmeta (količina materije, težina i na kraju zapremina) nepromenljiva. Razume značenje *veće od* i *manje od*. Ima veću moć zapažanja, shvata da su njegovi roditelji jednom bili deca.
- ▶ **9–11 godina:** Logičko mišljenje ostaje vezano za konkretne situacije, baza dugoročnog znanja se povećava i postaje organizovanija, razume i prati uputstva, želi da uči nove stvari, može da objasni svoje razmišljanje. Može da misli o predmetima u pojmovima kategorija ili razreda (igračke, životinje, hrana...), ali ima problem kada treba da smesti isti objekat u više od jedne kategorije. Bolje donosi odluke.
- ▶ **12–14 godina:** Počinje da misli apstraktno. Razmišlja o kompleksnim temama i pojavama koje nisu prisutne, može da shvati ironiju, humor i poslovice. Dugoročno pamćenje naglo raste. Može da argumentovano učestvuje u diskusiji, bolje usmerava pažnju i svoje misli.

Školsko postignuće

- ▶ **7 godina:** Većina prepoznaje slova i počinje da čita, broji do 20, u sabiranju se potpomaže prstima. Još uvek ne može da oduzima napamet.
- ▶ **8 godina:** Čita i piše štampana i pisana slova ćirilicom, sabira i oduzima do 100.
- ▶ **9 godina:** Tečno čita, piše štampana i pisana slova i ćirilicom i latinicom, pravilno piše diktate.
- ▶ **10 godina:** Može da množi i deli.
- ▶ **11 godina:** Razume razlomke i vrši operacije na njima.

Samostalnost u brizi o sebi

- ▶ **7–10 godina:** Sposobno je da vodi brigu o svojoj higijeni, koristi toalet, da se samostalno oblači, obuva (vezuje pertle) i vodi računa o svojim stvarima. Može da uzme jednostavan obrok. Zna osnovne podatke o sebi i porodici (imena odgajatelja, adresu i eventualno broj telefona), zaključava i otključava vrata. Sa polaskom u školu dete treba da nauči samostalno da se kreće u saobraćaju i u svojoj lokalnoj zajednici. Može pomoći u kuhinji čitanjem recepata, pisanjem spiska za kupovinu potrebnih namirnica, dodavanjem sastojaka prilikom kuvanja (pomoću merice), mućenjem mase električnim mikserom, pripremanjem voća i povrća za upotrebu.
- ▶ **10–14 godina:** Može biti samostalno u pripremanju jednostavnih jela po receptu (uz malu pomoć), pri korišćenju mikrotalasne pećnice i šporeta, rendanju namirnica, korišćenju noža. Korišti digitron, kompjuter. Ostaje samo u stanu, samostalno ide u školu, kreće se u lokalnoj zajednici. Može da prepozna opasne situacije. Samostalno pravi dnevni raspored aktivnosti.

MLADI UZRASTA PETNAEST I VIŠE GODINA

Zdravstvene potrebe

Zdravstveno stanje mladića/devojke

- ▶ **Napomena:** Mladi koji imaju niži kvalitet nege generalno imaju slabiji opšti zdravstveni status, odnosno češće se razboleavaju. Posebnu pažnju treba posvetiti reproduktivnom zdravlju onih mladih, koji zbog iskustva seksualnog zlostavljanja, mogu biti skloni rizičnom seksualnom ponašanju ili su ometeni u razvoju. Imati u vidu da ometenosti i invaliditet ne utiču na organe za reprodukciju, niti na želju za seksom i emocionalnom bliskošću.

Briga o zdravlju zuba

- ▶ **I i III razred srednje škole:** Pregled bar jedanput u toku školske godine. Prvi razred srednje škole (14/15 godina) značajan je za rano otkrivanje oboljenja zuba i desni.
- ▶ **II i IV razred srednje škole:** Pregled jedanput u toku školske godine. Kontrolni stomatološki pregled: praćenje stanja oralnog zdravlja, provera primene predloženih mera za zaštitu od oboljenja.
- ▶ **Napomena:** Mlade osobe sa teškoćama u psihofizičkom razvoju, kao i mladi sa dijabetesom skloni su čestim zapaljenskim procesima na desnama, pojačanom stvaranju plaka i zubnog kamena, što stvara podlogu za razvoj karijesa i raznih oboljenja zuba i desni. Zbog toga se preporučuje odlazak kod zubara minimum tri puta godišnje.

Reproduktivno zdravlje

- ▶ Razdoblje polnog sazrevanja u adolescenciji povezano je s brzim telesnim i psihičkim razvojem. Danas je većina mladih seksualno aktivna pre navršenih 18 godina. Zaštita reproduktivnog zdravlja obuhvata: edukaciju o seksualnosti i reprodukciji, savetovanje o planiranju porodice i primeni kontracepcije, dijagnostiku i lečenje bolesti reproduktivnog sistema i polno prenosivih bolesti. Posebnu pažnju treba posvetiti reproduktivnom zdravlju mladih koji imaju iskustva seksualnog zlostavljanja, mentalno retardiranim i mladima sa telesnim oštećenjem. Loše reproduktivno zdravlje povezano je s neznanjem, bolešću, zlostavljanjem, iskorišćavanjem i neželjenom trudnoćom. Ukoliko menstruacija ne nastupi do 16-te godine trebalo bi konsultovati lekara.

Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje: emocionalne potrebe

Navike ishrane

- ▶ **15 i više godina:** Često se hrani van kuće i sam/-a donosi odluke o svojoj ishrani. Mladićima je zbog naglog rasta potreban povećan unos hrane. Devojke pokazuju preokupiranost hranom i telom. Žele da budu vitke i obraćaju pažnju na to šta jedu i koliko pojedu.

San

- ▶ **15–20 godina:** Dnevno je potrebno nešto više od 9 sati spavanja. Ispoljava tendenciju zamene dana za noć, što je posledica promena u biološkim ritmovima budnosti i spavanja. Vikendom spava duže (često do podneva), da bi nadoknadio/-la san, jer preko nedelje, zbog školskih obaveza ne spava dovoljno.

Navike čistoće

- ▶ **Napomena:** Neuspostavljene navike čistoće (kontrola velike i male nužde, pranje ruku, zuba, kupanje) mogu biti u vezi sa različitim teškoćama kod mlade osobe: ometenostima, ali i nepovoljnim uslovima razvoja i neadekvatnom brigom od strane odgajatelja, naročito zlostavljanjem i grubim zanemarivanjem.

Emocionalno reagovanje

- ▶ **15–17 godina:** Jedan deo mladih je otvoren, eksperimentiše i traži uzbuđenja, dok su neki povučeni. Kod svih su pojačane emotivne reakcije, bilo euforične ili melanholične, traže privatnost i vreme da budu sami. Osetljivi su na neuspeh i sramoćenje. Zabrinuti za svoj izgled i privlačnost, mogu imati visoka očekivanja i nisko mišljenje o sebi. Dublje se emocionalno uključuju u veze. Pokazuju anksioznost u odnosu na ocene, svesniji su svojih sklonosti, ali biraju zanimanja uz veliku nesigurnost.
- ▶ **18–20 godina:** Imaju bolji osećaj za sebe, emocionalno su stabilniji, ponose se svojim radom. Pokazuju veću brigu za druge. Formiraju stabilnija partnerstva.

Aktivitet i pažnja

- ▶ **15 i više godina:** Sposobnost za održavanje pažnje slična odraslima (varira/blago opada na 15–20, a značajnije na 30 minuta, kada je dobrodošao kratak petominutni odmor, a može da traje do 45 minuta).

Razvoj polnog identiteta, autoerotske, autoagresivne radnje i erotizovano ponašanje

- ▶ **15–17 godina:** Imaju snažan poriv za intimnošću. Odluke donose impulsivno i ishitreno, pa je verovatnije stupanje u prve seksualne odnose. Često je eksperimentisanje u seksu, a naročito se povećava kada vide da su njihovi vršnjaci seksualno aktivni. Preispituju sliku o sebi, fizički izgled i seksualnost. Spoznaju svoju seksualnu orijentaciju (važno za osobe koje teže istopolnim partnerima ili sebe doživljavaju u suprotnosti sa fizičkim karakteristikama). Uče se uspostavljanju zrele, intimne i dugotrajne veze.
- ▶ **18 i više godina:** Ulaze u dugotrajnije intimne veze koje uključuju seksualni odnos. Razumeju svoju seksualnu orijentaciju, iako se i dalje mogu upuštati u eksperimentisanje. Brinu se za druge i teže ka stvaranju ozbiljnijih veza.

Emocionalno-socijalni razvoj i ponašanje: odnos sa užim i širim socijalnim okruženjem i ponašanje

Odnosi (bliskost/privrženost) prema odgajateljima i članovima domaćinstva

- ▶ **15 godina:** Protivi se autoritetima, porodica je ništa, društvo je sve. Prema nastavnicima bunтовno. Uticaj ima samo uzor.
- ▶ **15–17 godina:** Prestaje da idealizuje roditelje i dovodi u pitanje njihovo vođstvo i autoritet. Više se oslanja na sebe i donosi sopstvene odluke. Teži samostalnosti. Žali se na roditelje da mu/joj sputavaju nezavisnost.
- ▶ **18–20 godina:** Oseća se prijatnije u odnosima sa roditeljima.

Ponašanje

- ▶ **13–15 godina:** Javlja se internalizovana lična savest, etička pitanja privlače i svuda traži pravednost. Veoma osetljiv/-a na naređenja i zabrane. Može manipulirati da bi stekao/-la ugled u grupi.
- ▶ **16–20 godina:** Ispravno ponašanje procenjuje kao ispunjavanje zahteva socijalnog i vrednosnog sistema koje je usvojio/-la.

Odnosi sa drugim mladima i decom

- ▶ **15–17 godina:** Postaje svesno socijalnih veza i odnosa, više se vezuje za prijatelje. Mladi su organizovani u manje grupe vršnjaka sa istim interesovanjima, stavovima i vrednostima – klike, ali teže i širem povezivanju – klape (štreberi, sportisti, šminkeri i sl.). Provodi više vremena sa vršnjacima, a status u grupi mu je veoma važan. Priklanja se pritisku vršnjaka.
- ▶ **18–20 godina:** Oslanja se sve više na sebe. Smanjuje se važnost vršnjačkih klika i klapa, kao i konformiranje pritiscima vršnjaka. Teži ozbiljnijim vezama i dubljim fizičkim odnosima. U ovim godinama je verovatno već stupio/-la u seksualne odnose.

Lični i porodični identitet

- ▶ **Od 15. godine:** U mladalaštvu, u segmentu identiteta, sve više postaje bitno zanimanje i karijera što na kraju dovodi i do izbora zanimanja (posla, školovanja). Tinejdžeri postaju svesniji svojih ličnih osobina i stavova. Samopoštovanje i samopouzdanje oblikuju pod uticajem reakcija okoline – osobe iz okruženja su ogledalo u postizanju stabilne slike o sebi. Za mlade koji ne žive u biološkim porodicama, ovo je period kada se njihova znatiželja vezana za poreklo naročito intenzivira. Ukoliko nisu imali kontakt sa biološkim roditeljima ili su ti kontakti bili retki, poželeva da ih upoznaju ili ponovo sretnu. Ovu potragu neki hranitelji i usvojitelji mogu da dožive kao povredu i odbacivanje. Istina je, međutim, drugačija – mladima je potrebno da integrišu svoju prošlost i zaokruže identitet, odnosno, odgovore na pitanja: Ko su? Gde pripadaju? Iz tog razloga, raspitivanje je znak da sazrevaju.

Kognitivni razvoj i obrazovanje

Govor i komunikacija

- ▶ U ovom periodu mladić/devojka generalno gramatički ispravno govori i piše. Rečnik se dalje bogati, mada broj reči veoma varira i zavisi od sposobnosti, interesovanja, obrazovanja, čitanja literature. Za mlade je karakteristično korišćenje žargona, reči i izraza koje su odraslima najčešće strani. U komunikaciji su sposobni da prilagode rečnik u zavisnosti od toga da li pričaju sa vršnjacima, poznatim osobama ili nepoznatima. Imaju razvijene tehnike komunikacije – prilagođavaju sadržaj razgovora sagovorniku, prate tok komunikacije, obraćaju pažnju na sagovornika, poštuju pravila neverbalne komunikacije (visina i jačina govora, rastojanje između sagovornika). U ovom periodu sposobni su da adekvatno pismeno da komuniciraju.

Rešavanje problema – kognitivni razvoj

- ▶ U ovom periodu razvoja mlada osoba može da razmišlja na formalno-operacionalnom nivou, odnosno ima razvijeno logičko mišljenje. To znači da se misao proširuje izvan realnog u domen mogućeg, apstraktnog i idealnog – osoba je sposobna da zamišlja šta bi sve moglo biti i preciznije uviđa ono što jeste. Razmišlja o kompleksnim temama i pojavama koje su apstraktne. Shvata ironiju, humor i poslovice. Može da rešava kompleksne zadatke, može da čita i interpretira literaturu za odrasle, izvodi zaključke i razume pouke, može efikasnije da učestvuje u diskusiji, može bolje da usmerava pažnju i svoje misli. U ovom periodu dugoročno pamćenje i dalje se unapređuje, obogaćuje se interesovanje i povećava se opšte znanje. Postaje bolji/-a u svakodnevnom planiranju i donošenju odluka.

Školsko postignuće

- ▶ **15 godina:** Završava osnovnu školu, potpuno vlada funkcionalnim veštinama čitanja, pisanja, računanja (sabiranje, oduzimanje, množenje, deljenje), ima osnovna znanja iz oblasti biologije, istorije, geografije, fizike. Donosi odluku o nastavku školovanja i izboru zanimanja.
- ▶ **15–19 godina:** Doba srednje škole. Stiče naprednija znanja iz matematike, čita literaturu za odrasle, stiče različita znanja i ovladava veštinama u zavisnosti od škole/obrazovnog profila za koji se opredelio/-la. Razmišlja o alternativni za prekid ili nastavak školovanja.
- ▶ **19 i više godina:** Ima određeno profesionalno zvanje, stiče radnu sposobnost. Određeni deo odlučuje da nastavi školovanje na fakultetu.

Samostalnost u brizi o sebi

- ▶ **15–17 godina:** Može samostalno da brine o sebi (oblači se, kupava, koristi toalet...), koristi sve aparate u domaćinstvu, može samostalno da spremi jelo, postavi sto i raskloni za sobom, može samostalno da održava prostor u kome živi, sposobno je da osigura kuću od provalnika ili štete, izlazi samostalno, kreće se po lokalnoj zajednici, koristi resurse zajednice.
- ▶ **18–25 godina:** Može samostalno da se brine o sebi i prostoru u kom živi, kreće se samostalno po lokalnoj zajednici i koristi resurse zajednice, samostalno putuje (letovanja, zimovanja, izletni...). Mnogi odlaze od kuće da žive samostalno.

Literatura:

- Berger, D. R. *ADHD: An Age-by-Age Guide* on FamilyEducation.com <http://school.familyeducation.com/learning-disabilities/treatments/37765.html>
- Berk, E. L. (2008). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*, prevod III izdanja. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Biro, M., Novović, Z. i Tovilović, S. (2006). Kognitivno funkcionisanje edukativno zapuštene dece predškolskog uzrasta. *Psihologija*, Vol. 39, 2, 183–206.
- Bradford, B. B. and Larson, J. (2009). Peer Relationships in Adolescence. U: R. Lerner & L. Steinberg (Ed.): *Handbook of Adolescent Psychology, Volume 2: Contextual Influences on Adolescent Development*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Branden, N. Ph.D. (1997). What self-esteem is and is not. <http://www.nathanielbranden.com/>
- Brazelton, B. i Sperou, Dž. (2008). *Prekretnice od 3. do 6. godine. Emocionalni i bihejvioralni razvoj vašeg deteta*. Beograd: Mladinska knjiga.
- Child Sexual Abuse Committee of National Child Traumatic Stress Network (2009). *Sexual Development and Behavior in Children*, Information for Parents and Caregivers. National Child Traumatic Stress Network in partnership with National Center on Sexual Behavior of Youth. http://nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/caring/sexualdevelopmentandbehavior.pdf
- Crisp, S. (2010). *How much sleep do children need?* www.netdoctor.co.uk/health_advice/facts/childrensleep.htm
- East, L. P. (2009). Adolescents' Relationships with Siblings. U: R. Lerner & L. Steinberg (Ed.): *Handbook of Adolescent Psychology, Volume 2: Contextual Influences on Adolescent Development*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Fearon, J. (1999). What is identity – as we use the word. Department of Political Science, Stanford University, California.
- Hules, J. A. Childhood Sexual Development. U: Hules, J.A. *Civilizing Sexuality*, in preparation. Draft manuscript on: <http://www.hules.us/childhood.pdf>
- Hwang, P. & Nilsson, B. (2000). *Razvojna psihologija. Od fetusa do odraslog*. Sarajevo: Filozofski fakultet Univerziteta u Sarajevu. Institut za eksperimentalnu fonetiku i patologiju govora. *Normalan razvoj govora i jezika*. www.iefpg.org.rs/normalanrazvoj.html
- Ivić, I., Novak, J., Atanacković, N., Ašković, M. (2008). *Razvojna mapa*. Beograd: Kreativni centar.
- Kohlberg, L. (1968). The child as a moral philosopher. *Psychology Today*, vol. 2, 25–30.
- Kommenović, J. (2008). *Od prvog obroka do školske užine. Vodič kroz dečiju ishranu*. IV izdanje. Beograd: Mama Publishing.
- Kondić, K. (2002). Kako teče dečiji razvoj – svaki dan korak napred. U: *Bukvar hraniteljstva*. Beograd: FAMILIA.
- Kondić, K. i Levkov, Lj. (1994). *Prvih 10 godina. Razvojni i psihoanalitičko razvojni pristup*, II izdanje. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
- Košćec, A., Radošević-Vidaček, B., Bakotić, M. (2008). Regulacija budnosti i spavanja u adolescenciji: biološki, bihejvioralni i socijalni aspekti. *Suvremena psihologija* 11, 2, 223–239.
- Kyla Boyse, R. N. (2010). Developmental Milestones. University of Michigan. <http://www.med.umich.edu/yourchild/topics/devmile.htm>
- Moore, T. (2007). Fostering young children's social-emotional well-being: building positive relationships with children and families. Centre for Community Child Health, Melbourne, Australia.
- Pijaž, Ž., Inhelder, B. (1988). *Intelektualni razvoj deteta*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
- Rochat, P. (2003). Five levels of self-awareness as they unfold early in life. Department of Psychology, Emory University, Atlanta, USA. *Sexual Development in Primary Aged Children. Developing Whole School Approach*, booklet. Joint Agencies Child Abuse Team, Exeter, UK. http://www.devon.gov.uk/sexual_deg_for_websitebook.pdf
- Stefanović-Stanojević, T. (2005). *Emocionalni razvoj ličnosti*. Niš: Filozofski fakultet Univerziteta u Nišu.
- Sylovsky, J. F. & Bonner, B. L. (2004). Sexual Development and Sexual Behavior Problems in Children Ages 2–12, Fact Sheet. National Center on Sexual Behavior of Youth, University of Oklahoma Health Science Center. www.ncsby.org/pages/publications/Sexual%20Development%20of%20Children.pdf
- Tucker Burgo, J. (2010). Kids and self-esteem. University of Missouri Extension, Columbia.
- Youth Train (2005) Physical and sexual development. http://www.youthtrain.com/assets/samples/Cert_YM/understanding_manual1.pdf

Štampa

Full Moon, Dalmatinska 57, Beograd

Tiraž

500

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

159.922.76-056.26/.36

DECA sa smetnjama u razvoju : potrebe i podrška / Marija Mitić ... [et al.]. - Beograd : Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2011 (Beograd : Full Moon). - 160 str. : ilustr. ; 24 cm

Tiraž 500. - Str. 7-9: Uvod / Marija Mitić. - Bibliografija uz svako poglavlje.

ISBN 978-86-88171-03-8

1. Митић, Марија, 1948- [аутор] [уредник]
[аутор додатног текста]

а) Деца са посебним потребама - Психолошки
аспект

COBISS.SR-ID 182978572



ISBN 978-86-88171-03-8