

BUDI TU ZA MLADE

**Kako podržati prevenciju i zaštitu mentalnog zdravlja
adolescenata i mladih u javnim sistemima u Srbiji
kroz Minimalni paket usluga za mlade (MPUM)**

***ZA PROFESIONALCE U OBLASTI PREVENCIJE
I ZAŠTITE MENTALNOG ZDRAVLJA***



**ИНСТИТУТ
ЗА МЕНТАЛНО
ЗДРАВЉЕ**

unicef 
za svako dete

BUDI TU ZA MLADE

**Kako podržati prevenciju i zaštitu mentalnog zdravlja
adolescenata i mladih u javnim sistemima u Srbiji
kroz Minimalni paket usluga za mlade (MPUM)**



BUDI TU ZA MLADE



Izdavač:	Institut za mentalno zdravlje
Za izdavača:	Prof. dr Milica Pejović Milovančević
Urednici:	Kl. asist. dr Marija Mitković Vončina, Institut za mentalno zdravlje, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet Prof. dr Milica Pejović Milovančević, Institut za mentalno zdravlje, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet
Autori po abecednom redu:	Ljubiša Jovanović, pomoćnik direktora, Centar za zaštitu odojčadi, dece i omladine Dr Marija Lero, Institut za mentalno zdravlje Dr Sanja Leštarević, spec. dečje i adolescentne psihijatrije, Institut za mentalno zdravlje Kl. asist. dr Marija Mitković Vončina, Institut za mentalno zdravlje, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet Kl. asist. dr Ana Munjiza Jovanović, Institut za mentalno zdravlje, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet Dr Natalija Pantelić, Institut za mentalno zdravlje Prof. dr Milica Pejović Milovančević, Institut za mentalno zdravlje, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet Kl. asist. dr Danilo Pešić, Institut za mentalno zdravlje, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet Dr Sanja Stupar, spec. dečje i adolescentne psihijatrije, Institut za mentalno zdravlje Dr Milica Vlasisavljević, Institut za mentalno zdravlje Prof. dr Snežana Vuković, v. d. pomoćnika ministra, Sektor za prevenciju, zaštitu od nasilja i inkluziju osetljivih grupa u obrazovanju, Ministarstvo prosvete Republike Srbije
Recenzenti:	Prof. dr Ksenija Krstić Prof. dr Miodrag Stanković
Lektura:	Vlado Đukanović
Dizajn:	Rastko Toholj
Štampa:	Radunić, Beograd
Tiraž:	100
ISBN:	978-86-82277-85-9
Mesto i datum izdanja:	Beograd, 2025.

Publikacija je nastala u okviru zajedničkog projekta „Podrška mentalnom zdravlju adolescenata: jačanje kapaciteta stručnjaka za mentalno zdravlje“ koji je UNICEF u Srbiji sproveo u partnerstvu sa Vladom Republike Srbije, a u saradnji s Institutom za mentalno zdravlje iz Beograda (Srbija) i organizacijom Orygen (Australija).

Mišljenja i stavovi izneti u ovoj publikaciji predstavljaju stavove autora i ne odražavaju nužno stavove UNICEF-a.

Sadržaj

Najvažnije definicije	8	Uspostavljanje odnosa sa mladima — preduslov za pružanje psihosocijalne podrške	49
Predgovor	11	Informisani pristanak: važnost i koraci postupanja	49
Uvod	13	Principi rada sa mladima za profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade u različitim sistemima — uloge	51
Mentalno zdravlje mladih kao prioritet	15	Radni savez — odnos profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja i mlade osobe	52
Važnost psihosocijalnih intervencija u podršci mentalnom zdravlju mladih i UNICEF-ov pristup	16	Uključivanje mladih	54
UNICEF-ov Globalni multisektorski operativni okvir (Global multisectoral operational framework)	17	Psihosocijalne intervencije — Minimalni paket usluga za mlade (MPUM)	57
Minimalni paket usluga za mlade kao podrška mentalnom zdravlju mladih	19	Procena problema prema kojima se pravi plan podrške (psihosocijalna procena)	58
Razvoj MPUM modela	19	Psihosocijalne intervencije	65
Mentalno zdravlje mladih	22	Osnovni principi pružanja psihosocijalnih intervencija	65
Razvojne karakteristike mladih	22	Vrste psihosocijalnih intervencija	75
Razvojni zadaci adolescenata	23	A. Intervencije za regulisanje teških emocija i svakodnevnih aktivnosti	77
Fenomen „iskoristi ili izgubi”: kako mozak sazreva kroz mijelinizaciju i sinaptičko oreživanje	25	B. Intervencije na izgradnji veština za rešavanje problema i komunikacionih veština	109
Adolescentni mozak i kontrola emocija	26	C. Podrška zasnovana na znanjima o traumi	120
Kontinuum mentalnog zdravlja i efekti prevencije i ranih intervencija u oblasti mentalnog zdravlja	28	D. Porodične intervencije	146
Mentalno blagostanje i kontinuum mentalnog zdravlja	28	E. Najvažniji koraci u uslovima specifičnog rizika	167
Zašto je važno unapređivati mentalno blagostanje i pružati podršku za izazove mentalnog zdravlja?	29	F. Najvažniji koraci u fazi oporavka rizika	189
Rane intervencije: ključ za bolje ishode	29	Formati pružanja psihosocijalnih intervencija	195
Rani znaci upozorenja i problem mentalnog zdravlja	30	Međusektorska saradnja	203
Problemi sa raspoloženjem	32	Kontinuum podrške i pristup „korak po korak”	204
Problemi sa anksioznošću	34	Uloga različitih sistema u brizi o mladima	206
Problem upotrebe supstanci	35	Sistem obrazovanja	206
Problematična upotreba interneta i video-igara te kockanje	37	Sistem socijalne zaštite	209
Problemi ponašanja	38	Sistem zdravstvene zaštite	211
Problemi sa navikama u ishrani	40	Drugi sistemi	213
Psihotična epizoda	42	Međusektorska saradnja — gde smo sada	214
Bipolarni afektivni poremećaj	43	„Put adolescenta” kao model međusektorske saradnje	214
Poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću	44		
Poremećaji iz spektra autizma	45		

Zahvalnica

Publikacija je izrađena u saradnji sa stručnjacima iz neprofitne organizacije Orygen (Australija). Neizmernu zahvalnost zaslužili su Craig Hodges, Helen Nicoll, Sian Lloyd i Zsafia Szlanka. Materijal korišćen u ovoj publikaciji se oslanja na materijale korišćene u edukaciji sa kolegama iz organizacije Orygen tokom 2022. godine.

Autori se zahvaljuju kolegama iz Kancelarije UNICEF-a u Srbiji, posebno Stanislavi Vučković i Bojani Jevtović, što kontinuirano rade na unapređenju mentalnog zdravlja dece i mladih i što nam pomažu da unapredimo znanja, da dopremo do svih onih koji se bave mentalnim zdravljem u našem društvu i da komuniciramo sa stručnjacima iz sveta u oblasti kojom se bavimo.

Zahvaljujemo se i svim ljudima koji su bili angažovani u pripremi edukacije i njenoj realizaciji, jer su nam njihova iskustva i komentari pomogli da pripremimo publikaciju.

Najviše se zahvaljujemo mladima i njihovim roditeljima/starateljima, bez čijeg učešća i evaluacije programa ova publikacija ne bi nastala.

Izvodi iz recenzija

Publikacija *Budi tu za mlade* je sveobuhvatan, sadržajno bogat i metodološki dobro strukturiran dokument, koji predstavlja značajan i kvalitetan doprinos sistemskoj podršci mentalnom zdravlju mladih u Srbiji. Publikacija je istovremeno teorijski zasnovana i praktično orijentisana, što je čini izuzetno korisnim alatom za stručnjake u oblastima zdravstva, obrazovanja i socijalne zaštite.

Publikacija nudi jasan i savremen pregled neurobioloških promena i razvojnih potreba adolescenata, rizičnih i zaštitnih faktora mentalnog zdravlja te širokog spektra empirijski zasnovanih psihosocijalnih intervencija. Oslanjanje na preporuke UNICEF-a, Svetske zdravstvene organizacije, savremene modele prevencije i standarde dobre prakse daje publikaciji visok kredibilitet. Posebno se izdvaja primena socio-ekološkog modela i piramide intervencija, što profesionalcima pruža sistematski uvid u nivoe podrške i uloge različitih sektora.

Publikacija je pregledno organizovana, sa jasnom logikom izlaganja i koherentnim tokom. Tekst je napisan profesionalno, a istovremeno dovoljno pristupačno i razumljivo za širok krug stručnjaka različitih profila. Teorijska poglavlja dosledno prate savremene spoznaje iz razvojne psihologije i neuronauka, dok se interventni deo oslanja na empirijski potkrepljene psihosocijalne modele, koncepte kontinuiteta brige i socio-ekološke perspektive. Time autori uspostavljaju jasan teorijski okvir koji opravdava potrebu za ranim, integrisanim i sveobuhvatnim merama podrške. Važnu prednost publikacije predstavlja to što su intervencije razvijene i pilotirane u lokalnim uslovima, što značajno povećava njihovu primenljivost u praksi.

Praktična vrednost publikacije je izrazito visoka. Koraci procene i intervencije su detaljno opisani, a kompetencije stručnjaka i preporuke za rad sa mladima koji se suočavaju sa različitim izazovima (od problema ponašanja i raspoloženja, preko upotrebe psihoaktivnih supstanci, do trauma i kriznih situacija) jasno su definisane. Smernice za rad sa porodicama i starateljima dodatno jačaju celovitost pristupa. Brojni primeri, formulacije pitanja i sugestije za komunikaciju čine publikaciju korisnom i za početnike i za iskusne profesionalce koji žele da unaprede i standardizuju sopstvenu praksu.

Centralni deo publikacije čini detaljno razrađen minimalni paket usluga za mlade (MPUM), inovativni međusektorski model razvijen i pilotiran u Srbiji. Prikazane faze razvoja modela, proces obuke i rezultati evaluacije daju snažno metodološko utemeljenje i potvrđuju njegovu praktičnu vrednost. Visoka ocena koju su dobile obuke i merljivo poboljšanje funkcionisanja mladih tokom pilot-faze dodatno ukazuju na održivost i primenljivost modela u realnim uslovima.

Posebna snaga publikacije leži upravo u jasno objašnjenim i praktično primenljivim psihosocijalnim intervencijama, prilagođenim profesionalcima koji nisu prošli psihoterapijsku edukaciju. One obuhvataju regulaciju emocija, razvoj veština rešavanja problema i komunikacije, pristup zasnovan na informacijama o traumi, porodične intervencije i postupke u kriznim i visokorizičnim situacijama. Taj deo čini publikaciju naročito korisnom za svakodnevni rad sa mladima.

Završna poglavlja o međusektorskoj saradnji i modelu „put adolescenta“ dodatno jačaju praktičnu upotrebljivost publikacije i nude jasan okvir za koordinaciju sistema i kontinuitet brige.

Na konceptualnom planu, publikacija doprinosi standardizaciji profesionalnog jezika i praksi između sektora, što je jedan od bitnih preduslova održive i delotvorne brige o mentalnom zdravlju mladih. U Srbiji, gde su nedostatak stručnih kadrova i fragmentiranost sistema među glavnim izazovima, takav ujedinjeni pristup, sproveden kroz MPUM, predstavlja važan korak za povećanje pristupačnosti intervencija i njihovu pravovremenu primenu.

Publikacija *Budi tu za mlade* ispunjava važnu prazninu u našem sistemu: ona stvara zajednički jezik, integrirani pristup i standardizovanu praksu za sve profesionalce koji rade sa mladima, uz puno poštovanje specifičnosti svake struke. Zahvaljujući kombinaciji savremenih naučnih uvida, praktičnih alata i iskustava iz lokalnog konteksta, publikacija predstavlja nezaobilazan resurs za stručnjake posvećene unapređivanju mentalnog zdravlja mladih i za donosiocje odluka koji teže razvoju održivog, multisektorskog sistema podrške.

Smatram da publikacija u potpunosti ispunjava kriterijume stručnosti, primenljivosti i društvene relevantnosti te je sa velikim zadovoljstvom preporučujem za objavljivanje i široku profesionalnu upotrebu. Publikacija ima potencijal da postane standardna referenca u oblasti mentalnog zdravlja adolescenata u Srbiji.

Prof. dr Ksenija Krstić

Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet,
Univerzitet u Beogradu

Publikacija koju su uredile dr Marija Mitković Vončina i prof. dr Milica Pejović Milovančević, a napisala grupa autora predstavlja sveobuhvatan, sistemski zasnovan priručnik za stručnjake iz više sektora (zdravstvo, obrazovanje, socijalna zaštita, omladinski sektor, civilno društvo) koji rade sa adolescentima i mladima u Srbiji. Tekst vrlo jasno kombinuje savremena znanja iz razvojne psihologije, neuronauka i javnog zdravlja, globalne okvire (HAT, MHPSS, UNICEF) i lokalni kontekst (podaci, kapaciteti sistema, nedostatak resursa, stigma, ograničen pristup uslugama). Publikacija je koncipirana kao most između specijalizovanog sistema mentalnog zdravlja i „prve linije” profesionalaca, što je velika prednost i jasno se provlači kroz predgovor, uvod i dalju strukturu.

Predgovor i uvodni deo vrlo dobro pozicioniraju knjigu: kome je namenjena, kako je treba koristiti i šta se (realno) može promeniti, a šta ne treba menjati (npr. dijagnostiku i lečenje u zdravstvenom sistemu). Jasno je definisana ciljna grupa (psiholozi, pedagozi, socijalni radnici, zdravstveni radnici te stručnjaci u zajednici kojima nije potrebna psihoterapijska edukacija kao preduslov). Dobro je naglašeno da je MPUM „minimalni paket” i zajednički jezik, a ne nova profesija ili zamena za specijalizovane službe.

Poglavlja u publikaciji su sistematično obrađena i naglašavaju značaj i povezanost razvoja i mentalnog zdravlja mladih te jasno ukazuju na kontinuum mentalnog zdravlja i važnost ranih intervencija kada razvoj odstupa ili kada se jasno ispoljavaju simptomi psihijatrijskog poremećaja. Od velike su koristi opisi najčešćih problema i psihičkih poremećaja u razvojnom dobu, zatim pregled psihosocijalnih intervencija i MPUM modela, trauma-informed i porodično senzitivnih pristupa te koraka u stanjima specifičnog rizika. Vrlo je značajno što se intervencije oslanjaju na dokaze (bihevioralna aktivacija, tehnike relaksacije, regulacija spavanja, rešavanje problema, asertivni trening) i što su prilagođene praktičnoj primeni, uz naglašavanje da nije reč o „punjoj terapiji”. Uključivanje trauma-informed pristupa i porodično senzitivnog rada predstavlja veliki kvalitet jer odslikava savremene standarde i ističe ulogu porodice, ali i rizike (zanemarivanje i zlostavljanje). Takav autorski pristup daje snažan osećaj koherentnog modela u pomaganju mladima.

Primeri iz prakse kojima publikacija obiluje (kratke vinjete) oživljavaju tekst i čuvaju ga da ne ostane preterano teorijski, što predstavlja poseban doprinos ciljevima publikacije.

Koncept „puta adolescenta” kroz sisteme i pristup „korak po korak” (step-care) spadaju u najvažnije delove publikacije, jer upravo tu leži dodata vrednost u odnosu na čisto kliničke priručnike. Jasno je naglašeno da nijedan sistem (zdravstvo, obrazovanje, socijalna zaštita, omladinski sektor) ne može sam bez oslonca na druge sisteme, da su potrebni algoritmi upućivanja i timovi podrške i da je mentalno zdravlje mladih horizontalna, a ne samo „medicinska” tema.

Jezik kojim je publikacija pisana je stručan i pristupačan i dobro balansira između teorije i praktične upotrebe. Terminologija je savremena i usklađena sa međunarodnim dokumentima.

Publikacija predstavlja sistemski i naučno utemeljen priručnik koji ima realan potencijal da unapredi prepoznavanje problema, prevenciju i ranu intervenciju u oblasti mentalnog zdravlja mladih u Srbiji. Najveće vrednosti publikacije čine jasno definisan minimalni paket usluga za mlade, povezivanje različitih sektora kroz zajednički narativ i praktične alate te snažno naglašavanje ranih intervencija, psihosocijalne podrške i destigmatizacije.

Veliko mi je zadovoljstvo da publikaciju preporučim za objavljivanje.

Prof. dr Miodrag Stanković

Najvažnije definicije

Adolescencija	Faza života između detinjstva i odraslog doba, od 10. do 19. godine. Adolescencija predstavlja jedinstvenu fazu u razvoju čoveka jer podrazumeva brz fizički rast i seksualno sazrevanje u kombinaciji sa emocionalnim, socijalnim i kognitivnim razvojem. To je važan vremenski period za postavljanje temelja dobrog zdravlja.
Adolescenti	Osobe koje spadaju u starosnu grupu 10–19 godina. U tekstu se koristi formulacija „adolescenti i mladi” jer se publikacija odnosi na uzrasnu kategoriju od 10 do 30 godina kao najsveobuhvatniju.
Blagostanje	Predstavlja pozitivno stanje u kome neka osoba odlično napreduje. Pet domena blagostanja adolescenata čine: dobro zdravlje i optimalna ishrana; povezanost, pozitivne vrednosti i doprinos društvu; bezbednost i okruženje koje pruža podršku; učenje, znanje, veštine i mogućnost zapošljavanja; aktivan pristup i otpornost.
Briga o mentalnom zdravlju	Odnosi se na usluge kojima se tretiraju problemi mentalnog zdravlja i poboljšava mentalno zdravlje kod ljudi sa poremećajima ili problemima mentalnog zdravlja.
Čitava vlada	Pristup u kome javne službe za pružanje usluga rade formalno i neformalno bez obzira na granice između različitih oblasti delovanja kako bi se postigao zajednički cilj i integrisani odgovor vladinog sektora na odgovarajući problem. Ovakav pristup treba da omogući koherentnost politika kako bi se povećale efikasnost i delotvornost. Taj pristup predstavlja odgovor na sektorski pristup i ne bavi se samo politikama, nego i programima i upravljanjem projektima.
Čitavo društvo	Pristup koji priznaje doprinos svih relevantnih aktera i važnost uloge koju oni imaju (pojedinaца, porodica, međuvladinih organizacija, verskih ustanova, civilnog društva, akademske zajednice, medija, volonterskih organizacija i, gde je to slučaj, privatnog sektora i industrije) u pružanju podrške naporima na nivou cele države i koji prepoznaje potrebu za daljim pružanjem podrške i jačanjem koordinacije između ovih aktera kako bi se povećala delotvornost tih napora.
Mentalno zdravlje	Integralna i suštinski važna komponenta zdravlja. Mentalno zdravlje je stanje blagostanja u kome neka osoba ostvaruje svoje potencijale, može da se izbori sa uobičajenim stresnim situacijama u životu te može produktivno da radi i doprinosi svojoj zajednici.
Minimalni paket usluga za mlade (MPUM)	Minimalni paket usluga za mlade se odnosi na skup međusektorskih intervencija koje se pružaju u oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja iz tri sektora kako bi se na lokalnom nivou omogućila direktna podrška u oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja deci i mladima od 12 do 25 godina.
Mladi	Ujedinjene nacije definišu „mlade” kao osobe između 15. i 24. godine, uz predlog da to bude fleksibilna kategorija jer se sadržaj koncepta „biti mlad” razlikuje od zemlje do zemlje. Važno je dodati da u Srbiji, prema Zakonu o mladima, u „mlade” spadaju sve osobe uzrasta od 15 do 30 godina.

Otpornost	Sposobnost prevazilaženja teškoća i pozitivnog prilagođavanja teškim i problematičnim iskustvima. Otpornost dece ne odnosi se samo na njihovu unutrašnju snagu i sposobnost da podnose nedaće, već i na obrazac rizika i zaštitne faktore u njihovom društvenom i kulturnom okruženju.
Plan mentalnog zdravlja	Detaljna šema akcija u vezi sa mentalnim zdravljem. Obično obuhvata postavljanje načela za strategije te utvrđivanje vremenskih okvira i potrebnih resursa.
Podrška mentalnom zdravlju i psihosocijalna podrška	Složeni termin kojim se opisuje svaka vrsta podrške usmerena na zaštitu ili unapređenje psihosocijalnog stanja.
Politika mentalnog zdravlja	Zvanična izjava vlade koja sadrži organizovan skup vrednosti, načela, ciljeva i oblasti za akciju kojima bi trebalo da se poboljša mentalno zdravlje populacije.
Problemi mentalnog zdravlja	Termin se odnosi na širok dijapazon poremećaja koji utiču na kognitivne, emocionalne ili bihevioralne karakteristike pojedinca te na sposobnost pojedinca da uči i funkcioniše u porodici, na poslu i u društvu. U velikom broju okolnosti mnoga od tih stanja mogu se uspešno preduprediti i/ili tretirati. To se odnosi na probleme mentalnog zdravlja i zloupotrebu opijata, jak psihološki stres, intelektualne poteškoće i rizik od samoubistva.
Prevencija	U domenu mentalnog zdravlja ima za cilj smanjivanje pojavljivanja, rasprostranjenosti i ponovnog javljanja poremećaja mentalnog zdravlja i sa njima povezanih problema. Prevencija može podrazumevati univerzalne, ciljane ili indikovane strategije.
Prevencija i rane intervencije u oblasti mentalnog zdravlja	Strategije i mere koje se preduzimaju kako bi se sprečio nastanak mentalnih poremećaja, smanjila njihova učestalost i ublažile posledice kod pojedinaca i u zajednici (može biti primarna, sekundarna i tercijarna). Rane intervencije podrazumevaju pravovremeno prepoznavanje prvih znakova mentalnih poremećaja i brzo sprovođenje terapijskih mera, odnosno mera pružanja podrške kako bi se sprečilo dalje pogoršanje stanja, mogu da obuhvate savetovanje, psihoterapiju, podršku porodici i medicinske tretmane, a izuzetno su važne za poboljšanje ishoda lečenja i smanjenje dugoročnih posledica mentalnih poremećaja.
Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja	To su psiholozi, pedagozi, specijalni pedagozi, defektolozi, logopedi, socijalni radnici, zdravstveni radnici (lekari, medicinske sestre i tehničari, radni terapeuti).
Psihosocijalni	Ovaj pridev odnosi se na međusobnu povezanost psiholoških i društvenih procesa i na činjenicu da su oni u stalnoj interakciji i da utiču jedni na druge.
Psihosocijalne intervencije	Intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni i socijalni pristup ili kombinaciju tih pristupa, a trebalo bi da poboljšaju psihosocijalno blagostanje i smanje rizik od negativnih ishoda u mentalnom zdravlju.

Psihosocijalni stres	Odnosi se na neprijatna osećanja ili emocije koje mogu imati uticaj na nivo funkcionisanja osobe i njenu sposobnost da učestvuje u društvenim interakcijama. U pitanju je psihološka nelagodnost koja utiče na funkcionisanje osobe u svakodnevnom životu. Posledice psihosocijalnog stresa mogu biti negativni pogledi na okolinu, na druge i na sebe. Tuga, anksioznost, rastrojenost, narušavanje odnosa sa drugima i neki simptomi mentalne bolesti predstavljaju manifestacije psihosocijalnog stresa.
Staratelji	Osobe odgovorne za staranje o detetu — majke i očevi, babe i dede, braća i sestre te druge osobe u okviru šire porodične mreže, odnosno ostale osobe koje se staraju o detetu izvan porodične mreže.
Period stasavanja (<i>emerging adulthood</i>)	Ovaj termin se odnosi na životno doba između 18. i 25. godine ili, po široj definiciji, između 18. i 29. godine.
Tretman mentalnog zdravlja	Može da obuhvati psihološku terapiju, medikamente i različite oblike podrške u zajednici, psihosocijalne intervencije te strategije samopomoći. Tretman mentalnog zdravlja može se obavljati u različitim okruženjima.
Učešće	Odnosi se na procese i aktivnosti koji omogućavaju ljudima aktivnu ulogu u odlučivanju o onome što utiče na njih. Stvarno učešće obuhvata sve grupe, pa i one najranjivije i najviše marginalizovane. Učešće omogućava ljudima i zajednicama da se aktiviraju u procesima odlučivanja i da se uključe u aktivnosti u vezi sa problemima koji ih se tiču. To je način da se ljudima prizna dostojanstvo te da se identifikuju i mobilizuju resursi u zajednici, odnosno da se uspostave konsenzus i podrška. Učešće predstavlja pravo i ono je dobrovoljno.
Unapređenje mentalnog zdravlja	Obuhvata aktivnosti koje poboljšavaju psihološko stanje. To se može odnositi i na stvaranje okruženja koje pogoduje mentalnom zdravlju.
Upućivanje	Postupak slanja neke osobe drugom pružaocu usluga zato što mu je potrebna pomoć koja izlazi iz oblasti stručnosti ili rada trenutnog pružaoca usluga.
Usluge mentalnog zdravlja	Usluge putem kojih se realizuju delotvorne intervencije u vezi sa mentalnim zdravljem.
Zajednica	Može se definisati kao mreža ljudi koji dele slične interese, ciljeve, kulturu, religiju ili istoriju te međusobna osećanja povezanosti i brige.
Zakonodavstvo o mentalnom zdravlju	Posebne zakonske odredbe koje se prvenstveno odnose na mentalno zdravlje. Ono se obično bavi kvalitetom zaštite i usluga, zaštitom građanskih i ljudskih prava, profesionalnom obukom i strukturom usluga.

Predgovor

Šta je svrha ove publikacije, kome je namenjena i kako se koristi?

Mentalno zdravlje mladih, više nego ikada ranije, traži posebnu pažnju. Mladi, najvažniji kapacitet jednog društva, nalaze se u delikatnoj situaciji. S jedne strane, biološke, psihološke i socijalne razvojne promene, porodična dinamika, dinamika zajednica i dinamika promena u čitavom društvu značajno se prelamaju kroz generacije mladih i vode do sve izraženijih izazova u mentalnom zdravlju mladih, što nam potvrđuju brojna istraživanja. S druge strane, malo je stručnjaka, sistemskih i institucionalnih izvora podrške pa „zajednički jezik“ koji pruža mladima podršku te međusobna povezanost kroz sisteme obrazovanja, zdravstvene zaštite, socijalne zaštite i lokalne zajednice predstavljaju suštinsku potrebu.

Svrha ove publikacije je da profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji brinu o mladima u različitim sistemima, pre svega u sektoru zdravstva, obrazovanja, socijalne zaštite i omladine, pomogne da pruže podršku njihovom mentalnom zdravlju i dobrobiti na organizovan način. Publikacija nudi uputstva i objašnjenja za primenu koraka u prepoznavanju najčešćih izazova i rizika po mentalno zdravlje mladih i za primenu najvažnijih intervencija podrške zasnovanih na dokazima, uz preporuke za obrasce svrsishodne saradnje svih relevantnih službi, što čini osnovu podrške. Opisane intervencije prikazane u publikaciji predstavljaju skup savremenih metoda za podršku mladima koji imaju različite izazove mentalnog zdravlja, u različitim resorima, uz ujedinjeni narativ i objedinjenu saradnju između i unutar sistema. Ovaj skup alata nazvan je „Minimalni paket usluga za mlade“ (MPUM) i služi kao osnov za kreiranje individualizovanog plana podrške za svaku mladu osobu kojoj je potrebna podrška u domenu mentalnog zdravlja.

Publikacija je osmišljena kao skup osnovnih informacija o mladima (npr. o razvojnim i socijalnim potrebama mladih), relevantnih za stručnjake koji pružaju podršku njihovom mentalnom zdravlju, te kao vodič za procenu i sprovođenje intervencija. Ona sadrži teorijska objašnjenja, praktična uputstva i primere, a usklađena je sa kurikulumom i materijalima obuke za primenu minimalnog paketa usluga, među kojima je i radna sveska u kojoj se nalaze praktične vežbe i zadaci za učvršćivanje veština prikazanih u ovom priručniku.

Publikacija uvažava sličnosti i razlike između stručnjaka koji dolaze iz različitih sektora; razlike se odnose na lično i profesionalno iskustvo, uslove rada, znanja i veštine koje oni poseduju, uz poštovanje svakog stručnjaka ponaosob. Ona daje opšte smernice za primenu minimalnog paketa usluga, a pojedine smernice namenjene su pojedinim strukama; praktičari, poštujući granice svoje struke, uz puno uvažavanje propisa, najboljih interesa mladih, principa „ne čini štetu“ i standarda svoje struke, svesni odgovornosti koju imaju prema mladima, njihovim porodicama, saradnicima i sebi, procenjuju šta od toga već rade, šta bi „novo“ mogli da primene, šta je korisno te koja je usluga optimalna za konkretnu mladu osobu.

Koraci i psihosocijalne intervencije opisane u ovoj publikaciji namenjeni su kolegama srodnih struka u domenu mentalnog zdravlja (bez prethodne psihoterapijske edukacije kao preduslova), koji u sklopu svog redovnog posla već rade sa mladima i pružaju im podršku u ovom domenu. Publikacija je, dakle, namenjena psiholozima, pedagogima, specijalnim pedagogima, defektolozima, logopedima, socijalnim radnicima, zdravstvenim radnicima (lekarima, medicinskim sestrama i tehničarima, radnim terapeutima) koji rade u institucijama, u centrima u zajednici i u organizacijama civilnog društva koje se bave prevencijom i zaštitom u oblasti mentalnog zdravlja mladih.

Predloženi sistem intervencija primarno je namenjen stručnjacima sa „prve linije”, koji svakodnevno dolaze u kontakt sa mladima, i priprema ih da primete ponašanja koja se mogu protumačiti kao rani znaci upozorenja, odnosno kao potreba za podrškom koju profesionalci u školama, primarnoj zdravstvenoj zaštiti i službama socijalne zaštite treba na vreme da pruže kako bi se sprečilo produbljivanje problema. Publikacija je informativna i za stručnjake iz specijalizovanih službi za mentalno zdravlje jer im omogućava da razumeju objedinjeni narativ i da poboljšaju rad na zajedničkim ciljevima kada pomažu mladima koje susreću kroz različite sektore i nivoe zaštite. Konačno, publikacija je osmišljena da pomogne u saradnji stručnjaka iz različitih sektora i sa različitih nivoa zaštite kako bi mogli da pružaju organizovanu podršku i onima koji se posle različitih oblika intervencija vraćaju svojim tipičnim aktivnostima, socijalnim miljeima, okruženjima ili rutinama.

„Budi tu za mlade” — to je ime obuke koja prati ovu publikaciju i poruka koja veže sve nas koji se u njoj pronalazimo.

Uvod

Ovo poglavlje prikazuje značaj mentalnog zdravlja adolescenata i mladih i objašnjava važnost podrške mentalnom zdravlju i psihosocijalnih intervencija. U njemu se opisuje UNICEF-ov pristup i prikazuje model minimalnog paketa usluga u oblasti zaštite mentalnog zdravlja za mlade (MPUM), što obuhvata proces razvoja, opšte principe, sadržaj i efekte evaluacije. MPUM je inovativni model tj. skup međusektorskih intervencija za profesionalce u oblasti mentalnog zdravlja iz tri sektora (zdravstvenog i obrazovnog sektora te sektora socijalne zaštite) koji treba da omogući pružanje direktne podrške u oblasti mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške deci i mladima na lokalnom nivou. MPUM sprovode profesionalci u oblasti mentalnog zdravlja iz sektora obrazovanja, socijalne zaštite, zdravstva i omladine. To omogućava najefikasnije korišćenje ograničenih resursa u lokalnim zajednicama, a takođe garantuje da će adolescenti ili mladi ljudi dobijati doslednu podršku bez obzira na to kojoj se lokalnoj instituciji obraćaju za pomoć (npr. školi, domu zdravlja, ustanovi socijalne zaštite ili omladinskoj organizaciji). Ovo poglavlje predstavlja uvod u značaj međusektorskih napora i prvih koraka sistema u Srbiji ka osnaživanju kapaciteta za pružanje podrške mentalnom zdravlju mladih osoba.

Prva upotreba reči „adolescencija“ zabeležena je u 15. veku i potiče od latinske reči „adolescere“, što znači „odrasli, sazreti“. Za naučno otkrivanje adolescencije zaslužan je Granvil Stenli Hol, prvi predsednik Američkog psihološkog udruženja. On je 1904. godine u studiji pod nazivom *Adolescencija* opisao „novu razvojnu fazu“ za koju je smatrao da je nastala usled društvenih promena na prelazu iz 19. veka u 20. vek.

Piter Blos je 1962. objavio knjigu pod naslovom *O adolescenciji*. Blos, američki dečiji psihoanalitičar nemačkog porekla, bio je poznat kao „gospodin Adolescencija“ zbog svojih istraživanja tinejdžerskih problema. On je popularizovao ideju da postoje dve faze individuacije u ljudskom razvoju. Prvi se dešava kada je neko dete, a drugi se dešava kada je neko adolescent i konačno je u stanju da odbaci porodične zavisnosti.

Istraživanja su omogućila da se bolje razumeju moždana transformacija koja se odigrava u periodu adolescencije te promene nastale pod uticajem spoljašnje sredine u kojoj se mozak razvija. Napredak u tehnologiji i naučnim metodama omogućio je naučnicima da postepeno shvate prirodu promenljivog mozga adolescenata i osnovne motivacije za različite ishode ponašanja tokom tog važnog perioda razvoja.

Novije studije su dokazale da se moždani sistemi koji podržavaju izvršnu funkciju do adolescencije već razvijaju, pa i angažovanje prefrontalnog korteksa. Ono što i dalje jača jeste sposobnost prefrontalnog korteksa da se povezuje sa drugim regionima mozga, a to je izuzetno značajno za sprovođenje kontrolisanog ponašanja. Važno je da postoje dokazi da tokom adolescencije može doći do pojave hipersenzitivnosti u regionima mozga koji podržavaju motivaciju čiji je krajnji cilj nagrada. Ova preosetljivost može podstaći moždane sisteme da reaguju na impulsivan način kako bi se dobila ta nagrada. To je u skladu sa dokazima iz studija na životinjama, koji sugerišu da tokom puberteta postoji vrhunac u dostupnosti dopamina, moždanog hemijskog neurotransmitera koji podržava motivaciju. Novije studije su pokazale da se sinaptičke neuronske veze u prefrontalnom korteksu umnožavaju u detinjstvu, ali da tokom adolescencije dolazi do naglog gubitka tih veza te da se taj gubitak nastavlja i posle 30. godine.

Na razvojni potencijal mozga utiču genetički, biološki i iskustveni faktori. Pored toga, mozak je veoma fleksibilan i obično se brzo prilagođava promenama i izazovima. Pružanje ključnog pozitivnog iskustva i potkrepljenja tokom perioda razvoja mozga koji se odvija na početku puberteta može znatno uticati na

neuralne razvojne putanje. Dakle, obezbeđivanje okruženja koje podržava napredak i učenje tokom ovog perioda brzog rasta i razvoja može imati veliki uticaj i trajne efekte.

Neuralna fleksibilnost koja se javlja tokom rane adolescencije predstavlja rezultat promena u ravnoteži između regiona neuronske stabilnosti i plastičnosti. Rano detinjstvo je dobro utvrđeno kao kritični period za intervenciju, ali neuronske promene koje se javljaju u ranim fazama adolescencije sugerišu da ni tada nije prekasno za pozitivnu intervenciju, pri čemu je to verovatno najbolje vreme za određene intervencije. Iskustva u ranoj adolescenciji mogu imati dugoročne efekte na društvene, emocionalne i motivacione procese koji se prožimaju kroz čitav život. Neuroplastičnost koja se javlja tokom puberteta stvara jedinstveni izbor mogućnosti u kome može da se utiče na pozitivno i negativno ponašanje i razvojne putanje.

Iako napredak u razumevanju razvoja mozga pruža jedinstven uvid u pojedine aspekte razvoja adolescenata, najveći potencijal za razumevanje i primenu (u oblastima poput zdravlja adolescenata i obrazovanja) može se najbolje ostvariti pristupom koji obuhvata šire, integrativno razumevanje razvojnih procesa, tj. pristupom koji podrazumeva niz bioloških, bihevioralnih, društvenih i kontekstualnih faktora (i njihove interakcije). Ova perspektiva ima važne implikacije na to kako najbolje treba iskoristiti naučne uvide. Na primer, ona ističe važnost transdisciplinarnih timova koji zajedničkim radom postižu napredak u primeni naučnih saznanja kako bi postigli napredak u tranziciji.

Adolescencija je period koji predstavlja bitnu ranu prekretnicu pogodnu za prevenciju i ranu intervenciju — to je razvojna prelomna tačka kada male pozitivne promene u ovim razvojnim sistemima mogu imati veći i trajniji uticaj (i stvoriti bolje prilike za postizanje promena).

Početak puberteta stvara kaskadu hormonalnih promena koje dovode do reproduktivne zrelosti i stimulišu brojne anatomske i funkcionalne promene u mozgu. Hormoni igraju izuzetno važnu ulogu u reorganizaciji neuronskih mreža, a posebno utiču na neuronske mreže zadužene za obradu emocija, rizika, nagrada i društvenih odnosa. Biološke promene ne određuju ponašanje, već dovode do povećanja sklonosti ka određenom ponašanju, ali ponašanje se u najvećoj meri usklađuje sa društvenim kontekstom. Štaviše, pojavljuju se obrasci ponašanja koji dovode do kaskadnog uticaja, a koji obično podrazumevaju složene interakcije socijalnih, emocionalnih, psiholoških, bihevioralnih i neurorazvojnih procesa. Na primer, biološke promene u regulaciji spavanja/budnosti tokom puberteta nisu uzrok kasnijeg uspavljivanja adolescenata, nego te promene u pubertetu dovode do blagih sklonosti da se radije ostaje budan kasnije i spava kasnije. Ove biološke tendencije mogu vremenom, zbog izlaganja veštačkom svetlu i video-ekranima te zbog društvenih interakcija putem mobilnih telefona i interneta, dovesti do velikih promena u obrascima ponašanja, što rezultira veoma kasnim odlaskom na spavanje, nepravilnim rasporedom spavanja i društvenim džet-legom kada adolescenti pokušavaju da se prilagode ranom vremenu polaska u školu. Te male biološke promene vremenom mogu lako da dovedu do veoma problematičnog obrasca ponašanja koji se teško menja. Ipak, odgovor se ne krije u tome da treba promeniti prirodu adolescenta (ili dići ruke i reći da adolescenti ne mogu da spavaju po redovnom rasporedu), već u tome da treba razumeti kako razvojne promene tokom adolescencije pružaju priliku za ranu intervenciju/prevenciju.

Međutim, bitno je shvatiti da je adolescencija takođe period za stvaranje pozitivnih promena, tj. za uspostavljanje zdravih obrazaca ponašanja te period socijalnog i emocionalnog učenja koje može povećati šanse za formiranje pozitivnih razvojnih putanja. Upravo je zato veoma važno da se sveobuhvatni programi prevencije sprovode sa svim adolescentima, s posebnim fokusom na adolescente koji su u riziku. Iako se ova publikacija ne bavi prevencijom u tako širokom kontekstu, treba istaći značaj prevencije u obezbeđivanju dugoročnog blagostanja adolescenata i mladih i u kasnijim godinama.

Mentalno zdravlje mladih kao prioritet

Period adolescentnog razvoja podrazumeva brze fizičke, kognitivne i socio-emocionalne promene koje mladog čoveka često vode ka izazovima poput impulsivnosti i preuzimanja rizika, intenzivnih seksualnih nagona koje je teško kontrolisati, potrebe da se „uklopi“ te potrebe da bude prihvaćen od vršnjaka uz stalno istraživanje novih uloga i eksperimentisanje sa rizičnim ponašanjem.

Adolescenti u zemljama u razvoju ili siromašnim zemljama suočavaju se sa dodatnim izazovima koji ih mogu sprečiti da ostvare svoj puni potencijal. Siromaštvo, nemogućnost pristupa uslugama, loši izgledi za zapošljavanje, malo prilika za razvoj veština ili sticanje obrazovanja te štetne društvene i rodne norme ograničavaju ovim mladim ljudima mogućnosti u životu.

Pružanje podrške ugroženim adolescentima nije samo humanitarni imperativ, ono je od izuzetne važnosti za socio-ekonomsku dobrobit zajednica. Ulaganja i dobici ostvareni tokom detinjstva mogu se izgubiti ako se ne pruži odgovarajuća podrška tokom adolescencije. Takođe, mladi ljudi koji su adekvatno pripremljeni da postanu zdravi i produktivni odrasli mogu da prekinu krug siromaštva, beznađa i zavisnosti koji često opterećuje zajednice i nacije.

Zašto je mentalno zdravlje mladih prioritet? Adolescencija prema široj definiciji, koja obuhvata i prelazno doba stasavanja („*emerging adulthood*“), predstavlja period velikog potencijala u smislu brze dinamike biološkog, psihološkog i socijalnog razvoja, ali i period značajne ranjivosti kada je u pitanju mentalno zdravlje. Od svih poremećaja mentalnog zdravlja polovina se prvi put javlja do 14. godine, tri četvrtine do 24. godine, a podaci govore da 20% mladih od 16 do 25 godina ima mentalni poremećaj koji se može dijagnostikovati. U našoj zemlji nema dostupnih podataka koji bi na reprezentativnom uzorku pokazali prisustvo problema mentalnog zdravlja kod mladih do 18 godina; postoje podaci iz Nacionalnog istraživanja psihijatrijskih smetnji koje je obavljeno u vreme pandemije za populaciju 18–65 godina, a koje je pokazalo da su među mladima od 18 do 25 godina najzastupljenije aktuelne psihijatrijske smetnje poremećaji anksioznosti (26,2%), poremećaji raspoloženja (5,7%) i poremećaji upotrebe supstanci (19,1%). Podaci za Srbiju sa platforme *U-report* (digitalna društvena platforma za mlade, koju je izradio UNICEF i koja postoji u više od 80 zemalja) govore da su najveći problemi mentalnog zdravlja pre pandemije (2019. godina) bili anksioznost (27%), stres (22%), dugotrajna potištenost (19%) i nepovoljna slika o sebi (16%), dok tokom pandemije (2021. godina) 50% ispitanika opisuje svoje mentalno stanje kao lošije u odnosu na period pre pandemije. Ozbiljan problem predstavljaju i stigma i ograničena svest o uslugama: 47% mladih veruje da mladi ne traže pomoć jer je to znak slabosti, a samo 12% mladih zna za usluge savetovanja. Sve kompleksnija slika mentalnog zdravlja mladih, međutim, beleži se i u periodu pre pojave pandemije.

Problemi mentalnog zdravlja u ovom dobu mogu uticati ne samo na nivo trenutne funkcionalnosti mlade osobe već i na razvoj i buduće ishode. Međutim, iako posledice problema mentalnog zdravlja kod mladih mogu biti veoma nepovoljne, samo manji broj mladih ljudi dobije odgovarajuće intervencije na vreme. Razloga za to ima nekoliko, na primer, 1) niska svest o problemima mentalnog zdravlja mladih u populaciji (posebno zbog simptoma koji su nespecifični ili maskirani promenama u razvoju), 2) stigma u vezi sa problemima mentalnog zdravlja i lečenjem (i autostigma i heterostigma, kao i stigma koju doživljavaju roditelji/staratelji), 3) nedovoljan pristup informacijama o uslugama te 4) nedovoljni resursi za pružanje intervencija psihosocijalne i mentalne podrške mladima, u poređenju sa sve većim potrebama, posebno u zemljama sa niskim i srednjim prihodima koje imaju nisku alokaciju resursa za mentalno zdravlje uopšte.

U Srbiji se mentalno zdravlje mladih suočava sa svim pomenutim izazovima, a jedan od glavnih izazova je nedostatak ljudskih resursa. Problemima mentalnog zdravlja mladih pretežno se bavi zdravstveni sektor (uglavnom na tercijarnom ili sekundarnom nivou), ali i tamo su resursi oskudni, jer ima malo dečijih i

adolescentnih psihijatara i drugih srodnih stručnjaka. I u obrazovanju i socijalnoj zaštiti postoji značajan nedostatak profesionalaca koji bi mogli da pružaju podršku mentalnom zdravlju mladih. Takođe, ograničene su mogućnosti međusektorske saradnje koja je neophodna kada su u pitanju prepoznavanje, prevencija, lečenje i oporavak mladih ljudi sa problemima mentalnog zdravlja. Ti nedostaci dovode do nedovoljne psihosocijalne intervencije, koja se prepoznaje kao suštinski deo prevencije i pružanja podrške mentalnom zdravlju adolescenata i mladih. U skladu s napred navedenim, bilo bi važno da se izradi program koji će omogućiti obučavanje većeg broja stručnjaka jednobraznim rečnikom funkcionisanja — da se problemi mladih posmatraju, uočavaju i rešavaju kroz sisteme obrazovanja, zdravlja, socijalne zaštite na usaglašen način, uz međusobnu podršku i uzajamne doprinose. Pomažući jedni drugima dajemo doprinos istom cilju — dobrobiti mladih i njihovom optimalnom mentalnom zdravlju i funkcionisanju.

Važnost psihosocijalnih intervencija u podršci mentalnom zdravlju mladih i UNICEF-ov pristup

Psihosocijalne intervencije predstavljaju značajnu komponentu koja se nalazi u srcu prevencije i direktne podrške kada je u pitanju mentalno zdravlje adolescenata. Kroz inicijativu *Help Adolescents Thrive* (HAT) (smernice i alat), Svetska zdravstvena organizacija (SZO) i UNICEF preporučuju psihosocijalne intervencije (definisane kao intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni i socijalni pristup ili neku njihovu kombinaciju, a koje imaju za cilj da poboljšaju psihosocijalno blagostanje i smanje rizik od negativnih ishoda u mentalnom zdravlju) kao prioritetne intervencije za univerzalnu (svi adolescenti), selektivnu (adolescenti sa specifičnim rizikom) i indikovanu prevenciju (adolescenti sa već ispoljenim ranim znacima ili simptomima mentalnih poremećaja).

Inicijativu HAT treba shvatiti kao okvir čiji je cilj da prikaže preporuke i smernice za psihosocijalne intervencije kada su u pitanju mladi, a koje se mogu primenjivati u školama, zdravstvenom sistemu, u zajednici ili kroz digitalnu platformu, uz posebnu pažnju posvećenu onima kod kojih postoji rizik od pojave mentalnih poremećaja i samopovređivanja te onima koji već imaju rane znake i simptome emocionalnih i bihevioralnih poremećaja. Autori HAT smernica pozivaju nadležne organe u različitim državama, bitne sektore koji pružaju usluge mladima, same mlade osobe i njihove porodice da se oslone na te smernice kako bi se unapredili mentalno zdravlje i blagostanje adolescenata. Smernice se zasnivaju na dokazima iz studija intervencija u uzrastu 10 do 19 godina i izrađene su prema modelu PICO — P (populacija), I (intervencija), C (komparacija, *comparison*), O (ishod, *outcome*). Istražene su tri ciljne grupe intervencija: univerzalne (za adolescente iz opšte populacije), ciljane (za adolescente pod povećanim rizikom od pojave mentalnih poremećaja ili samopovređivanja, zbog izloženosti specifičnim teškoćama) i indikovane (za adolescente koji imaju rane znake i/ili simptome emocionalnih problema i/ili problema u ponašanju, ali nemaju formalnu dijagnozu tih poremećaja).

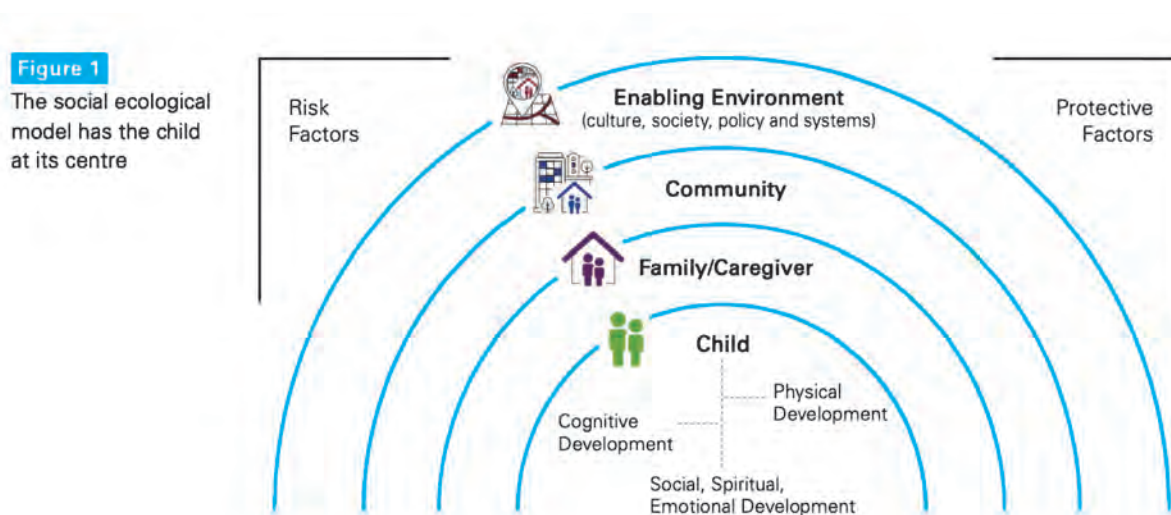
Okvir *Mental Health and Psychosocial Support Multi-Sectoral (MHPSS)* namenjen je ljudima koji rade u relevantnim sektorima i oblastima rada (zdravstvo, socijalna zaštita i zaštita dece, obrazovanje, razvoj i učešće adolescenata, razvoj u ranom detinjstvu, smetnje u razvoju i ishrani) da bi postali osetljiviji na mentalno zdravlje i psihosocijalne intervencije i da bi se proširile kvalitetne intervencije za decu, adolescente, mlade i porodice u razvojnim i humanitarnim sredinama. Namera je da se pomogne profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja da razviju programe za prevenciju i zaštitu mentalnog zdravlja u okviru socijalno-ekološkog modela i kontinuumu brige o mentalnom zdravlju, što obuhvata prevenciju, promociju i lečenje za poboljšanje mentalnog zdravlja i psihosocijalnog blagostanja dece, adolescenata i njihovih staratelja širom sveta.

UNICEF-ov Globalni multisektorski operativni okvir (Global multisectoral operational framework)

UNICEF-ov program za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku u Srbiji je razvijen sa primarnim ciljem da podstakne mentalno zdravlje i psihosocijalnu dobrobit mladih ljudi i staratelja i da ojača kapacitete zajednice. Tim pristupom UNICEF želi da osigura sledeće aspekte:

- pružanje usluga mentalnog zdravlja bez stigmatizacije,
- dostupne i pristupačne usluge mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške,
- visokokvalitetnu podršku mentalnom zdravlju,
- u cilju smanjivanja stigme, podsticanje adolescenata i mladih da shvate da su problemi mentalnog zdravlja uobičajeni i izlečivi,
- svest među mladima i roditeljima o tome gde da potraže pomoć za probleme mentalnog zdravlja.

Slika 1. Bronfenbrennerov socio-ekološki model



Bronfenbrennerov socio-ekološki model pokazuje da mentalno zdravlje i psihosocijalno blagostanje deteta zavise od bezbroj faktora koji se nalaze u njegovom širem društvenom okruženju. Dete je u centru, u neposrednom okruženju porodice i staratelja, što se smatra veoma uticajnim sistemom. Ovaj sistem je usađen u određenu zajednicu i društvo u kome se porodica nalazi, a u okviru širih sistema, struktura, kultura i politika na nacionalnom i globalnom nivou. Iako manje poznat, socio-ekološki okvir takođe sadrži „hronosistem“ koji razmatra kada se događaji dešavaju, ali se ne fokusira na širenje uticaja i iskustava u različitim uzrastima i životnim fazama.

Program mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške deci, adolescentima i mladima u Srbiji je doživeo značajan razvoj od 2021. godine, sa fokusom na podršku mentalnom zdravlju i psihosocijalnom blagostanju dece, adolescenata i njihovih staratelja. UNICEF-ov okvir za ovaj program je multisektorski i zasniva se na socijalno-ekološkom modelu sa mladom osobom u centru koja je okružena porodicom i starateljima, vršnjačkom grupom, njihovim zajednicama i, konačno, društvom koje ima svoju kulturu i norme.

S tim u skladu UNICEF predlaže model piramide intervencija za mentalno zdravlje i psihosocijalne podrške, koji se prikazuje na Slici 2.

Slika 2. Piramida jačanja mentalnog zdravlja i službi i sistema psihosocijalne podrške
(UNICEF, 2022)



Omogućavanje podsticajnog i bezbednog okruženja — Politike i zakonodavstvo koje adresiraju sve determinante mentalnog zdravlja omogućavaju zaštitu prava dece i adolescenata od izazova u oblasti mentalnog zdravlja, štite ih od rizika i jasno definišu odgovornosti u različitim resorima, između ostalog i adekvatna finansijska izdvajanja. Politike i zakonodavstvo omogućavaju participaciju dece i adolescenata u procesima planiranja, sprovođenja, praćenja i evaluacije politika i programa, kao i u definisanju prioriteta problema u oblasti mentalnog zdravlja. Osim toga, obezbeđuju pristup osnovnim potrebama (hrana, voda, sklonište i zdravstvena zaštita) na način koji podržava mentalno zdravlje i psihosocijalnu dobrobit.

Univerzalna prevencija — Ovo podrazumeva jačanje protektivnih i smanjenje rizičnih faktora mentalnog zdravlja, jačanje kapaciteta dece, mladih i roditelja te jačanje mreža podrške radi očuvanja mentalnog zdravlja i dobrobiti. Univerzalna prevencija takođe podrazumeva bezbedno okruženje sa podrškom za učenje koje omogućava prosocijalno okruženje u kome su deca i mladi povezani, u kome dobijaju podršku i u kome nisu izloženi štetnim uticajima (svi oblici fizičkog ili psihičkog nasilja, povreda i zlostavljanja, diskriminacije i isključenja, zanemarivanja ili nemarnog tretmana, zlostavljanja ili eksploatacije, što obuhvata i seksualnu eksploataciju i zlostavljanje putem interneta).

Ciljana prevencija — Odnosi se na pružanje ciljanih intervencija koje sprovode obučeni profesionalci radi pružanja podrške u oblasti mentalnog zdravlja.

Supklinička nega (supklinički mentalni poremećaji i stanja mentalnog zdravlja) — Potrebna je kada deca i adolescenti pokazuju znakove ili simptome mentalnog ili psihološkog poremećaja koji su ispod kliničkog praga za postavljanje dijagnoze mentalnog poremećaja.

Klinička nega — Podrazumeva profesionalnu pomoć psihologa, psihijataru ili drugih lekara za kliničke mentalne poremećaje, što se odnosi na klinički dijagnostikovani poremećaj koji se obično postavlja prema klasifikacionim sistemima.

UNICEF, Institut za mentalno zdravlje i organizacija Orygen su razvili model minimalnog paketa usluga za pružanje direktne psihosocijalne podrške adolescentima i mladima koji imaju izazove u oblasti mentalnog zdravlja kroz tri bitna sektora: primarnu zdravstvenu zaštitu, obrazovanje i socijalnu zaštitu. Taj pristup prepoznaje važnost međusobne povezanosti sektorskih aktivnosti i pruža podršku mladima sa izazovima u oblasti mentalnog zdravlja. Osim toga, on popunjava neke praznine u sistemu, npr. podrška tzv. „sredini koja nedostaje“ — mladima kojima prevencija i rana intervencija na nivou zajednice nisu dovoljne, ali koji istovremeno *ne* ispunjavaju kriterijume za sekundarnu, tercijarnu ili akutnu negu. Za tu grupu treba razviti fleksibilne, pristupačne i kontinuirane usluge koje odgovaraju njihovim specifičnim potrebama. To su oni mladi čiji problemi prevazilaze osnovne veštine komunikacije i razumevanja i zahtevaju dodatnu obuku u oblasti mentalnog zdravlja, upravu onu koja se nudi ovim priručnikom.

Minimalni paket usluga za mlade kao podrška mentalnom zdravlju mladih

Minimalni paket usluga za mlade (MPUM) predstavlja inovativni model i odnosi se na skup međusektorskih intervencija koji pružaju profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja iz tri sektora radi pružanja direktne podrške u oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja deci i mladima na lokalnom nivou.

MPUM se fokusira na pružanje intervencija u zajednici i u oblasti zaštite mentalnog zdravlja za adolescente i mlade od 12 do 25 godina koji se suočavaju sa izazovima mentalnog zdravlja. Međutim, i mladi ljudi van tih uzrasta mogu imati koristi pa ih ne bi trebalo isključivati iz podrške koja se dobija u okviru minimalnog paketa usluga za mlade.

Korišćenjem resursa, negovanjem saradnje i primenom savremenih principa i praksi, MPUM se bavi sve većim potrebama mentalnog zdravlja mladih u Srbiji. Njegov višekomponentni pristup treba da stvori podsticajna okruženja u kojima mladi ljudi mogu napredovati i dobiti potrebnu podršku. MPUM podržava angažovanje profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja mladih kako bi bolje zadovoljili potrebe njihovog mentalnog zdravlja i blagostanja. On pruža jedinstven skup principa i preporučene psihosocijalne intervencije za mentalno zdravlje koji podržavaju mlade ljude u mnogim sektorima sa kojima mladi ljudi komuniciraju (sektor obrazovanja, zdravstvene zaštite i socijalne zaštite). To garantuje da adolescenti ili mladi ljudi dobijaju doslednu podršku bez obzira na to kojoj se lokalnoj instituciji obraćaju za pomoć (školi, domu zdravlja, ustanovi socijalne zaštite ili omladinskoj organizaciji).

Razvoj MPUM modela

Minimalni paket usluga treba da poboljša dostupnost odgovarajuće podrške mladima kroz tri sistema i da doprinese globalnom cilju UNICEF-a u razvoju sveobuhvatnih programa prevencije i zaštite mentalnog zdravlja za adolescente i mlade.

MPUM se zasniva na dve teorijske osnove: socio-ekološki model brige o mladima i kontinuitet brige. Njegov cilj je uspostavljanje pristupa uslugama mentalnog zdravlja i postavljanje minimalnih standarda za ove usluge u Srbiji, s fokusom na prevenciju i ranu intervenciju u svim sektorima. Inicijativa je u skladu sa Programom zaštite mentalnog zdravlja u Srbiji (2019–2026), koji naglašava važnost prevencije mentalnih bolesti i unapređenja usluga za adolescente i mlade, Strategijom razvoja obrazovanja i vaspitanja do 2030. godine i Strategijom za mlade u Republici Srbiji do 2030. godine.

U saradnji sa Institutom za mentalno zdravlje u Srbiji i međunarodnom organizacijom Orygen, UNICEF Srbija je pokrenuo razvoj i testiranje modela MPUM kako bi se odgovorilo na potrebe prevencije i zaštite mentalnog zdravlja adolescenata i mladih. Celokupan proces podržali su Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo prosvete i Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja i on je realizovan uz njihovu saradnju. Razvoj modela se sastoji od nekoliko faza: procene potreba profesionalaca u pružanju usluga mentalnog zdravlja mladih, razvoja oblika podrške, obuke profesionalaca, pilotiranja intervencija i evaluacije rezultata.

Slika 3. Razvoj modela MPUM



Nalazi početne analize činili su, zajedno sa savremenom teorijom i praksom, osnov za izradu modela i razvoj modela obuke koji je akreditovan. Glavni nalazi iz početne procene potreba ukazali su na značajne nedostatke u samopouzdanju i veštinama stručnjaka prilikom pružanja intervencija iz oblasti mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške adolescentima i mladima te na prepreke za kontinuirani profesionalni razvoj. Komponenta obuke u okviru minimalnog paketa usluga osmišljena je u saradnji sa profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja kako bi se ti nedostaci otklonili, a fokus je bio na izgradnji kapaciteta 196 profesionalaca iz sektora zdravstva, obrazovanja i socijalne zaštite. U okviru pilot-faze sprovedene su MPUM intervencije za adolescente u pet odabranih gradova (Subotica, Zrenjanin, Kragujevac, Užice i Novi Pazar), uz kontinuiranu mentorsku i supervizorsku podršku stručnjaka.

Posebno je važno to što je 99,2% profesionalaca koji su učestvovali u programu pilotiranja izrazilo pozitivno mišljenje o obuci, a 95,6% je smatralo da odgovara njihovim potrebama. Rezultati pilot-evaluacije su ukazali na statistički značajno povećanje društvene i radne funkcionalnosti i smanjenje simptoma depresije i anksioznosti kod adolescenata i mladih koji su učestvovali u programu.

Reference

- Arnett JJ, Zukauskienė R, Sugimura K. The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2014 Dec; 1(7): 569–76.
- Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press; 1979.
- Galagali PM, Brooks MJ. Psychological care in low-resource settings for adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020; 25(3): 698–711. doi: 10.1177/1359104520929741.
- Galvan A. The teenage brain: sensitivity to rewards. *Curr Dir Psychol Sci*. 2013; 22(2): 88–93. doi: 10.1177/0963721413480859.
- Geier CF, Terwilliger R, Teslovich T, Velanova K, Luna B. Immaturities in reward processing and its influence on inhibitory control in adolescence. *Cereb Cortex*. 2010; 20(7): 1613–29.
- Hall GS. Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education. 1844–1924. Dostupno na: <https://archive.org/details/adolescenceitps01hall/page/n5/mode/2up>
- Hathaway WR, Newton BW. Neuroanatomy, prefrontal cortex [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan — [cited 2024 Nov 19]. Dostupno na: <https://www.statpearls.com/>
- Henig R. What is it about 20-somethings? Why are so many people in their 20's taking so long to grow up? *New York Times*. 2010 Aug 18.
- Hwang K, Ghuman AS, Manoach DS, Jones SR, Luna B. Frontal preparatory neural oscillations associated with cognitive control: a developmental study comparing young adults and adolescents. *NeuroImage*. 2016. doi: 10.1016/j.neuroimage.2016.05.017.
- Hwang K, Velanova K, Luna B. Strengthening of top-down frontal cognitive control networks underlying the development of inhibitory control: a functional magnetic resonance imaging effective connectivity study. *J Neurosci*. 2010; 30(46): 15535–45.
- Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Bedirhan Ustün T. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20(4): 359–64.
- Khan L. Missed opportunities — A review of recent evidence into children and young people's mental health. Centre for Mental Health; 2016. Dostupno na: https://www.centreformentalhealth.org.uk/sites/default/files/2018-09/CentreforMentalHealth_MissedOpportunities.pdf
- Lerner RM, Israeloff R. *The good teen: Rescuing adolescence from the myths of the storm and stress years*. New York, NY: Stonesong Press Book/Crown; 2007.
- Lerner RM, Steinberg L. The scientific study of adolescent development: Past, present, and future. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development (volume 1)*. New York, NY: Wiley & Sons; 2009.
- Marić NP, Lazarević LJB, Priebe S, Mihić LJ, Pejović-Milovančević M, Terzić-Šupić Z, et al. Covid-19-related stressors, mental disorders, depressive and anxiety symptoms: a cross-sectional, nationally-representative, face-to-face survey in Serbia. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022; 31: e36.
- Ministarstvo omladine i sporta Republike Srbije. Strategija za mlade u Republici Srbiji za period od 2023. do 2030. godine. Dostupno na: <https://mto.gov.rs/extfile/sr/1814/Strategija%20za%20mlade%20u%20RS%20za%20period%20od%202023.%20do%202030.%20godine.pdf>
- Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije. Strategija razvoja obrazovanja u Republici Srbiji do 2030. godine. Dostupno na: https://prosveta.gov.rs/wp-content/uploads/2021/11/1-SROVRS-2030_MASTER_0402_V1.pdf
- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Program o zaštiti mentalnog zdravlja u Republici Srbiji za period 2019–2026 godine. Dostupno na: <https://www.zdravlje.gov.rs/tekst/343487/program-o-zastiti-mentalnog-zdravlja-u-republici-srbiji-za-period-2019-2026-godine-.php>
- Mitković Vončina M, Pešić D, Munjiza Jovanović A, Radovanović A, Pejović Milovančević M. Mentalno zdravlje mladih — psihosocijalne intervencije u srcu prevencije i tretmana. U: Zbornik radova X Foruma Instituta za mentalno zdravlje. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2023. str. 73–92.
- Padmanabhan A, Geier CF, Ordaz SJ, Luna B. Developmental changes in brain function underlying the influence of reward processing on inhibitory control. *Dev Cogn Neurosci*. 2011; 1(4): 517–29. doi: 10.1016/j.dcn.2011.06.004.
- Padmanabhan A, Luna B. Developmental imaging genetics: linking dopamine function to adolescent behavior. *Brain Cogn*. 2013; 83(3): 215–28. doi: 10.1016/j.bandc.2013.09.011.
- Petanjek Z, Judaš M, Šimić G, Radoš M, Rašin M, Uylings HBM, et al. Extraordinary neonatal synaptic spines in the human prefrontal cortex. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011; 108(32): 13281–6. doi: 10.1073/pnas.1105108108.
- Spielberg JM, Olino TM, Forbes EE, et al. Exciting fear in adolescence: does pubertal development alter threat processing? *Dev Cogn Neurosci*. 2014; 8: 86–95. doi: 10.1016/j.dcn.2014.01.004.
- Takesian AE, Hensch TK. Balancing plasticity/stability across brain development. *Prog Brain Res*. 2013; 207: 3–34. doi: 10.1016/B978-0-444-63327-9.00001-1.
- Telzer EH. Dopaminergic reward sensitivity can promote adolescent health: a new perspective on the mechanism of ventral striatum activation. *Dev Cogn Neurosci*. 2016 Feb; 17: 57–67. doi: 10.1016/j.dcn.2015.10.010. Epub 2015 Nov 24. PMID: 26708774; PMCID: PMC4727991.
- The State of the World's Children 2021 | UNICEF.
- UNICEF Office of Research — Innocenti. The adolescent brain: a second window of opportunity. Florence: UNICEF Office of Research — Innocenti; 2017.
- UNICEF. Brief on the Social Ecological Model. 2022. Dostupno na: <https://www.unicef.org/media/135011/file/Global%20multisectoral%20operational%20framework.pdf>
- UNICEF. Child and Adolescent Mental Health and Psychosocial Wellbeing across the Life Course. 2022. Dostupno na: <https://www.unicef.org>
- UNICEF. Global Multisectoral Operational Framework for Mental Health and Psychosocial Support of Children, Adolescents and Caregivers Across Settings. New York: UNICEF; 2022.
- WHO, UNICEF. Helping Adolescents Thrive Toolkit — Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund (UNICEF); 2021.
- WHO. Helping Adolescents Thrive HAT — Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. Geneva: World Health Organization; 2020.
- <https://www.unicef.org/serbia/media/23046/file/skup%20alata%20pomo%20C4%87%20adolescenti.pdf>
- <https://www.unesco.org/en/youth>
- Zakon o mladima Republike Srbije, <https://pravno-informacioni-sistem.rs/eli/rep/sgrs/skupstina/zakon/2011/50/1/reg>

Mentalno zdravlje mladih

U ovom poglavlju daju se glavne odrednice mentalnog zdravlja mladih, prikazuju se razvojne karakteristike adolescencije i navode se osnovni biološki, psihološki i socijalni zadaci razvoja mladih. Poglavlje prati razvoj ličnosti mlade osobe i glavne odrednice razvoja kroz razvojne zadatke. Mentalno zdravlje mlade osobe se posmatra kao kontinuum, od potpunog emocionalnog i socijalnog blagostanja, preko prolaznih teškoća koje se uobičajeno sreću i preko intenzivnijih problema u mentalnom zdravlju i psihosocijalnom funkcionisanju, pa do razvijenih mentalnih poremećaja koji mogu ozbiljno narušiti funkcionalnost. Prepoznavanje ranih znakova upozorenja na probleme i poremećaja mentalnog zdravlja kod mladih ljudi izuzetno je važno za pružanje pravovremene podrške i intervencije. Nažalost, mladi i njihovi odrasli od poverenja traže pomoć tek onda kada problemi već dobiju manifestaciju poremećaja. Zbog toga se u ovom poglavlju opisuju različita stanja koja se tiču poremećaja u domenu mentalnog zdravlja, sa kojima se profesionalci koji rade sa mladima mogu sretati, a koje je važno prepoznati i na koje treba reagovati podrškom.

Razvojne karakteristike mladih

Adolescencija je razvojni period koji obuhvata prelaz iz detinjstva u odraslo doba. Postoje različite podele adolescencije, a u savremeno doba njena definicija se širi pa obuhvata i tranzicioni period ka odraslom dobu (npr. rana adolescencija od 10 do 14 godina, srednja adolescencija od 15 do 17 godina, pozna adolescencija od 18 do 24 godine). Svaka od tih faza sadrži značajne telesne, psihološke i socijalne odlike, ali je centralna karakteristika svih formiranje identiteta. Pubertet označava fizičke promene poput rasta tela i razvoja sekundarnih polnih karakteristika i odnosi se na biološko sazrevanje. Adolescenti se suočavaju sa složenim zahtevima: da prihvate „novo“, polno zrelo telo, da razviju sposobnost kritičkog mišljenja i rešavanja problema, da steknu emocionalnu nezavisnost, da razviju sposobnost uspostavljanja zrelih odnosa sa vršnjacima itd. Ovaj period je izuzetno važan za formiranje identiteta i postavljanje osnovnih vrednosti i etičkih principa koji će ih voditi kroz odrasli život. Socijalno, adolescenti traže svoje mesto u društvu kroz školu, sportske aktivnosti, umetnost i druge socijalne kontekste.

Terminom doba stasavanja (*emerging adulthood*) označava se period razvoja od 18 do 25, a po nekima i do 29 godina. Pojam je prvi definisao Džefri Džensen Arnet 2000. godine. Prema Arnetu, sve osobe ovog uzrasta imaju pet zajedničkih karakteristika:

- istraživanje identiteta,
- nestabilnost u ljubavi, poslu i mestu stanovanja,
- fokus na sebe,
- osećaj „između“ — osoba je u tranziciji, nije ni adolescent ni odrasla osoba,
- mogućnosti i optimizam (u vezi sa svojim životom i ciljevima).

Razvojni zadaci adolescenata

Adolescencija je bitan period u životu mladih ljudi tokom kojeg se oni suočavaju sa nizom razvojnih zadataka koji su međusobno povezani i zajedno doprinose sveukupnom razvoju adolescenata. Ispunjavajući te zadatke, mladi stiču neophodne veštine i sposobnosti koje će im pomoći da postanu zrele i odgovorne odrasle osobe. Ovaj period tranzicije sa sobom nosi značajne fizičke, emocionalne i socijalne promene koje oblikuju identitet mladih i njihov odnos prema svetu. Podrška porodice, škole i šire zajednice je veoma važna za uspešan prolazak kroz ove faze razvoja. Roditelji, nastavnici, vršnjaci i druge osobe bliske adolescentu igraju vitalnu ulogu u pružanju emocionalne podrške te u vođenju i ohrabrivanju adolescenata dok se suočavaju sa izazovima i prilikama koje ovaj period nosi. Ako dobiju usmeravanje i podršku, mladi mogu da razviju samopouzdanje, izgrade zdrave odnose i steknu osećaj sigurnosti u svoju sposobnost da se suoče sa budućim životnim izazovima.

Razvojni zadaci adolescenata mogu se podeliti u tri glavne kategorije: biološki (fizički), psihološki (mentalni) i socijalni (odnosi i uloge). Ti zadaci se prikazuju Tabeli 1. Svaka od kategorija podrazumeva specifične ciljeve i izazove koje mladi treba da prevaziđu kako bi postigli sveobuhvatan razvoj.

Tabela 1. Razvojni zadaci u adolescenciji

Biološki (fizički) razvojni zadaci	
Zadatak	Opis
Fizičke promene tela povezane sa pubertetom	Tokom adolescencije mladi prolaze kroz značajne fizičke promene poput povećanja visine, promena u telesnoj težini, povećanja mišićne mase i redistribucije masnog tkiva.
Razvoj mozga	Mozak adolescenta prolazi kroz važne procese kao što su sinaptičko orezivanje (proces uklanjanja suvišnih sinapsi), mijelinizacija (proces oblaganja nervnih vlakana mijelinom, što poboljšava prenos nervnih impulsa), stavljanje limbičkog sistema pod kontrolu prefrontalnog korteksa i pojačavanje povezanosti između različitih delova mozga.
Polno sazrevanje	Hormonske promene igraju glavnu ulogu u razvoju polnih karakteristika i polnog sazrevanja.
Psihološki (mentalni) razvojni zadaci	
Zadatak	Opis
Intelektualni razvoj	Adolescencija je vreme kada mladi razvijaju svoje kognitivne sposobnosti, između ostalog i kritičko mišljenje.
Razvoj veština odlučivanja i rešavanja problema	Adolescencija je period kada mladi stiču važne veštine koje će im pomagati u donošenju odluka i rešavanju svakodnevnih problema.
Razvoj regulacije emocija	Mladi uče kako da prepoznaju i razumeju svoje emocije i kako da upravljaju njima, što je veoma važno za emocionalno zdravlje i stabilnost.

Psihološki (mentalni) razvojni zadaci	
Zadatak	Opis
Razvoj doživljaja identiteta	Mladi istražuju i formiraju identitet, što podrazumeva i lične vrednosti, verovanja i ciljeve. Ovo je period samootkrivanja i razvoja samosvesti te vreme kada mladi istražuju i razvijaju seksualni identitet i intimne odnose („kapacitet za intimnost“).

Socijalni razvojni zadaci (odnosi i uloge)	
Zadatak	Opis
Povećanje nezavisnosti od porodice	Mladi postaju sve nezavisniji od roditelja i porodice i razvijaju sopstvene stavove i vrednosti.
Razvijanje odnosa sa vršnjacima i izgradnja mreže podrške	Formiranje i održavanje prijateljstava i odnosa sa vršnjacima postaje veoma važno jer mladi razvijaju veštine saradnje, komunikacije i empatije prvenstveno kroz grupu vršnjaka.
Povećanje prava i odgovornosti	Mladi preuzimaju sve veće odgovornosti i dobijaju veća prava, što obuhvata i obaveze u školi, kod kuće, u društvenim aktivnostima.
Uloga i mesto u široj zajednici	Mladi istražuju svoju ulogu u zajednici, npr. učestvujući u društvenim aktivnostima (volontiranje, protesti i sl.).
Intimnost i seksualnost	Adolescencija je vreme kada mladi istražuju i razvijaju svoj seksualni identitet i intimne odnose („kapacitet za intimnost“).

Kognitivni razvoj u adolescenciji. Kognitivni razvoj tokom adolescencije može se podeliti na tri glavne faze: 10–13 godina, 14–17 godina i posle 17. godine. Svaka od tih faza ima specifične karakteristike koje odražavaju kako se kod mladih ljudi razvijaju razmišljanje, razumevanje sveta i sposobnosti za donošenje odluka. U Tabeli 2 prikazuju se glavni aspekti kognitivnog razvoja u svakoj fazi.

Tabela 2. Faze kognitivnog razvoja u adolescenciji

Faza	Karakteristike
10–13 godina	Mladi još uvek razmišljaju prilično konkretno. Njihovo razumevanje suptilnosti je ograničeno, što znači da mogu imati poteškoće u shvatanju složenih ideja ili apstraktnih pojmova. Često sanjare i maštaju, što je normalan deo razvoja. Takođe, mogu imati poteškoće u prepoznavanju kako njihovo trenutno ponašanje može uticati na budućnost. U ovoj fazi mladi često pokazuju interesovanje za konkretne i neposredne aktivnosti i događaje.
14–17 godina	Adolescenti počinju da razmišljaju racionalnije. Postaju zabrinuti za svoju ličnu slobodu i sposobni su da prihvate više odgovornosti. Počinju da preuzimaju veću odgovornost za svoje postupke, i u obrazovnom okruženju i unutar porodice. Sposobni su da bolje razumeju posledice svojih postupaka i kako njihove odluke mogu uticati na druge. Ovu fazu odlikuje više promišljanja, što adolescentima omogućava da razvijaju dublje razumevanje sveta oko sebe.

Faza	Karakteristike
Posle 17. godine	Mladi razvijaju duži raspon pažnje i sposobnost za apstraktnije razmišljanje. Njihova sposobnost da sintetizuju informacije i primenjuju ih na sebe značajno se povećava. Sposobni su da razmišljaju o budućnosti i da predviđaju posledice svojih postupaka. U ovoj fazi mladi postaju svesniji svojih ciljeva i sposobni su da planiraju dugoročno. Takođe, kod njih se razvija veće samopouzdanje u sopstvene sposobnosti i kompetencije.

Moralni razvoj. Razvoj razumevanja morala i moralnog ponašanja počinje od najranijeg uzrasta i pod uticajem je različitih faktora, npr. porodice, vršnjačke grupe, škole, medija i dr. Tokom procesa vaspitanja mladi usvajaju sposobnost da razlikuju dobro i loše, da na osnovu toga donose odluke i kada su one teške te usvajaju norme koje će u nekom trenutku postati lične vrednosti kojima oni teže svojim ponašanjem zbog uverenja u sopstvenu ulogu u društvenom životu, a ne zbog neprijatnih posledica ako se te norme prekrše. Razvoj moralnosti podrazumeva razvoj sposobnosti za posmatranje okolnosti iz perspektive drugih; nakon perioda detinjstva, razumevanje moralnosti je manje crno-belo, a više predstavlja lični izbor koji se ne zasniva samo na strahu od negativnih posledica, pa mladi počinju da doživljavaju moralna pravila više kao društvene smernice korisne za kolektiv, a manje kao kruti i nametnuti imperativ.

Primeri moralnih dilema

- *Pronašao si novčanik pun para — da li ćeš ga vratiti vlasniku ili ćeš zadržati novac?*
- *Učenik je prepisivao za vreme testa — da li ćeš ga prijaviti nastavniku ili ćeš ignorisati to?*
- *Polomio si komšijin prozor — da li ćeš priznati štetu ili ćeš se praviti da nisi ti to uradio?*
- *Našao si izgubljeni telefon — da li pokušati da pronađeš vlasnika ili ćeš zadržati telefon?*
- *Bio si svedok nasilja u školi — da li ćeš prijaviti događaj ili ćeš ćutati iz straha?*

Razvojni zadaci u periodu posle 18. godine. Kao što je spomenuto, razvojno doba se ne završava ulaskom u punoletstvo, iako mlada osoba stiče punu zakonsku samostalnost i odgovornost. Istraživanja pokazuju da se i u periodu od 18 do 25 godina (po nekim autorima i do 29 godina) u domenu ličnosti, sazrevanja mozga i telesnih promena nastavlja proces koji je započeo u prethodnim fazama razvoja. Kada je u pitanju *ličnost*, nastavlja se razvoj identiteta i autonomije, a javljaju se i nove socijalne uloge i veštine važne za formiranje porodice i egzistencijalnu nezavisnost u budućnosti. Dalji *razvoj mozga* omogućava unapređenje ponašanja orijentisanog na budućnost (anticipacija pozitivnih i negativnih potkrepljenja u budućnosti) tako da mlada osoba sve više može da izdrži i kontroliše svoje impulse zarad odloženog cilja (što je u ranijoj fazi adolescencije predstavljalo problem). Kada su u pitanju *telesne promene*, one se dešavaju i u ovom uzrastu na suptilnom nivou — rekompozicija tela, kompletiranje rasta i postizanje snage. Važno je imati na umu da je mlada osoba i u ovom periodu ranjiva, jer je izložena kompleksnim zahtevima okoline i odgovornostima koje dobija, a da još uvek stiče veštine potrebne za odraslo doba, pa treba obratiti pažnju na mentalno zdravlje, eventualne znake upozorenja i omogućiti podršku ako je potrebna.

Fenomen „iskoristi ili izgubi”: kako mozak sazreva kroz mijelinizaciju i sinaptičko orezivanje

Ljudski mozak je „procesor” koji upravlja gotovo svim ljudskim aktivnostima. On je čitavog života „plastičan”, što znači da ne prestaje da se menja odnosno prilagođava uslovima životne sredine radi opstanka i ostvarenja ciljeva čoveka. Ta plastičnost omogućena je vezama, odnosno „sinapsama” između nervnih ćelija (neurona), koje se mogu stvarati, menjati i iščezavati. Plastičnost mozga najizraženija je u periodu

razvoja. U prvim godinama života neuronske sinapse formiraju se izuzetnom brzinom (700–1000 sinapsi u sekundi), a pod dejstvom različitih iskustava sa kojima se dete susreće. Tokom daljeg razvoja, kada prođe vrhunac formiranja sinapsi, upravo u adolescenciji, mozak ima novi zadatak — da te sinapse organizuje tako što će zadržati i osnažiti one koje su najpotrebnije za adaptaciju (one koje se više koriste u aktivnostima), a oslabiti i eliminisati one koje su manje potrebne (one koje se manje koriste ili ne koriste). Princip „iskoristi ili izgubi” (*use it or lose it*) upravo je razlog zašto funkcionisanje i iskustva u adolescentnom periodu imaju izuzetan značaj, ali i zašto se baš u tom periodu mogu pojaviti različiti izazovi i problemi u domenu mentalnog zdravlja.

Dva vrlo dinamična procesa u adolescenciji koja prate navedeni princip zajednički omogućavaju da se nervne ćelije što efikasnije povežu, da se mozak što više prilagodi zahtevima okruženja i da se formiraju funkcionalne veštine u različitim domenima. *Mijelinizacija* je proces kojim se nervna vlakna oblažu mijelinskim omotačem, a taj omotač pomaže u jačanju i ubrzavanju prenosa nervnih impulsa, odnosno informacija kroz nervni sistem. To je naročito važno za sinapse koje se često koriste, jer ih čini produktivnijim i otpornijim na oštećenja. Mijelinizacija napreduje od rođenja, preko uzrasta od šest godina, do adolescencije, čime se povećava efikasnost neuronskih veza. *Sinaptičko orezivanje* je proces kojim mozak eliminiše suvišne sinapse, odnosno veze između neurona koje se ne koriste dovoljno često. Taj proces omogućava mozgu da se adekvatnije prilagodi okruženju tako što će uklanjati neefikasne veze i jačati one koje su bitne za svakodnevno funkcionisanje.

U skladu sa navedenim, korišćenje mozga na produktivan način pomaže u jačanju i mijelinizaciji korisnih veza, dok nekorišćenje dovodi do eliminacije i orezivanja veza koje se ne prepoznaju kao korisne. To će omogućiti mladima da se bolje nose sa izazovima i prilagode okruženju. Upravo zbog toga je izuzetno važno da adolescenti dobijaju stimulaciju kroz edukativne i kreativne aktivnosti koje promovišu kognitivni razvoj. Iz istog razloga, ako postoje izazovi u ponašanju i mentalnom funkcionisanju adolescenta, suštinski značaj ima i rana intervencija, jer pomaže u oblikovanju mozga na produktivan način pre nego što se završe glavni procesi razvoja.

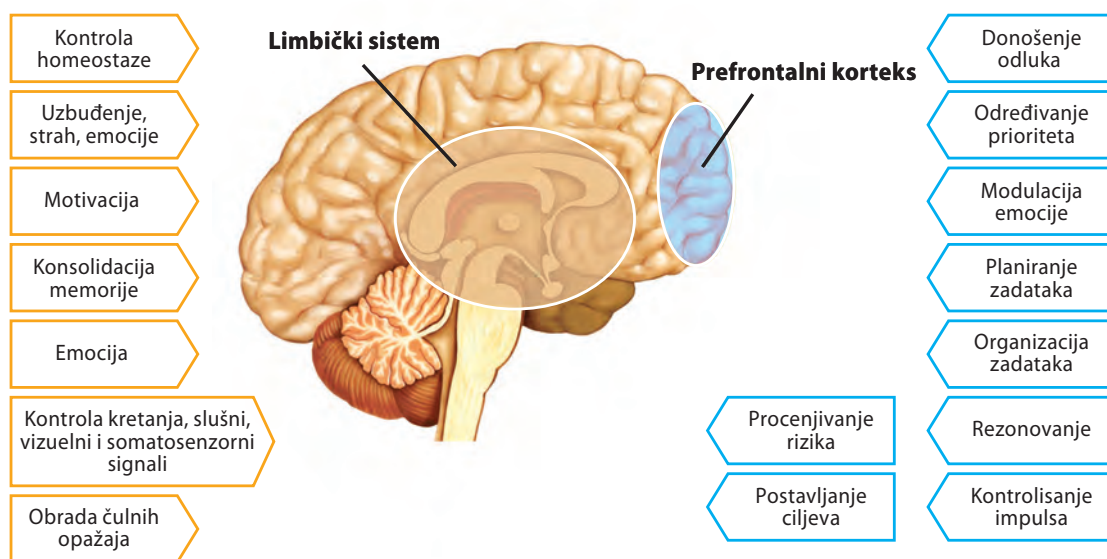
Adolescentni mozak i kontrola emocija

Na uzrastu od dvanaest godina mozak je već razvijen do određene mere, ali veze između različitih regiona mozga, zaduženih za različite funkcije, još uvek su u procesu formiranja i osnaživanja. Do tridesete godine mozak dostiže visok nivo organizacije i efikasnosti, a veze između različitih regiona mozga su brojnije i snažnije, što omogućava sinhronizovanje različitih funkcija i rezultuje boljim upravljanjem emocijama, kompleksnijim razmišljanjem i obradom informacija, adekvatnijim donošenjem odluka i poboljšanom sposobnošću rešavanja problema. Taj proces je veoma značajan za postizanje pune mentalne zrelosti i emocionalne stabilnosti.

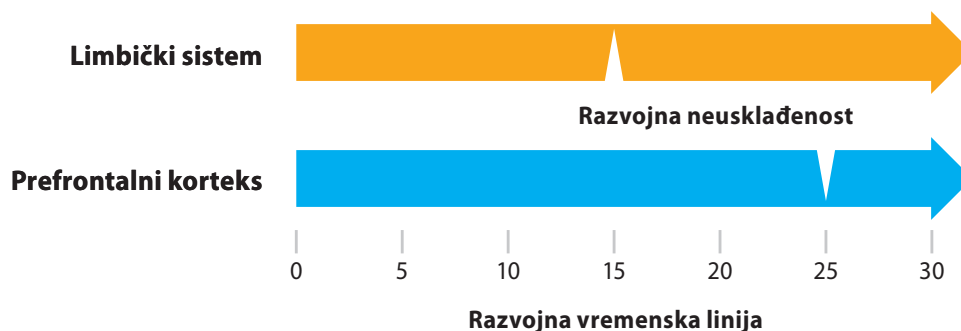
Kada je u pitanju upravljanje emocijama, ono je optimalno kada postoji odgovarajuća ravnoteža između aktivnosti dela mozga koji produkuje emocije i motive (limbičkog sistema) i dela mozga koji uspostavlja racionalnu kontrolu (prefrontalni korteks).

U adolescenciji dolazi do specifične diskrepancije u razvoju ova dva regiona, što dovodi do otežanog upravljanja intenzivnim emocionalnim stanjima. Limbički sistem, odgovoran za emocije, motivaciju i memoriju, postaje osetljiviji na nagradu. Ta povećana osetljivost podstiče adolescente na traženje novih iskustava i intenzivnije stimulacije, što možemo posmatrati kao želju za „brzom vožnjom” ili „gasom”. S druge strane, prefrontalni korteks, odgovoran za donošenje odluka, planiranje i kontrolu impulsa, sazreva kasnije nego limbički sistem. Taj deo mozga, koji možemo smatrati „kočnicom”, još uvek nije potpuno razvijen u adolescenciji, što dovodi do vremenske neusaglašenosti između emocionalnog „gasa” i kognitivnih „kočnica”.

Slika 4. Funkcije limbičkog sistema i prefrontalnog korteksa (Orygen, 2022)



Slika 5. Nesklad u razvoju limbičkog sistema i prefrontalnog korteksa (Geidd, 2015; Orygen, 2022)



Vremenska neusaglašenost između sazrevanja limbičkog sistema i prefrontalnog korteksa (između „gasa” i „kočnica”) može dovesti do impulsivnog ponašanja, donošenja rizičnih odluka i pojačanih emocionalnih reakcija. Prefrontalni korteks, čija se mijelinizacija dešava najkasnije, postepeno preuzima kontrolu nad limbičkim sistemom. Razumevanje tih razvojnih specifičnosti može pomoći odraslima koji su u kontaktu sa adolescentima da bolje razumeju mlade ljude i da im pruže bolju podršku tokom ovog izazovnog perioda, a ne da impulsivnost vide kao „bezobrazluk”.

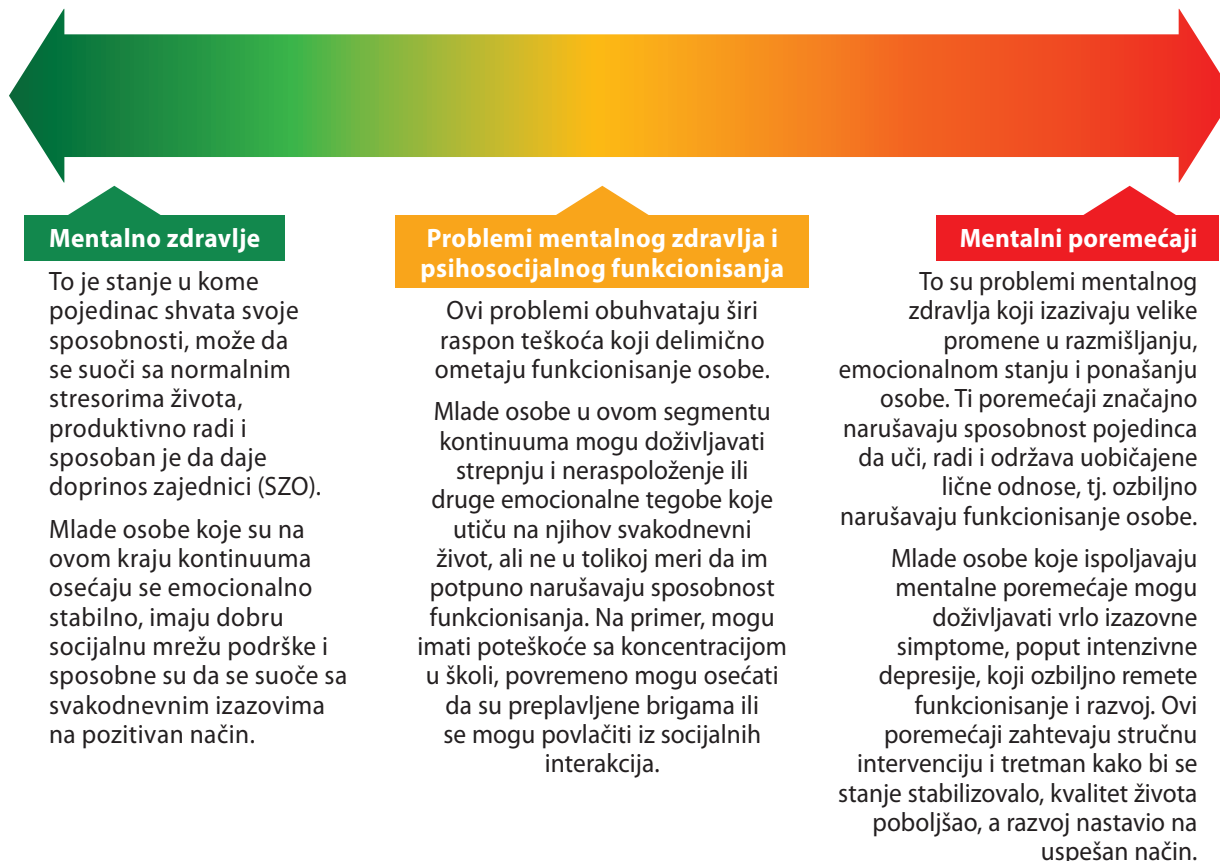
Kontinuum mentalnog zdravlja i efekti prevencije i ranih intervencija u oblasti mentalnog zdravlja

Mentalno blagostanje i kontinuum mentalnog zdravlja

Mentalno blagostanje je stanje u kome pojedinac shvata svoje sposobnosti, može da se suoči sa normalnim stresorima života, može produktivno da radi i sposoban je da daje doprinos zajednici. To znači da osoba može da uspostavi ravnotežu između različitih aspekata svog života, da održava zdrav odnos prema sebi i drugima te da uspešno upravlja izazovima i pritiscima koje život nosi. Svetska zdravstvena organizacija naglašava da je zdravlje stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti. Drugim rečima, mentalno blagostanje je bitan deo ukupnog zdravlja i treba ga pažljivo negovati i održavati. Negovanje mentalnog blagostanja znači rad na razvijanju i održavanju zdravih mentalnih i emocionalnih navika. To podrazumeva prepoznavanje i korišćenje svojih sposobnosti, suočavanje sa stresom na zdrav način, postizanje ravnoteže između obaveza i slobodnog vremena, održavanje dobrih odnosa sa drugima i davanje doprinosa zajednici.

Tokom razvojnog perioda, mladi na putu ka odraslom dobu doživljavaju različite emocionalne teškoće; oni vremenom nauče kako da ih prevaziđu i kako da se prilagode zahtevima odrastanja. Većina mladih, dakle, prođe kroz različite teškoće, a da se kod njih ne razviju značajniji problemi mentalnog zdravlja.

Slika 6. Kontinuum mentalnog zdravlja



Mentalno zdravlje, stoga, baš kao i fizičko zdravlje, treba posmatrati kao *kontinuum* koji se kreće od potpunog emocionalnog i socijalnog blagostanja („dobrog mentalnog zdravlja“), preko prolaznih teškoća koje se uobičajeno sreću i preko intenzivnijih problema u mentalnom zdravlju i psihosocijalnom funkcionisanju, pa do razvijenih mentalnih poremećaja koji mogu ozbiljno narušiti funkcionalnost. Razumevanje ovog kontinuumu je veoma važno za pružanje odgovarajuće podrške mladima i pravovremeno prepoznavanje problema. Ovaj kontinuum može se podeliti na tri glavna segmenta: mentalno zdravlje, problemi mentalnog zdravlja i mentalni poremećaji.

Važno je naglasiti da mentalno zdravlje mlade osobe nije presek u jednoj vremenskoj tački, već se može posmatrati kao spektar iskustava koja svako može da doživi u nekom trenutku života. Izazovi u domenu mentalnog zdravlja mogu se javiti u različitom intenzitetu i mogu se menjati pod uticajem različitih faktora, npr. stresnih životnih događaja. Splet pozitivnih i negativnih iskustava različito će uticati na svaku mladu osobu jer to zavisi od sklopa mlade ličnosti i podrške u okruženju (koji su u stalnoj interakciji). Po sličnom mehanizmu na mlade odnosno na njihovo mentalno zdravlje mogu uticati i intervencije.

Zašto je važno unapređivati mentalno blagostanje i pružati podršku za izazove mentalnog zdravlja?

Mentalno blagostanje mladih ima suštinski značaja za njihov razvoj i budućnost. Nažalost, izazovi sa mentalnim zdravljem mogu dovesti do negativnih posledica koje značajno utiču na kvalitet njihovog života. Takvi izazovi su, na primer:

- zloupotreba psihoaktivnih supstanci — mladi koji se bore sa mentalnim problemima često traže utehu u alkoholu ili drogama, što može dovesti do zavisnosti i dodatnih zdravstvenih problema;
- lični i porodični problemi — problemi sa mentalnim zdravljem mogu izazvati konflikte u porodici, probleme u prijateljstvima i teškoće u održavanju zdravih odnosa,
- problemi u školi — mladi sa mentalnim teškoćama često imaju problema sa koncentracijom, motivacijom, a onda i sa uspehom u školi, što može uticati na njihov akademski uspeh i buduće mogućnosti u životu,
- nezaposlenost ili smanjena radna sposobnost — mentalne teškoće mogu otežati mladima pronalaženje i zadržavanje posla, što vodi ka finansijskoj nestabilnosti i smanjenoj radnoj sposobnosti,
- društvena izolacija — mladi sa mentalnim problemima često se povlače iz društva i izbegavaju prijatelje i aktivnosti koje su nekada voleli, što može dodatno pogoršati njihovo stanje,
- smanjen kvalitet života — sve ove teškoće zajedno doprinose smanjenju ukupnog kvaliteta života, jer svakodnevne aktivnosti postaju teške i donose manje zadovoljstva,
- pravni problemi — neki mladi se zbog mentalnih problema mogu upustiti u rizična ili ilegalna ponašanja, što može dovesti do sukoba sa zakonom.

Zbog svega navedenog treba posvetiti punu pažnju unapređenju mentalnog blagostanja i pravovremenom prepoznavanju izazova u mentalnom zdravlju te pružanju podrške kako bi se mlada osoba vratila na funkcionalni put.

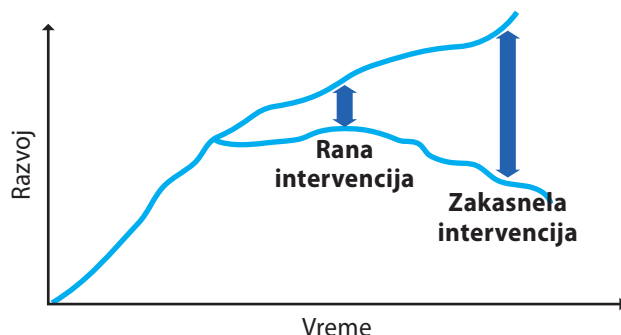
Rane intervencije: ključ za bolje ishode

Izazovi u domenu mentalnog zdravlja u adolescenciji mogu imati dvostruki negativni efekat, što čini situaciju složenijom nego u odraslom dobu. Izazovi ne samo da se negativno odražavaju na aktuelno funkcionisanje mlade osobe već nepovoljno utiču i na samu razvojnu putanju i kasniju funkcionalnost. Takav rizik ne nose samo formirani ozbiljniji problemi mentalnog zdravlja, već i blaže tegobe (ispod praga

za nivo mentalnog poremećaja) koje su povezane sa visokim nivoom psihološke trpnje, narušenim kvalitetom života i potrebom za korišćenjem usluga nadležnih službi.

Pravovremena/uvremenjena intervencija u mentalnom zdravlju mladih može znatno poboljšati ishode i sprečiti razvoj ozbiljnijih problema i njihovih negativnih efekata. Ona omogućava manje odstupanje od razvojne putanje, što znači da osoba može brže da se vrati na prethodni nivo funkcionisanja i napredovanja. S druge strane, zakasnela intervencija može dovesti do značajnijeg odstupanja u razvojnoj putanji, što znači da kada se problemi ne prepoznaju i ne tretiraju na vreme, mlada osoba može doživeti ozbiljnije poteškoće i biće potrebno više vremena i napora da se ona oporavi, jer je potrebno ne samo da dođe do smanjenja tegoba već i do nadoknade „gubitka“ u razvoju, odnosno do sustizanja razvojne putanje. Pravovremeno prepoznavanje i rešavanje problema mentalnog zdravlja, dakle, ne samo da sprečava ozbiljnije posledice već omogućava mladima da nastave sa zdravim i produktivnim razvojem i životom.

Slika 7. Efekti ranih intervencija na razvojnu putanju (Orygen, 2022)



Model MPUM je razvijen kao inicijativa za ranu intervenciju jer se fokusira na prepoznavanje i rešavanje prvih izazova u oblasti mentalnog zdravlja kod adolescenata i mladih, pre nego što se oni razviju u ozbiljnije probleme. Sprovođenjem preventivnih mera i pružanjem pravovremene podrške, MPUM pomaže da se smanji rizik od dugoročnih mentalnih poteškoća i promoviše opšte blagostanje. Rane intervencije u okviru MPUM omogućavaju da adolescenti dobiju potrebnu negu i smernice tokom važnih faza razvoja, što dovodi do boljih ishoda u pogledu mentalnog zdravlja i poboljšava njihovu sposobnost da napreduju i u ličnom i u akademskom životu. Takav proaktivni pristup ne koristi samo pojedincima koji su direktno uključeni, već i zdravijim zajednicama tako što smanjuje opterećenost usluga mentalnog zdravlja i promoviše kulturu mentalnog blagostanja od ranog uzrasta.

Rani znaci upozorenja i problem mentalnog zdravlja

Prepoznavanje ranih znakova upozorenja na probleme odnosno poremećaje mentalnog zdravlja kod mladih ljudi izuzetno je važno za pružanje pravovremene podrške i intervencije. Svaka nagla promena ponašanja, svaki problem u svakodnevnom funkcionisanju u školi (neobjašnjivi pad uspeha) i porodici, svaka promena koja traje duže od dve nedelje može predstavljati znak upozorenja:

- doživljaj zabrinutosti ili iznenadne panike — mladi koji stalno brinu ili su često nervozni mogu pokazivati prve znake mentalnih problema,
- osećanje neraspoloženja/nezadovoljstva — produženi periodi bezrazložne tuge, bezvoljnosti ili gubitka interesovanja za aktivnosti koje su ranije bile prijatne,
- doživljaj krivice ili bezvrednosti — konstantno osećanje krivice, doživljaja lične bezvrednosti ili samokritike,
- česti neobjašnjivi bolovi (glavobolje, bolovi u stomaku),
- emocionalni ispadi — česti i intenzivni emocionalni ispadi, npr. bes, plač ili izuzetno laka frustracija, mogu ukazivati na probleme u upravljanju emocijama,
- problemi sa spavanjem — poteškoće u uspavlivanju, često buđenje tokom noći ili previše spavanja,
- promene u težini ili promene apetita — naglo mršavljenje ili gojenje te promene apetita mogu ukazivati na poremećaje ishrane ili emocionalne probleme,
- povučenost, mladi postaju neobično tihi — ako mlada osoba iznenada postane povučena, izbegava društvo ili je neobično tiha, to može biti znak da nešto nije u redu,
- više *acting out* ponašanja — npr. sukobi sa zajednicom, vršnjacima, druga agresivna ponašanja (ljutnja, bes),
- zloupotreba supstanci — korišćenje alkohola, droga ili drugih supstanci često je način na koji mladi pokušavaju da se nose sa emocionalnim bolom.

U skladu sa kontinuumom mentalnog zdravlja, mladi mogu tokom svog razvojnog puta imati poteškoće koje su prolazne i blage, ili dugotrajnije i intenzivnije, odnosno teškoće koje manje ili više ometaju njihovo funkcionisanje. Pružanje podrške mentalnom zdravlju odnosno psihosocijalne podrške, međutim, ne zahteva da se prethodno postavi medicinska dijagnoza. Potrebno je samo prepoznati da teškoće postoje, kakva je njihova priroda, kako utiču na funkcionalnost i u skladu sa tim pružiti podršku u okviru različitih sistema (tu podršku pružaju stručnjaci iz profesija kojima je namenjena ova publikacija) ili uputiti mlade specijalizovanim službama zaštite ako nivo disfunkcionalnosti to zahteva. O tome će biti više reči kasnije u ovoj publikaciji.

Važno je da profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji pružaju podršku mladima u različitim sektorima prepoznaju znake teškoća i omoguće pružanje pravovremene podrške kako bi se aktuelni nepovoljni efekti na funkcionalnost što pre otklonili i kako se problemi ne bi produbljivali i intenzivirali.

U nastavku se opisuju različita stanja koja se tiču poremećaja iz domena mentalnog zdravlja, sa kojima se profesionalci koji rade sa mladima na lokalni i u različitim sistemima najčešće sreću, a koje je važno prepoznati i na koje treba reagovati podrškom. Postavljanje dijagnoze je delatnost zdravstvenog sistema, ali prepoznavanje znakova problema mentalnog zdravlja je obaveza svih koji su posvećeni radu sa mladima; mentalno zdravlje je mnogo više od pukog zdravlja i obuhvata funkcionalnost mlade osobe i u obrazovnom i u društvenom sistemu uopšte. Informacije o ovim problemima mentalnog zdravlja i primeri koji ih prate navode se radi što boljeg prepoznavanja stanja i razumevanja kako se može pomoći psihosocijalnom podrškom i upućivanjem specijalizovanim službama. Osim toga, ovaj prikaz problema mentalnog zdravlja može pomoći profesionalcima iz sektora obrazovanja i socijalne zaštite da pruže prilagođenu podršku i obezbede punu inkluzivnost adolescentima i mladima koji imaju dijagnostikovane poremećaje u oblasti mentalnog zdravlja i leče se u okviru zdravstvenog sistema.

Problemi sa raspoloženjem

Tuga i pad raspoloženja predstavljaju sastavni deo emocionalnog života svake ličnosti koja zdravo funkcioniše. Ako postoje razlozi za to, tuga se javi kao prirodni odgovor, obradi se i prođe, a osoba se vrati uobičajenom toku funkcionisanja. Međutim, moguć je i problematični pad raspoloženja praćen određenim skupom tegoba, koji ne prolazi brzo i koji narušava svakodnevno funkcionisanje mlade osobe. Najčešći problem sa raspoloženjem mladih predstavljaju tegobe iz spektra depresije, kada se mlade osobe osećaju beznačajno i nemaju volje da obavljaju aktivnosti koje su ih nekada radovala. Depresija nije samo trenutna tuga ili prolazno loše raspoloženje, već ozbiljno stanje koje zahteva pažnju, odgovarajuću podršku i, u slučaju težeg intenziteta, specijalizovani tretman, naročito zbog opasnosti od samoubistva. Ne postoji samo jedan uzrok depresije i ona se ponekad javlja bez povoda, ali može predstavljati i reakciju na određene životne događaje. Kao i kod većine problema mentalnog zdravlja, depresiju mogu izazvati različiti faktori, npr. genetska predispozicija, telesna bolest, stresni životni događaji. Kod mladih ljudi čiji članovi porodice imaju ovaj problem postoji veća verovatnoća da ga i sami imati, što ne znači da će se to sigurno desiti, ali može predstavljati faktor rizika koji treba uzeti u obzir.

Intervencije mogu značajno smanjiti ili eliminisati teškoće koje prate depresiju. Ako su problemi blaži, od pomoći može biti podrška u vidu osnovnih psihosocijalnih intervencija zasnovanih na dokazima (koje će biti prikazane u ovoj publikaciji i mogu se primenjivati u različitim sektorima) te klasičan psihoterapijski tretman (koji je za sada slabo dostupan u javnim sektorima u našoj zemlji). Ako to ne pomogne ili ako postoje intenzivnija ispoljavanja tegoba iz spektra depresije, potrebni su psihijatrijska procena i tretman koji pored psihosocijalne podrške može podrazumevati lekove, a ponekad i hospitalizaciju.

Rano prepoznavanje znakova depresije i rane intervencije mogu pomoći mladima da se oporave i da vode ispunjen i produktivan život. Važno je napomenuti da depresija ne predstavlja uobičajeni deo odrastanja ili adolescencije i zato je treba shvatiti ozbiljno. Mladi ljudi koji pokazuju znakove depresije treba da dobiju podršku kako bi što pre počeli da se osećaju bolje. Razumevanje depresije i prepoznavanje njenih znakova izuzetno je važno za pružanje odgovarajuće pomoći i sprečavanje ozbiljnijih problema u budućnosti.

Znaci depresije

Depresija se može manifestovati i prepoznati kroz misli, osećanja, ponašanja i telesne simptome, koji traju bar dve nedelje.

Misli. Mladi sa depresijom često imaju negativne misli o sebi, svetu i drugima. Mladi ljudi mogu se čuti kako govore da „ništa nema smisla“ i „sve što radim je pogrešno“. Pesimistični pogled na svet može ih dovesti do doživljaja da ih drugi ljudi ne razumeju ili ne podržavaju. Takođe, depresija može značajno uticati na kognitivne funkcije i otežati mladima da se koncentrišu na školske zadatke ili da pamte informacije. Mladi često izražavaju misli o besmislenosti života i mogu imati suicidalne misli, što je alarmantan znak koji zahteva hitnu pažnju.

Osećanja. Osnovno osećanje tuge često je prisutno kod mladih sa depresijom, zajedno sa osećanjem uznemirenosti i anksioznosti. Međutim, mladi mogu umesto tipične tuge pokazivati povećanu razdražljivost i neprijateljstvo prema okolini. Emocionalna otupljenost može ih dovesti do doživljaja praznine, gde ne mogu da dožive zadovoljstvo ili radost. Intenzivni doživljaji krivice i stida su česti, neretko bez stvarnog povoda, i dodatno pogoršavaju njihovo emocionalno stanje.

Telesne manifestacije. Depresiju često prate fizička iscrpljenost i stalni osećaj umora, bez obzira na količinu odmora. Kod mladih sa depresijom mogu se javiti izražena bezvoljnost i smanjen interes za seksualne aktivnosti, što može predstavljati deo šireg gubitka interesa za sve aktivnosti. Oni se generalno ne osećaju dobro i imaju opšti osećaj lošeg fizičkog stanja, npr. glavobolje, bolove u stomaku i druge somatske

simptome. Problemi sa spavanjem su česti, što obuhvata i nesanicu ili hipersomniju (prekomerno spavanje). Nagli gubitak ili dobitak na težini zbog promena u apetitu može predstavljati fizički znak depresije.

Ponašanja. Mladi ljudi koji imaju depresiju često se upuštaju u rizična ponašanja, što predstavlja način na koji se oni nose sa neprijatnim osećanjima (npr. nepažljiva vožnja, eksperimentisanje sa supstancama ili sa rizičnim polnim odnosima). Socijalna povučenost se takođe često javlja — mladi izbegavaju interakcije sa prijateljima, izostaju iz škole i izbegavaju druge aktivnosti. Korišćenje alkohola ili droga može biti pokušaj mladih da se nose sa depresijom, ali to često vodi u dalju izolaciju i pogoršanje stanja. Gubitak interesa za aktivnosti koje su nekada bile zanimljive, poput hobija, sporta ili druženja, dodatno komplikuje njihovu situaciju. Česti emocionalni ispadi ili izražavanje tuge kroz agresivno ponašanje mogu biti znakovi dubokog unutrašnjeg bola.

Depresija mladih se može manifestovati *različito nego kod odraslih*, što otežava prepoznavanje njenih znakova. Dok odrasli često pokazuju jasne znake pada raspoloženja i gubitka interesovanja, kod mladih depresija može izgledati drugačije (razdražljivost i impulsivnost, telesne manifestacije i bolovi, pad uspeha u školi, rizična ponašanja).

Depresija je jedan od najznačajnijih faktora rizika za *suicid*. Istraživanja pokazuju da veliki procenat osoba koje izvrše suicid ima neku formu depresivnog poremećaja. Ovo su glavne tačke koje povezuju depresiju i suicid:

- **Povlačenje iz društva** — Može dovesti do osećaja izolacije i usamljenosti. Taj osećaj može povećati rizik od pokušaja suicida. Smatra se da je mreža društvene (vršnjačke) podrške glavni protektivni faktor u odnosu na suicid.
- **Impulsivnost** — Iako je depresija češće povezana sa smanjenom energijom, kod nekih osoba kliničku sliku mogu karakterisati uznemirenost, napetost i impulsivnost.
- **Osećaj beznađa** — Osobe sa depresijom često osećaju da njihov život nema smisla i da se situacija nikada neće poboljšati. To osećanje beznađa može dovesti do razmišljanja o suicidu kao načinu bekstva od bola.
- **Gubitak interesovanja** — Depresija često dovodi do gubitka interesa za aktivnosti koje su nekada bile prijatne. Takav gubitak zadovoljstva može povećati osećaj bezvrednosti i besmislenosti života.

Primer

Maja, sedamnaestogodišnja učenica srednje škole, poslednjih nekoliko meseci oseća duboku tugu i beznađe. Posebno joj teško pada jutarnje buđenje; često se budi vrlo rano i ne može ponovo da zaspi. Nekada je volela da slika i provodi vreme sa prijateljima, ali sada joj te aktivnosti više ne donose radost. Izgubila je apetit i često preskače obroke, zbog čega je primetno smršala. Maja se stalno oseća umorno, čak i kada se dovoljno naspava. Često razmišlja o tome kako bi svima bilo bolje bez nje i ponekad mašta o tome da je više nema. Oseća se kao da je niko ne razume i sve više se povlači u sebe, izbegavajući kontakte čak i sa najbližima. Njeni roditelji primećuju promene, ali ne znaju kako da joj pomognu. Maja se žali na nedostatak energije i teškoće sa koncentracijom u školi, gde je ranije bila odlična učenica. Svaki dan joj se čini kao teret, a misli o bezvrednosti i beznađu postaju sve učestalije.

Problemi sa anksioznošću

Strah predstavlja normalan odgovor organizma na opaženu pretnju, a racionalni strah je srazmeran realnoj opasnosti. Anksioznost je nefunkcionalni oblik straha, odnosno reakcija koja je konstantna, dugotrajna i preterana u odnosu na uočenu pretnju kada osoba izbegava situacije zbog takve reakcije i kada ona utiče loše na svakodnevno funkcionisanje osobe. Može se manifestovati u generalizovanoj formi opšteg doživljaja nelagode do teških i čestih napada panike praćenih ubrzanim disanjem, lupanjem srca i strahom od gubitka kontrole.

Intervencije mogu znatno smanjiti ili eliminisati teškoće povezane sa anksioznošću. Kao i kod tegoba iz spektra depresije, za blaže tegobe od pomoći mogu biti psihosocijalna podrška u različitim sektorima (intervencije se prikazuju u ovoj publikaciji) i psihoterapijski tretman (kognitivno-bihevioralni tretman je pokazao značajnu efikasnost za ove probleme mladih, ali su psihoterapijski tretmani, nažalost, i dalje slabo dostupni u javnim sektorima u našoj zemlji). Ako navedeno ne pomogne ili postoje intenzivnija ispoljavanja tegoba povezanih sa anksioznošću, potrebni su psihijatrijska procena i tretman koji pored psihosocijalne podrške može podrazumevati lekove, a ponekad i hospitalizaciju.

Znaci anksioznosti

Anksioznost kod mladih može se manifestovati i prepoznati kroz misli, osećanja, ponašanje i telesne simptome.

Misli. Mladi ljudi sa anksioznošću često su stalno zabrinuti zbog različitih aspekata života, npr. zbog škole, zdravlja, kontrole nad svojim ponašanjem (sramoćenje pred drugima) i budućnosti. Zabrinutost može postati hronična, što znači da će mladi bez prestanka biti napeti i u strahu. Katastrofičnost je uobičajeni disfunkcionalni obrazac mišljenja, kada mladi veruju da će se dogoditi najgori mogući scenario (prece-njivanje šanse i težine ishoda), što dovodi do intenzivne anksioznosti, a ponekad i do napade panike. Mladi sa anksioznošću mogu imati i opsesivne misli koje se ponavljaju i nisu kontrolisane, a koje izazivaju značajan distres i mogu dovesti do doživljaja preplavljenosti i potpune blokade; njih neretko prate i prisilna ponašanja „poništanja”. Ovo su neke tipične misli mladih sa anksioznošću: „Šta ako...?”, „Desiće se nešto loše meni ili mojoj porodici”, „Ne mogu da se suočim”, „Ne mogu to da uradim”, „Ja sam beskoristan”, „Gubim razum”, „Svi misle da sam čudna” i sl.

Osećanja. Osećanje anksioznosti je strepnja koja može biti stalno prisutna ili se pojavljivati u specifičnim situacijama. Strah odnosno anksioznost praćeni su fiziološkim reakcijama koje se manifestuju telesnim senzacijama u vidu lupanja srca, kratkog daha, ubrzanog disanja, znojenja dlanova; kada nivo straha naraste do panike (najintenzivnijeg straha koji se javlja iznenada), onda paniku prate najintenzivnije telesne senzacije koje osim navedenih mogu da obuhvate i druge (npr. trnjenje u rukama i nogama, zujanje u ušima), a sve to često prate misli o gubitku kontrole te strah da će osoba poludeti, umreti ili kolabirati. Hronična anksioznost često dovodi do doživljaja preplavljenosti i bezizlaznosti. Ako traje dovoljno dugo, mladi mogu osećati emocionalnu otupljenost, tj. da nisu sposobni da dožive zadovoljstvo ili radost, pa se mogu javiti i tegobe iz spektra depresije. Poremećaji spavanja, posebno teškoće prilikom uspavljivanja, ali i nesanica ili drugi problemi sa spavanjem, česti su kod mladih sa anksioznošću i dodatno utiču na svakodnevno funkcionisanje.

Telesne manifestacije. Fizički simptomi anksioznosti podrazumevaju osećaj vrućine ili hladnoće, ubrzano lupanje srca, ubrzano disanje, nemir i napetost mišića, posebno u ramenima i vratu, trnjenje u rukama i nogama, osećaj obruča oko glave, osećaj stezanja u predelu srca ili osećaj gorušice i bolova u stomaku (što ponekad mogu pratiti nadutost te učestale i tečne stolice, a ponekad i učestalo mokrenje). Mladi ljudi sa anksioznošću često osećaju motorni nemir, npr. nemogućnost da mirno sede ili drhtanje šaka. Pojačano

znojenje je takođe čest fizički simptom anksioznosti, koji dodatno pojačava osećaj nelagodnosti. Fizička iscrpljenost i stalni osećaj umora su česti bez obzira na količinu odmora, a česti su i različiti bolovi koji se ne mogu objasniti nekim fizičkim uzrokom.

Ponašanja. Mladi sa anksioznošću često izbegavaju situacije koje izazivaju strah, ili izbegnu situacije nakon početnog suočavanja, ili čak i ne ulaze u njih. To se može odnositi na školske aktivnosti, društvene događaje ili određena mesta koja izazivaju anksioznost. U nekim slučajevima mladi se unapred pripremaju za situacije koje ih plaše i pokušavaju da se suoče sa svojim strahovima uz bezbedno ponašanje, a ponekad suočavanje sebi olakšavaju proveravanjem (reosiguranjem). Sva ta ponašanja izbegavanja „štite” osobu od imaginarne ili preuveličane opasnosti i mogu biti pasivna (izbegava se odnosno ne radi se nešto kako bi se smanjila anksioznost) ili aktivna (radi se nešto kako bi se izbegla anksioznost, npr. prisilne radnje nakon opsesivnih misli, što je dominantno izraženo u opsesivno-kompulzivnom poremećaju koji je važno prepoznati i zbog koga mladu osobu treba uputiti u službu zdravstvene zaštite). Mladi ljudi sa anksioznošću mogu uzimati alkohol (posebno oni sa socijalnom anksioznošću) ili marihuanu, odnosno upuštati se u druge oblike disfunkcionalnog ponašanja da bi smanjili stepen anksioznog reagovanja. Ponašanja izbegavanja u stanjima anksioznosti zapravo učvršćuju anksioznost na duže staze. Iako privremeno mogu da dovedu do olakšanja, ona mogu postati i „novi problem” (poput uzimanja supstanci).

Primer

Milan, sedamnaestogodišnji srednjoškolac, poslednjih nekoliko meseci oseća stalnu anksioznost koja utiče na sve aspekte njegovog života. Njegove misli su preplavljene brigom o školi, zdravlju i budućnosti i često se pita „šta ako loše prođem na odgovaranju” ili „šta ako se osramotim pred drugima”. Katastrofične slike najgorih mogućih scenarija dovode ga do napada panike sa ubrzanim lupanjem srca, kratkim dahom i znojenjem dlanova. U glavi mu se vrte misli da će poludeti ili izgubiti kontrolu. Milan je stalno napet, a povremeni napadi panike ga iscrpljuju. Oseća trnce u rukama i nogama, a mišići u ramenima i vratu su mu stalno zategnuti. Teško mu je da zaspi i često se budi usred noći, što dodatno utiče na njegovu energiju. Fizički je iscrpljen i umoran bez obzira na količinu sna. Njegova anksioznost ga tera da izbegava situacije koje izazivaju strah. Pre nego što uđe u učionicu, proverava više puta da li ima sve potrebne knjige, jer se boji da neće biti spreman. Izbegava društvene događaje iz straha da će reći nešto pogrešno ili da će se osramotiti pred vršnjacima. Nekoliko puta je izbegao odlazak u školu zbog straha od odgovaranja pred razredom. Milan oseća da je u začaranom krugu — strategije izbegavanja privremeno olakšavaju anksioznost, ali problemi dugoročno postaju veći. Sve češće se oseća bezizlazno i da je preplavljen brigama i strahovima, a ponekad misli da je beskoristan i da se nikada neće osloboditi tog osećaja.

Problem upotrebe supstanci

Pored opasnosti koje upotreba psihoaktivnih supstanci generalno nosi, ona je posebno opasna i može imati ozbiljne posledice po život mlade osobe zato što razvoj mozga nije završen, a mlada osoba se nalazi u periodu formiranja svih aspekata identiteta. Kada govorimo o psihoaktivnim supstancama, mislimo na sve što se unese u organizam kako bi se promenilo raspoloženje, opažanje ili svest. To mogu biti alkohol, droge, lekovi i drugi farmaceutske preparati koje nije prepisao lekar (ili se koriste u količinama većim od propisanih). Problematici obrasci upotrebe supstanci uzrokuju bolesti zavisnosti te značajna oštećenja u funkcionisanju korisnika i/ili tegobe za njega. Efekti korišćenja supstanci kod adolescenata su mnogobrojni i mogu varirati od izmenjenog ponašanja, morfoloških promena i kognitivnih oštećenja do zavisnosti i dejstva na ispoljavanje gena (tzv. epigenetske promene).

Najzastupljenija bolest zavisnosti je alkoholizam, ali je među mladima veoma prisutno i korišćenje marihuane koje je (uprkos zabudama da se radi o „lakoj drogi“) izuzetno štetno po mozak, a posebno po mozak koji se još razvija. Supstance se prema dejstvu na centralni nervni sistem mogu podeliti na:

- *depresore* (alkohol, opijati, lekovi za smirenje i spavanje, opiodi, tj. morfijum, heroin, metadon itd.) — čije dejstvo zavisi od doze, a kreće se od pospanosti do kome i smrti zbog prestanka disanja;
- *stimulanse* (kokain, kofein, nikotin, amfetamin, kanabis) — koji deluju tako što povećavaju aktivnost centralnog nervnog sistema i izazivaju preteranu aktivnost koja zamenjuje tugu, apatiju i bezvoljnost;
- *halucinogene supstance ili psihodelike* (LSD, PCP, meskalin, psilocibin) — koji utiču na čoveka tako što mu menjaju doživljaj stvarnosti, stanje svesti, raspoloženje, osećanja, opažanje, mišljenje, doživljaj sopstvenog tela itd.

Faktori rizika razvoja alkoholizma kod mladih su:

- period adolescencije (uzrast i karakteristike ličnosti),
- porodica, koja ima veliki uticaj na proces sazrevanja mlade osobe (ponašanje, sistem vrednosti),
- grupa vršnjaka, kao jedan od najuticajnijih faktora u ovom periodu kada služi kao potpora za individualnost u nastajanju (ponašanje, sistem vrednosti),
- šira socijalna sredina, koja svojim stavovima može doprinosti razvoju problema.

Upotreba alkohola ili droga može početi kao način opuštanja i socijalne komunikacije, ali vrlo brzo može prerasti u ozbiljan problem (npr. ako osoba počne da zapostavlja obaveze, posao ili školu, ako se jave problemi u odnosima sa porodicom i prijateljima ili čak ako se završi u zakonskim problemima zbog ilegalnih aktivnosti povezanih sa nabavkom ili upotrebom droga). Mladi ljudi često nisu svesni da imaju problem, što otežava pravovremeno traženje pomoći. Takođe, širenje kulture legalizacije i „lekalizacije“ te upotreba problematičnih supstanci kao lekova može otežati prepoznavanje problema. Na primer, ako mladić od 20 godina počne da koristi alkohol vikendom sa prijateljima, to u početku može izgledati kao bezazlena zabava. Međutim, kako vreme prolazi, može početi da pije sve češće, čak i tokom nedelje, i da koristi alkohol kao način da se nosi sa stresom socijalnom anksioznošću ili aktuelnim problemima. Ovo može dovesti do toga da zapostavi svoje obaveze, postane konfliktan u odnosu sa porodicom ili prijateljima i na kraju produbi zavisnost.

Važno je naglasiti da je svaka upotreba alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci (pa i lekova koji nisu propisani) do 18. godine u Srbiji nelegalna i da predstavlja štetno ponašanje mladih sa nultom tolerancijom kada je u pitanju procena disfunkcionalnosti. Iako nakon 18. godine konzumacija alkohola nije zakonski zabranjena, oni koji rade sa mladima treba da imaju na umu da se mozak u periodu od 18 do 25 godina i dalje razvija te da ono što počne kao „socijalno prihvatljiva“ mera pijenja alkohola, lako može da se pretvori u problematično ponašanje sa štetnim efektima. Treba, takođe, imati na umu da je u tom periodu upotreba svih drugih supstanci nelegalna i izuzetno štetna.

Problematična upotreba supstanci neodložno zahteva pažnju i upućivanje u službe zdravstvene zaštite kako bi se obezbedila psihijatrijska procena i indikovalе intervencije. Prepoznavanje problema i traženje pomoći može sprečiti dalji razvoj ozbiljnih problema.

Primer

Nikola, dvadesetogodišnji student, počeo je da konzumira alkohol vikendom sa prijateljima radi opuštanja i zabave. U početku je sve izgledalo bezazleno, ali je ubrzo počeo da pije sve češće, čak i tokom nedelje, a alkohol mu je služio kao sredstvo za suočavanje sa stresom i socijalnom anksioznošću. Sada redovno pije 3–4 litra piva dnevno. Kako je



vreme prolazilo, Nikola je počeo da zapostavlja svoje akademske obaveze, a njegova koncentracija je znatno opala. Počeo je da koristi i marihuanu, verujući da mu pomaže da se smiri. Sve češće ima „crne rupe“ u sećanju, ne može da se seti događaja od prethodne noći. Zbog prekomerne konzumacije alkohola i marihuane postao je sklon tučama i sukobima, i sa prijateljima i sa porodicom. Često se budi sa bolovima u stomaku, a nedavno mu je dijagnostikovano gastritis. Njegovo ponašanje postajalo je sve problematičnije, a zavisnost se produbljivala. Iako je svestan problema, Nikola ne traži pomoć jer veruje da može sam da se izbori sa situacijom. Međutim, problematična upotreba alkohola i marihuane i dalje da utiče na sve aspekte njegovog života, što ugrožava njegovu budućnost i zdravlje.

Problematična upotreba interneta i video-igara te kockanje

Problematična upotreba interneta i video-igara te kockanje, uz opasnost od razvoja zavisnosti (bihevioralne zavisnosti), predstavljaju značajan problem u savremenom društvu, posebno među mladima, i može imati ozbiljne posledice po mentalno zdravlje, socijalno funkcionisanje i akademski uspeh adolescenata. U nastavku se opisuju karakteristične posledice tih zavisnosti.

Internet. Zavisnost od interneta podrazumeva prekomerno korišćenje interneta, pri čemu osoba gubi kontrolu nad vremenom koje provodi onlajn. Mladi koji pate od ove zavisnosti provode mnogo sati na društvenim mrežama, sajtovima za zabavu ili u onlajn igrama. Česti simptomi ove zavisnosti su gubitak osećaja za vreme i nerealna percepcija vremena provedenog onlajn. Ti mladi izbegavaju svakodnevne obaveze i odgovornosti, a njihovo raspoloženje je često razdražljivo i anksiozno kada nisu u mogućnosti da koriste internet. Takođe, dolazi do socijalne izolacije i povlačenja iz društvenih interakcija.

Video-igre. Zavisnost od video-igara karakteriše opsesivno igranje video-igara, često nauštrb drugih aktivnosti i obaveza. Mladi koji pate od ove zavisnosti provode sate ispred ekrana i tako smanjuju fizičku aktivnost i interakciju sa vršnjacima. Često se javljaju problemi sa spavanjem jer mladi ostaju budni do kasno u noć igrajući igre. Ova zavisnost može dovesti do razdražljivosti, ljutnje i agresivnosti kada neko pokuša da im ograniči vreme koje će provoditi u igrama. Takođe, često se javlja slabiji uspeh u školi i dolazi do zanemarivanja školskih obaveza.

Kockanje. Zavisnost od kockanja podrazumeva učestvovanje u klađenju i drugim oblicima kockanja, često sa finansijskim gubicima. Mladi koji su zavisni od kockanja često razmišljaju o kockanju i stalno traže načine da nabave sredstva za klađenje. Laganje porodice i prijatelje o obimu kockanja je uobičajeno, a nastaju i finansijski problemi i dugovi. Kockanje dovodi do socijalne izolacije i povlačenja iz društvenih aktivnosti.

Posledice ovih problematičnih ponašanja javljaju se u sledećim domenima:

- **Mentalno zdravlje.** Kod mladih sa bihevioralnim zavisnostima postoji povećan rizik od razvoja depresije, anksioznosti i drugih mentalnih poremećaja. Ti problemi se pogoršavaju zbog izolacije i nedostatka podrške iz okoline.
- **Fizičko zdravlje.** Prekomerno provođenje vremena na internetu ili u igrama dovodi do loše fizičke kondicije, do problema sa spavanjem i do povećanog rizika od gojaznosti. Nedostatak fizičke aktivnosti može imati dugoročne negativne posledice po zdravlje.
- **Akademski uspeh.** Slabiji školski uspeh je česta posledica bihevioralnih zavisnosti. Mladi zanemaruju školske obaveze, izostaju sa nastave i smanjuje im se motivacija za učenje. To može imati dugoročne posledice po njihove perspektive u obrazovanju i karijeri.
- **Socijalno funkcionisanje.** Socijalna izolacija je jedna od najznačajnijih posledica ovih zavisnosti. Mladi se povlače iz društvenih interakcija, a to može dovesti do problema u odnosima sa porodicom i prijateljima. Izolacija dodatno pogoršava mentalno zdravlje i otežava pronalaženje podrške.

Primer

Dragan je sedamnaestogodišnji mladić, a njegov profesor je primetio da on često deluje odsutno i umorno na času i da jedva čeka da se čas završi. Tokom odmora Dragan vreme provodi isključivo na telefonu, ne pokazujući nikakvo interesovanje za kontakt sa vršnjacima. Dragan je skoro stalno onlajn i provodi do 18 sati dnevno na različitim platformama. Veći deo vremena provodi na TikToku, gde stalno gleda video-sadržaje i snima svoje klipove. Takođe je aktivan na Discordu, gde učestvuje u različitim čet-grupama i audio-razgovorima sa ljudima koje nikada nije upoznao uživo. Pored toga, Dragan provodi sate igrajući video-igricu League of Legends (LoL) i ostaje budan do kasno u noć kako bi učestvovao u timskim bitkama i poboljšao svoje veštine. Zbog toga na časove dolazi iscrpljen i pospan, što negativno utiče na njegov školski uspeh. Kada profesor pokuša da razgovara sa njim o prekomernom korišćenju telefona i igranju igrice, Dragan se ljuti i tvrdi da ne provodi toliko vremena onlajn. Međutim, njegovo ponašanje i umor jasno ukazuju na suprotno. Njegovi roditelji su takođe zabrinuti, jer primećuju da Dragan sve manje vremena provodi sa porodicom i prijateljima, a sve više pred ekranom. Profesori i roditelji pokušavaju da pronađu način da mu pomognu, ali Dragan često odbija njihove predloge i brani svoje navike, ne shvatajući koliko to utiče na njegov život i zdravlje.

Bihevioralne zavisnosti zahtevaju ozbiljno razmatranje i razumevanje kako bi se prepoznali znaci i posledice. Uključivanje svih relevantnih aktera (porodice, škole i šire zajednice) izuzetno je važno da bi se prepoznali problemi i pružila odgovarajuća podrška mladima koji se suočavaju sa tim izazovima. Razumevanje ozbiljnosti bihevioralnih zavisnosti omogućava bolje upravljanje tim problemima i bolje pružanje podrške. Veoma su značajne preventivne aktivnosti u obliku edukacije u svim sektorima i u široj zajednici (s obzirom na to da se korišćenje digitalnih uređaja u društvu danas može smatrati samo „delom odrastanja mladih“), a ako se prepoznaju obrasci problematične upotrebe, mlade osobe treba slati u sektor zdravstva radi procene i upućivanja psihijatru ako se evidentiraju elementi zavisnosti.

U nastavku se prikazuju i problemi koji se ređe sreću, ali smatramo da je važno da svaki stručnjak koji radi sa mladima ima neka osnovna znanja o njima kako bi prepoznao prisustvo ozbiljnih problema mentalnog zdravlja i kako bi na vreme uputio mlade i njihove staratelje na dalju procenu i zbrinjavanje u sistemu zdravstvene zaštite. Podjednako je važno i da profesionalci u različitim sektorima koji se uključuju u podršku tokom i nakon procene i tretmana u specijalizovanim službama (u fazi oporavka i reintegracije) budu spremni da se kontinuirano edukuju (i konsultuju sa profesionalcima iz specijalizovanih službi) u vezi sa specifičnostima pružanja podrške mladima sa ovim problemima.

Problemi ponašanja

Problemi u ponašanju se sve češće javljaju kao oblik ispoljavanja teškoća u funkcionisanju mladih, obično u složenoj kombinaciji sa drugim fenomenima mentalnog zdravlja, ali i sa normalnim razvojnim procesima adolescencije. Često čak ni profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja nije lako da odrede jasnu granicu između ponašanja adolescenata koja su u skladu sa razvojnim zadatkom tog perioda i disfunkcionalnog obrasca. Svaka situacija se mora procenjivati individualno i u kontekstu. Načelno, problem ponašanja je svaki disfunkcionalni obrazac ponašanja koji istovremeno teži da zadovolji razvojnu potrebu, ima zaštitnu funkciju kada se adolescent oseća ugroženim, ali se generalizuje i na situacije u kojima je neprimeren, a onda se automatski primenjuje i nanosi štetu, posebno dugoročnu, samom adolescentu i njegovoj okolini. Sam pojam označava u kom delu funkcionisanja se manifestuje i nema jasno definisanu pozadinu u vezi sa unutrašnjim svetom mlade osobe, pa se uglavnom prepoznaje kao odstupanje od

uobičajenog ponašanja, odnosno kao kršenje normi ponašanja (etičkih, običajnih, zakonskih) koje nanosi štetu okolini ili uznemirava okolinu. Stoga je stigma ovde veoma jaka, a pojavu često prate snažna negativna osećanja, i neposrednog okruženja i samih stručnjaka. Okruženje, a ponekad i profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja ne povezuju probleme u ponašanju sa teškoćama u mentalnom zdravlju, nego to pre vezuju za siromaštvo, negativan vaspitni uticaj, dok najbližu vezu sa mentalnim zdravljem vide kao problem ličnosti. Sve to jesu faktori koji doprinose problemima u ponašanju, ali se pojava ne svodi na njih. Naime, odstupanja u ponašanju mogu imati vrlo složenu etiologiju, multifaktorski su uslovljena, mogu se kretati u kontinuumu od razvojno normalnog do psihopatološkog, a možda i više od drugih fenomena su uslovljena faktorima okruženja (ne samo socio-ekonomskim, ali i kada su u vezi sa njima, ta veza je složena, jer mladi iz bogatih porodica takođe često manifestuju probleme u ponašanju).

Problemi ponašanja kod mladih, koji se karakterišu upornim prisustvom disfunkcionalnog ponašanja koje se ponavlja i u bitnoj meri razlikuje od socijalno očekivanog ponašanja za uzrast, mogu bitno da naruše funkcionalnost osobe u porodičnom, socijalnom, školskom ili radnom okruženju. Mlade osobe sa ovim problemima mogu imati težnju da budu dominantne, loše reaguju na direktne zahteve ili izjave tipa „moraš da...” ili „treba da...”, ne poštuju pravila (npr. ostajanje do kasno van kuće uprkos zabranama roditelja, bežanje od kuće i iz škole), odbijaju da rade zadatke, svađaju se i često iniciraju tuče, krive druge i ne preuzimaju odgovornost za svoje ponašanje, sklone su prevarama, krađama i namernom uništavanju tuđe imovine, pokazuju nepoštovanje prema starijima i vršnjacima, mogu da ugrožavaju bezbednost i dobrobit drugih i ispoljavaju agresiju prema ljudima ili životinjama. Mlade osobe koje ispoljavaju problem u vidu prkosa i protivljenja mogu da dovode u pitanje pravila na času, odbijaju da rade zadatke, niskog su frustracionog praga, svađaju se i tuku sa drugim učenicima, svađaju se sa nastavnikom, pokušavaju namerno da provociraju druge, odbijaju da poštuju pravila i uputstva, namerno stvaraju konflikte sa vršnjacima, krive druge za svoje postupke i ponašanje, negativno tumače motive i ponašanje drugih, svete se.

Probleme u ponašanju mlade osobe mogu da ispoljavaju ili individualno ili u grupi vršnjaka. Teži problemi u ponašanju obično nastaju ranije u detinjstvu i veoma su povezani sa faktorima okruženja (odnosi u porodici, način vaspitanja, socio-ekonomski faktori, rana izloženost zlostavljanju i zanemarivanju, negativni modeli u porodici, okolini i društvu u celini). Raniji početak problema ponašanja može nagoveštavati da će se tokom odrastanja razvijati još ozbiljniji problemi, koje je teže kontrolisati i tretirati. Adolescentna pojava problema ponašanja ponekad može da bude samo posledica želje za pripadnošću vršnjačkoj grupi, a kasniji početak obično je praćen boljim i efikasnijim oporavkom uz podršku. Problemi u ponašanju neretko su povezani sa različitim emocionalnim poteškoćama i problemima upravljanja intenzivnim emocijama. Iako se to većini mladih neće desiti, neki od mladih koji imaju probleme ponašanja u razvojnom periodu mogu u daljem životu razviti i probleme u funkcionisanju ličnosti. Danas se vodi debata o prepoznavanju graničnog poremećaja ličnosti kod mladih, jer je razvoj ličnosti još uvek u toku, a teškoće kojima se manifestuje mogu se preklapati sa turbulencijama u razvojnom ponašanju, ali i sa drugim problemima mentalnog zdravlja, što je izazovno za razgraničavanje i zahteva da se uključe specijalizovane službe. Ovaj domen problema karakteriše se intenzivnim nestabilnim emocijama i brzim promenama raspoloženja, čestim depresivnim raspoloženjima, strahovima i ljutnjom koji mogu potrajati i danih te nestabilnom slikom o sebi i drugima, što može voditi do problema u odnosima sa drugima jer mlade osobe te druge brzo idealizuju, ali i devalviraju. U njegove karakteristike spadaju i „crno-belo mišljenje” bez „sredine”, izražen strah od napuštanja koji vodi do burnih reakcija te sklonost ka impulsivnom i rizičnom ponašanju (supstance, poremećaji ishrane, samopovređivanje, češća sklonost ka suicidalnom ponašanju, agresivnost i sl.), a ponekad i sklonost ka doživljaju praznine koju mladi pokušavaju da „popune” navedenim disfunkcionalnim ponašanjima.

Potreba da se reaguje obično nastaje onda kada pojedinačna problematična ponašanja počnu da se organizuju kao obrazac ponašanja. Zato je važno prepoznati dominantni obrazac ponašanja i kakvu on

funkciju ima za mladu osobu, ali i za njeno okruženje koje svojim činjenjem ili nečinjenjem održava takvo ponašanje. Osim toga, problematično ponašanje predstavlja komunikacioni čin (poruku) kojim mladi iskazuju svoje potrebe, nezadovoljstvo, unutrašnji nemir, sankcionišu okruženje ili sebe same, prazne tenzije ili traže pomoć. Kada okruženje (odrasli koji brinu o mladoj osobi ili rade sa njom) prepozna poruku i adekvatno reaguje na nju, problematično ponašanje gubi na snazi i svrsi. Zato je potrebno razumeti prirodu ovih problema i pružiti psihosocijalnu podršku koja će pomoći u smislu smanjenja tegoba i poboljšanja veština upravljanja emocijama. U slučaju izraženih i upornih disfunkcionalnih ponašanja i potrebe za dijagnostikom, važno je da se mlade osobe upute u službe zdravstvene zaštite kako bi im se obezbedila psihijatrijska procena i tretman po potrebi (koji može podrazumevati i lekove). Kada se radi o prepoznavanju problema u funkcionisanju mlade ličnosti, s obzirom na njihovu potencijalnu važnost za ceo život pojedinca, bitno je rano prepoznati teškoće i pružiti podršku odnosno intervencije usmerene na tegobe i veštine, što se odnosi i na rad sa porodicom i okruženjem, jer samo promena celog polja mlade osobe omogućava održivu promenu problematičnog obrasca ponašanja.

Primer

Marko je šesnaestogodišnjak koji je počeo da pokazuje ozbiljne probleme u ponašanju. U školi često preskače časove i odbija da se pridržava pravila. Kada je prisutan, ometa nastavu, sukobljava se sa nastavnicima i vršnjacima. Nekoliko puta su ga hvatali u krađi školskog pribora i novca od svojih drugara. Ni kod kuće situacija nije ništa bolja. Marko često odbija da sluša roditelje, prkosi njihovim zahtevima i uputstvima. Nedavno su ga uhvatili kako uzima novac iz roditeljskog novčanika bez dozvole. Markovi roditelji su zabrinuti i frustrirani i često se svađaju oko načina na koji treba da postupaju sa sinom. Otac veruje da je potrebna stroga disciplina, dok majka misli da mu treba više razumevanja i podrške. Njihovo neslaganje dodatno komplikuje situaciju, jer Marko ostaje bez jasnih granica i doslednosti u vaspitanju. Takođe, roditelji su primetili da se Marko druži sa vršnjacima koji su poznati po problematičnom ponašanju i upuštaju se u kriminalne aktivnosti.

Problemi sa navikama u ishrani

Problemi sa navikama u ishrani mogu da se razviju i do nivoa poremećaja koji mogu značajno da naruše fizičko zdravlje i/ili funkcionisanje osobe i da postanu opasni po život. Evo nekoliko uobičajenih opštih znakova problema sa navikama u ishrani:

- *izbegavanje hrane* — osoba može izbegavati obroke ili jesti vrlo male količine hrane,
- *prejedanje* — epizode nekontrolisanog konzumiranja velikih količina hrane,
- *tegobe u vezi sa težinom* — stalna zabrinutost za težinu ili preokupacija telesnom težinom,
- *značajan gubitak težine,*
- *prekomerno vežbanje,*
- *izazivanje povraćanja,*
- *zloupotreba laksativa i diuretika.*

Nezadovoljstvo fizičkim izgledom može voditi ka različitim problemima u ishrani i telesnoj težini. Kada ljudi nisu zadovoljni svojim telom, često usvajaju nesvrishodne stavove i strategije kako bi promenili izgled. To mogu biti stroge dijetе, prekomerno vežbanje ili upotreba suplemenata za povećanje mišićne mase. Jedan od čestih nepoželjnih stavova je želja da se postigne „idealna“ težina ili veličina tela. Adolescenti često veruju da će postizanjem tog ideala postati srećniji ili zadovoljniji sobom. Na primer, tinejdžerka može verovati da će biti popularnija ili voljenija ako smršа i dostigne određenu telesnu težinu.

Drugi nepoželjni stav je težnja ka idealnom izgledu. Osoba može osećati krivicu, stid ili neraspoloženje ako ne uspe da dostigne željeni izgled. Na primer, mladić koji želi da izgradi mišićnu masu može se osećati neadekvatno ili neprivačno ako ne stigne do određenog nivoa mišićavosti. Pored toga, mladi često prave striktne podele hrane na „dobru“ i „lošu“. To može dovesti do nezdravih obrazaca ishrane, kada osoba izbegava određene namirnice koje smatra lošim, čak i ako su te namirnice deo zdrave ishrane. Na primer, osoba može potpuno da izbací ugljene hidrate iz ishrane s uverenjem da su oni odgovorni za višak kilograma, iako su ugljeni hidrati važan izvor energije za telo.

Prepoznavanje ovakvih znakova na vreme izuzetno je važno za pružanje adekvatne podrške i pomoći osobama koje se suočavaju sa poremećajima ishrane. Znaci poremećaja ishrane zahtevaju neodložno upućivanje službama zdravstvene zaštite kako bi se obezbedile psihijatrijske i telesne procene i tretman (što može podrazumevati i hospitalizaciju kada su u pitanju teže forme).

Najčešći oblici poremećaja ishrane navode se u Tabeli 3.

Tabela 3. Najčešći oblici poremećaja ishrane

Poremećaj	Karakteristike	Posledice
Mentalna anoreksija	- Intenzivan strah od dobijanja na težini ili gojenja. - Poremećaj u percepciji telesne težine ili oblika tela. - Izuzetno niska telesna težina uz verovanje mlade osobe da ima previše kilograma. - Izbegavanje hrane, prekomerno vežbanje i korišćenje različitih metoda za smanjenje unosa kalorija.	- Fizički problemi (npr. gubitak menstrualnog ciklusa). - Potencijalno smrtonosne komplikacije.
Mentalna bulimija	- Epizode prejedanja praćene nedostatkom kontrole. - Kompenzatorna ponašanja poput namernog povraćanja, prekomernog vežbanja, upotrebe laksativa i drugih sredstava za mršavljenje.	- Normalna telesna težina uz ozbiljne zdravstvene probleme. - Oštećenja sistema za varenje, promene elektrolita zbog povraćanja.
Poremećaj prejedanja	- Periodične epizode prejedanja sa gubitkom kontrole nad unosom hrane. - Epizode nisu praćene kompenzatornim ponašanjima.	- Prekomerna težina ili gojaznost. - Stid, krivica i anksioznost zbog načina ishrane.

Primer (mentalna anoreksija)

Jovana, šesnaestogodišnja učenica, poslednjih nekoliko meseci sve više gubi na težini. Nekada je volela da se druži sa prijateljima, ali sada izbegava društvene događaje, posebno one na kojima se služi hrana. U početku je samo želela da izgubi nekoliko kilograma, ali sada je opsednuta kontrolom unosa hrane i brojanjem kalorija. Svakog dana rigorozno vežba, često do iscrpljenosti. Pre nego što izađe napolje koristi laksative i diuretike kako bi dodatno smanjila „naduvenost stomaka“. Jovana često preskače obroke i izgovara se da je već jela ili da nije gladna. Kada je prisiljena da jede, uzima minimalne količine hrane i odmah se povlači u sobu. Takođe, često krije hranu po džepovima ili u torbi kako bi izbegla konzumaciju. Njeni roditelji su primetili da izbegava njih i prijatelje te da je često razdražljiva i umorna. Jovana veruje da je i dalje preteška, iako je njena telesna težina daleko ispod normalne za njen uzrast i visinu. U poslednje vreme Jovana se žali na stalne bolove u stomaku, osećaj hladnoće i gubitak menstrualnog ciklusa. Kosa joj je postala tanka i krhka, a nokti lomljivi. Oseća emocionalnu otupljenost i teško



doživljava zadovoljstvo ili radost. Kada je u javnosti, ne može da jede jer je previše anksiozna. Iako njeni roditelji pokušavaju da razgovaraju sa njom i odvedu je kod lekara, ona odbija pomoć, uverena da je sve pod kontrolom.

Psihitična epizoda

Psihitični poremećaji su ozbiljna mentalna stanja koja mogu značajno uticati na osećanja, misli, fizičko stanje i ponašanje osobe. Psihitične epizode obuhvataju različite subjektivne ili spolja vidljive znake kao što su halucinacije, sumanute ideje, promene forme mišljenja, dezorganizovano ponašanje i tzv. „negativne simptome“, čije se karakteristike navode u Tabeli 4.

Tabela 4. Znaci psihoze

Simptom	Karakteristike
Halucinacije	- Pojedinac vidi, čuje, oseća miris, ukus ili nešto što zapravo ne postoji. - Najčešće se doživljavaju kao slušne halucinacije (glasovi koji su naredbodavni ili komentarišu ponašanje).
Sumanute ideje	- Neobične ili bizarne zablude koje se ne mogu objasniti kulturnim ili religijskim kontekstom. - Osoba veruje u njihovu istinitost i logična diskusija neće promeniti njeno mišljenje. - Tu spadaju i verovanje u sopstvenu važnost, prisustvo posebnih poruka ili osećaj da je osoba u opasnosti. - Osoba može verovati da neka sila utiče na nju, da neko može da pročita njene misli ili da ona može da čita misli drugih.
Poremećaj forme mišljenja	- Pojedinac govori brzo i bez prestanka, nasumično kombinujući reči koje nemaju smisla. - Gubi sled misli ili menja teme na nelogičan način, što dovodi do konfuzije i otežava komunikaciju sa okolinom.
Izuzetno dezorganizovano ili abnormalno motoričko ponašanje	Ponašanje se kreće od neuobičajenih („dečijih“ ili bizarnih) do nepredvidivih iznenadnih preteranih aktivnosti.
Negativni simptomi	„Gubici“ u funkcijama mišljenja, osećanja, ponašanja. - Obuhvataju smanjeni emocionalni izraz, kontakt očima, osiromašen govor, gubitak inicijative, socijalno povlačenje i otežanu koncentraciju.

Razumevanje znakova psihoze. Razumevanje znakova psihoze može pomoći u prepoznavanju i pružanju podrške osobama koje imaju te poremećaje. Na primer, halucinacije mogu iskazivati strahove ili misli pacijenta, dok sumanute ideje mogu predstavljati pokušaj pojedinca da objasni neobične senzacije ili događaje. Promene u misaonom toku mogu izazvati konfuzija ili stres. Negativne simptome ne treba pogrešno protumačiti kao „lenjost“ ili „zabušavanje“ odnosno kao prolazni pad raspoloženja.

Prepoznavanje ovih stanja i pružanje rane pomoći može znatno poboljšati dugoročni ishod i kvalitet života osoba koje su u riziku od razvoja psihoze. U poglavlju o koracima u stanjima posebnog rizika daju se detaljniji podaci o psihotičnoj epizodi, njenom prepoznavanju, važnosti i karakteristikama ranih intervencija. Ovde naglašavamo da je važno da se svaka mlada osoba kod koje se posumnja na rane znake psihoze neodložno uputi u službe zdravstvene zaštite kako bi dobila psihijatrijsku procenu i tretman.

Primer

Miloš, devetnaestogodišnji student, poslednjih nekoliko meseci počinje da se ponaša sve čudnije. Nekada društven i otvoren, sada se povukao u sebe i izbegava kontakte sa prijateljima i porodicom. Primetno je smršao i postao neuredan. Njegovi roditelji primećuju da provodi sate pričajući sam sa sobom i da često deluje uplašeno. On veruje da može da čita misli drugih ljudi i da neka nepoznata sila deluje na njegovo telo. Često oseća čudne senzacije, poput trnaca ili pritiska u telu, za koje veruje da su rezultat spoljašnjih uticaja. Provodi mnogo vremena gledajući se u ogledalo, oseća se kao da je sam sebi stran, kao da nije u sopstvenom telu. Njegove halucinacije su postale toliko intenzivne da mu je teško da razlikuje stvarnost od fikcije. Glasovi koje čuje ga upozoravaju na opasnosti i naređuju mu da izbegava određena mesta i ljude. Ove sumanute ideje su postale sve bizarnije — on veruje da televizijski programi šalju tajne poruke namenjene njemu. Koncentracija mu je drastično opala, što se odrazilo na njegov akademski uspeh. Više nije u stanju da prati predavanja niti da se fokusira na zadatke. Porodica je pokušala da razgovara sa njim i odvede ga kod lekara, ali Miloš odbija pomoć, uveren da su i oni deo zavere. Situacija je postala ozbiljna kada je postao agresivan prema svom mlađem bratu za koja je mislio da je špijun.

Bipolarni afektivni poremećaj

Bipolarni afektivni poremećaj je poremećaj raspoloženja koji karakterišu epizode povišenog raspoloženja (manija, koja je obavezni deo slike bipolarnog poremećaja) te depresije (koje se mogu, ali ne moraju javiti). Manija se manifestuje kroz povišeno ili razdražljivo raspoloženje koje traje duže od jedne nedelje, a često ga prate značajni poremećaji svakodnevnog funkcionisanja. U hipomaničnoj epizodi manija traje kraće i ima manji uticaj na funkcionisanje. Važno je napomenuti da bipolarni poremećaj ne čine „samo promene raspoloženja“. Epizode mogu biti učestalije ili odvojene dužim periodima stabilnog zdravlja i raspoloženja. Bipolarni poremećaj se obično javlja kod starijih tinejdžera ili na početku dvadesetih godina. Prepoznavanje ovog poremećaja može biti otežano i prolongirano jer je za njega potrebno primetiti ispoljavanje bar jedne hipomanične ili manične epizode.

Manične epizode karakterišu se preteranom srećom, ushićenjem i euforijom, bez jasnog razloga koji bi mogao objasniti takav intenzitet emocionalne reakcije. Tokom ovih faza osoba oseća pojačanu energiju, nepobedivost i ubrzano govori. To stanje često podrazumeva nesanicu ili smanjen apetit, razdražljivost i uznemirenost te povišen seksualni nagon. Osobe u maničnim fazama često donose impulsivne odluke koje drugi doživljavaju kao rizične, prekomerno troše novac, nemaju distancu u kontaktima sa ljudima i imaju poteškoće u organizovanju misli i govora. Manija u početku može delovati prijatno i osobi pružiti doživljaj nepobedivosti. Međutim, posle nekoliko dana ili nedelja manija postaje zbunjujuća i uznemirujuća i dovodi do brzih promena u mislima, osećanjima i ponašanju. U težim slučajevima manija može podrazumevati psihotične tegobe poput halucinacija ili sumanutih ideja.

U depresivnoj fazi mladi ljudi mogu pokazivati različite simptome koji negativno utiču na njihovo svakodnevno funkcionisanje. Depresija može imati sezonski obrazac (da se češće javlja s proleća ili jeseni) i može se manifestovati kao razdražljivost, preterano spavanje, žudnja za ugljenim hidratima. Mladi mogu biti neprestano potišteni i izgubiti interes za aktivnosti koje su ih ranije radovale. Umor i iscrpljenost su česti, čak i nakon dovoljno sna. Mogu ih obuzimati intenzivni doživljaji krivice i bezvrednosti, često bez

stvarnog povoda. U nekim slučajevima depresivna epizoda može podrazumevati i sumanute ideje. Misli i govorni tok mogu biti spori, što otežava komunikaciju. Mladi mogu imati misli o samopovređivanju ili suicidu, a često i problem da jasno izraze te misli.

Kod mladih simptomi bipolarnog poremećaja mogu biti manje stabilni i teže prepoznatljivi. Mladi sa bipolarnim poremećajem često pokazuju intenzivniju emocionalnu reaktivnost koja može dovesti do konflikata sa vršnjacima, porodicom i autoritetima. Bipolarni poremećaj kod mladih često se javlja zajedno sa drugim poremećajima mentalnog zdravlja, poput anksioznih poremećaja, poremećaja ponašanja, poremećaja pažnje sa hiperaktivnošću (ADHD) i poremećaja učenja. Prisustvo drugih problema mentalnog zdravlja može dodatno komplikovati prepoznavanje i uključivanje u intervencije, jer znaci jednog poremećaja mogu prikrivati ili pogoršavati znake drugog.

Ako stručnjak prepozna kod mlade osobe tegobe koje ukazuju na ovaj poremećaj, ona se mora neodložno uputiti u službe zdravstvene zaštite kako bi se obezbedili psihijatrijska procena i tretman.

Primer

Ana, dvadesetjednogodišnja studentkinja, poslednjih nekoliko meseci doživljava stalnu tugu, beznađe i gubitak interesa za aktivnosti koje su joj nekada donosile radost. Kada joj je dijagnostikovana depresija, dobila je antidepresive koji su joj pomogli da se postepeno izvuče iz depresivnog stanja. Međutim, ubrzo pošto joj se raspoloženje popravilo ona je postala izuzetno energična, spavala je samo nekoliko sati noću, ali se ipak osećala odmorno. Počela je da troši velike sume novca na nepotrebne stvari i često je impulsivno kupovala. Kako su dani prolazili, počela je da se upoznaje sa mnogim nepoznatim ljudima, manje je jela i spavala, ali je stalno bila u pokretu. Pisala je dugačke tekstove i priče, verujući da ima izvanredne talente i da je predodređena za velike stvari. Ana je postala vrlo pričljiva, neprestano je zvala prijatelje i poznanike i pričala im o svojim grandioznim planovima i idejama. Njeno ponašanje postajalo je sve iracionalnije i nekontrolisano. Počela je da kači sadržaje sa svojim mislima i planovima na društvene mreže, često u kasnim noćnim satima. Njena porodica se zabrinula jer Ana nije bila svesna posledica svojih postupaka. Situacija je postala ozbiljna kada je počela da pokazuje agresivnost i neprijateljstvo prema članovima porodice koji su pokušavali da je smire.

Poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću

Poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder — ADHD*) predstavlja jedan od najčešćih neurorazvojnih poremećaja kod dece školskog uzrasta. Smatra se da do 10% dece osnovnoškolskog uzrasta pati od ovog poremećaja. ADHD karakterišu tri glavna simptoma: hiperaktivnost, impulsivnost i nedostatak pažnje. Razlozi nastanka ADHD poremećaja su složeni i obuhvataju genetske faktore, neurobiološke faktore, psihosocijalne faktore i ekranizam, odnosno povećano vreme provedeno pred ekranom. Moguća je i socijalna prenosivost dijagnoze, npr. u slučaju kada se ADHD dijagnoza postavlja i kod dece koja možda nemaju odgovarajuće radne navike ili su u sredini gde se takva dijagnoza često postavlja. Prepoznavanje ADHD može predstavljati izazov, posebno kod devojčica koje često pokazuju manje očigledne znake hiperaktivnosti i impulsivnosti. ADHD se može prepoznati prvi put i kod odraslih.

Deca sa ADHD poremećajem često imaju teškoće da ostanu mirna, vrpole se i imaju potrebu da stalno budu u pokretu, pričaju glasnije nego vršnjaci, odgovaraju i delaju bez razmišljanja, ne umeju adekvatno da prilagode ponašanje situaciji, prekidaju druge u komunikaciji i donose odluke koje nisu promišljene.

Kako rastu, ponašanje se menja, i to u smislu da se hiperaktivnost smanjuje, da osobe imaju doživljaj unutrašnjeg nemira te da problemi pažnje i impulsivnosti ostaju. Mladi sa ADHD poremećajem često

usporeno razmišljaju i usporeno se izražavaju, znaju da budu preopširni, a da ne stignu do odluke ili cilja. Impulsivnost se manifestuje kroz nestrpljenje (ne mogu da sačekaju svoj red), a problemi u interpersonalnim odnosima usled nestrpljenja i nepromišljenih odluka dovode do teškoća u odnosima s porodicom, prijateljima, kolegama. Imaju stalnu potrebu za uzbuđenjem, skloni su preteranom trošenju novca, traže trenutno zadovoljenje želja, žude za novim i uzbudljivim stimulusima čime sebe dovode u rizik (rizični sportovi, rizična vožnja, seksualna ponašanja sa rizikom). Problematično upravljanje osećanjima, „lutanje misli“ i deficit izvršnih funkcija (organizacija, planiranje, prebacivanje pažnje, regulisanje budnosti) predstavljaju samo neke od udruženih problema.

Ako profesionalac prepozna te znake i posumnja na ovaj poremećaj kod mlade osobe, važno je da uputi tu osobu u službe zdravstvene zaštite kako bi se obezbedili psihijatrijska procena i tretman. Za mlade koji su prošli procenu i uključeni su u neki specijalistički tretman značajno je da dobiju adekvatnu podršku i u sistemima van zdravstvene zaštite, a posebno u sistemu obrazovanja, gde treba imati funkcionalnu fleksibilnost u odnosu na učenika uz kontinuiranu podršku pedagoško-psihološke službe (pri čemu su važni dodatno informisanje te kontinuirana saradnja i konsultacije sa zdravstvenim službama).

Primer

Milan je petnaestogodišnjak koji pohađa prvi razred srednje škole. Njegovi nastavnici su primetili da ne može da se fokusira na časove i da stalno prekida nastavu. Često ustaje iz klupe bez dozvole i šeta po učionici, privlačeći pažnju vršnjaka i ometajući rad. Kada mu nastavnik skrene pažnju, Milan se brani rečima: „Ne mogu da se smirim, jednostavno moram da se krećem.“ Njegovo impulsivno ponašanje podrazumeva upadanje u reč nastavnicima i drugovima iz razreda, bez obzira na situaciju. Druga deca se žale da im stalno narušava lični prostor, nenamerno ih gura, upada im u reč ili im se previše približava. Svaki novi događaj ili zvuk u učionici lako odvlače njegovu pažnju, što otežava praćenje nastave i obavljanje zadataka. Uprkos tome što je inteligentan i brzo shvata nove informacije, Milan zaostaje sa učenjem zbog nemogućnosti da se fokusira na domaće zadatke i pripreme za testove. Nastavnici primećuju da mu je teško da ostane koncentrisan čak i kada mu se direktno obraćaju. Razgovor sa njegovim roditeljima otkriva da je Milan i kod kuće vrlo aktivan i impulsivan. Često donosi odluke bez razmišljanja o posledicama, što dovodi do povreda i problema. Na primer, skače sa visokih mesta ne razmišljajući o bezbednosti ili uzima stvari bez dozvole. Njegova majka navodi da je stalno u pokretu, da skače po kući i da se često udara ili povređuje jer ne obraća pažnju na okolinu. Milan je takođe vrlo neorganizovan; stalno gubi školski pribor i zadatke, što dodatno utiče na njegov školski uspeh. Roditelji su zabrinuti i traže pomoć da bi naučili kako da mu pomognu da se bolje organizuje i kontroliše svoje ponašanje.

Poremećaji iz spektra autizma

Poremećaji iz spektra autizma (PSA) predstavljaju složene razvojne poremećaje koji se manifestuju pre treće godine života i traju tokom celog života. Te poremećaje karakterišu teškoće u socijalnoj interakciji i komunikaciji te prisustvo stereotipnih radnji, restriktivnih interesovanja i repetitivnog ponašanja. Ovi poremećaji mogu značajno uticati na svakodnevni život mladih i adolescenata, između ostalog na njihove akademske, socijalne i emocionalne aspekte. Razlozi nastanka poremećaja iz spektra autizma još uvek nisu dovoljno razjašnjeni, a obuhvataju genetske, neurobiološke i sredinske faktore.

Mladi sa poremećajima iz spektra autizma mogu imati različite teškoće različitog stepena težine, ali se generalno susreću sa sledećim izazovima:

- **problemi u socijalnom ponašanju** — teškoće u ostvarivanju kontakta očima, čitanju izraza lica i razumevanju socijalnih signala; ti simptomi mogu otežati interakciju sa vršnjacima i učestvovanje u grupnim aktivnostima,

- *teškoće sa komunikacijom i jezikom* — problemi u učenju i upotrebi jezika, što podrazumeva i kašnjenje u razvoju govora i poteškoće u vođenju razgovora; mnogi mladi sa poremećajima iz spektra autizma koriste ograničen broj fraza ili ponavljaju reči i izraze,
- *uzak raspon interesovanja i aktivnosti* — ograničena i repetitivna interesovanja i aktivnosti; mladi sa poremećajima iz spektra autizma mogu pokazivati intenzivan interes za specifične teme ili predmete, a zanemarivati druge aktivnosti,
- *repetitivno ponašanje* — učestalo ponavljanje određenih radnji poput mahanja rukama, okretanja ili ponavljanja reči i fraza.

Mladi sa poremećajima iz spektra autizma često imaju i druge zdravstvene i razvojne probleme, npr. epilepsiju, probleme sa sistemom za varenje, poremećaje spavanja i druga zdravstvena stanja koja mogu zahtevati medicinsku pažnju. Takođe, imaju povećan rizik od anksioznosti, depresije i problema sa ponašanjem (koji ponekad mogu podrazumevati samopovređivanje ili agresivnost). Ponekad su mogući iznenadni izlivi besa, povlačenje iz socijalnih situacija i teškoće u prilagođavanju promenama.

Za mlade sa poremećajima iz spektra autizma poseban izazov može predstavljati sprovođenje uobičajenih medicinskih intervencija, npr. pregledi kod lekara, posete zubaru ili laboratorijske analize. Razlog za to je preosetljivost na zvuke, svetlost i dodir, što medicinske preglede može učiniti vrlo stresnim i neprijatnim. Problemi sa komunikacijom zbog teškoća u verbalnoj komunikaciji mogu otežati razumevanje uputstava i izražavanje osećanja bola ili nelagodnosti. Strah od nepoznatih situacija i ljudi može izazvati visok nivo anksioznosti, a to dodatno otežava sprovođenje medicinskih intervencija. Repetitivna ponašanja i otpor prema promenama mogu ometati tok medicinskih pregleda i intervencija.

Ako stručnjak prepozna kod mlade osobe teškoće koje upućuju na ove poremećaje, tu mladu osobu mora neodložno uputiti u službe zdravstvene zaštite kako bi se obezbedili psihijatrijska procena i tretman. Značajno je da se mladima koji su dijagnostikovani u specijalizovanim službama pruža adekvatna podrška i u sistemima van zdravstvene zaštite, a posebno u sistemu obrazovanja, gde treba obratiti pažnju na odgovarajuće sprovođenje inkluzije i integracije, uz pomoć stručnjaka pedagoško-psihološke službe koji treba da pomognu u veštinama socijalnog i opšteg funkcionisanja (pri čemu su važni dodatno informisanje te kontinuirana saradnja i konsultacije sa specijalizovanim službama).

Primer

Miloš, mladić od 17 godina, pohađa privatnu školu u kojoj je lepo prihvaćen. Od malena postoje neobičnosti zbog kojih su ga vodili na različite tretmane. Kasnije je progovorio, uvek su ga interesovale stvari koje su za njegovu okolinu bile neobične, npr. uniforme boraca iz Prvog svetskog rata, oružje, ordenje. Roditelji su to smatrali posebnosti i trudili su se da mu izlaze u susret. Kasnije postaje preokupiran biologijom — osmišljava različite oblike staklenih bašta, razmišlja o ukrštanju vrsta i sl. Druženje mu je uvek predstavljalo problem, jer je oduvek smatrao da su deca neozbiljna, musava i mnogo mu je bilo draže da bude u društvu starijih. Podršku su zatražili krajem 7. razreda kada je problem uklapanja u socijalno okruženje bio toliki da je, iako odličan đak, prestao da ide u školu, a roditelji su bili nemoćni da ga vrate. Uz podršku i pomoć škole završava osnovnu školu, ali ostaje izolovan i nezainteresovan za vršnjake. U srednjoj školi je usmeren samo na svoje preokupacije, nije zainteresovan za vršnjačke odnose iako ga drugi lepo prihvataju. Preokupacije mu se menjaju, ali kad se dohvati jedne stvari, izučuje je do perfekcije. Vrlo mu smeta kada neko pomera njegove stvari, insistira da sve bude onako kako je zamislio, pa dnevna rutina i zajednički život postaju sve komplikovaniji za roditelje.

Reference

- Arnett JJ. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 2000; 55(5): 469–80. doi: 10.1037/0003-066X.55.5.469.
- Axelsson DA, Birmaher B, Strober MA, Goldstein BI, Ha W, Gill MK, et al. Kurs o graničnom bipolarnom poremećaju kod mladih: dijagnostička progresija od nespecifičnog bipolarnog poremećaja. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Oct 1; 50(10): 1001–16.
- Aziz N, Nordin MJ, Abdulkadir SJ, Salih MM. Digital addiction: systematic review of computer game addiction impact on adolescent physical health. *Electronics*. 2021 Apr 22; 10(9): 996.
- Barlattani T, D'Amelio C, Cavatassi A, De Luca D, Di Stefano R, Di Berardo A, et al. Autism spectrum disorders and psychiatric comorbidities: a narrative review. *J Psychopathol*. 2023 Jul 26.
- Bergman AA, Olsson C. Adolescence: A period of social change, risk-taking, and identity formation. Cambridge University Press; 2020.
- Breehl L, Caban O. Physiology, Puberty. [Updated 2023 Mar 27]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534827/>
- Byrnes JP. Cognitive development during adolescence. In: Blackwell Handbook of Adolescence. Blackwell Publishing; 2008. p. 227–246. doi: 10.1002/9780470756607.ch11.
- Crandon TJ, Scott JG, Charlson FJ, Thomas HJ. A social-ecological perspective on climate anxiety in children and adolescents. *Nat Clim Chang*. 2022 Feb; 12(2): 123–31.
- Curtis AC. Defining adolescence. *J Adolesc Fam Health*. 2015; 7(2). Dostupno na: <https://scholar.utc.edu/jafh/vol7/iss2/2>
- Defar S, Abraham Y, Reta Y, Deribe B, Jisso M, Yeheyis T, et al. Health related quality of life among people with mental illness: The role of socio-clinical characteristics and level of functional disability. *Front Public Health*. 2023 Feb 16; 11: 1134032. doi: 10.3389/fpubh.2023.1134032.
- Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*. 2020 Oct; 51(5): 315–35.
- Ferguson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Jan 1; 62(1): 66–72.
- Frick PJ, Kemp EC. Conduct disorders and empathy development. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021 May 7; 17(1): 391–416.
- Galván A. Adolescent brain development and contextual influences: A decade in review. *J Res Adolesc*. 2021 Dec; 31(4): 843–69.
- Galván A. The teenage brain: Sensitivity to rewards. *Curr Dir Psychol Sci*. 2013; 22(2): 88–93.
- Giedd JN. The amazing teen brain. *Sci Am*. 2015 Jun; 312(6): 32–7. doi: 10.1038/scientificamerican0615-32.
- Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004 May 25; 101(21): 8174–9.
- Hamilton BA, Naismith SL, Scott EM, Purcell S, Hickie IB. Invalidnost je već izražena kod mladih ljudi sa ranim fazama afektivnih poremećaja: podaci iz službe za ranu intervenciju. *J Affect Disord*. 2011; doi: 10.1016/j.jad.2010.10.052.
- Hetrick SE, Parker AG, Hickie IB, Purcell R, Yung AR, McGorry PD. Early identification and intervention in depressive disorders: towards a clinical staging model. *Psychother Psychosom*. 2008; 77(5): 263–70.
- Hickie IB, Davenport TA, Luscombe GM, Rong Y, Hickie ML, Bell MI. The assessment of depression awareness and help-seeking behaviour: experiences with the International Depression Literacy Survey. *BMC Psychiatry*. 2007; 7(48). doi.org/10.1186/1471-244X-7-48.
- Hickie IB, Scott EM, Hermens DF, Naismith SL, Guastella AJ, Kaur M, et al. Applying clinical staging to young people who present for mental health care. *Early Interv Psychiatry*. 2013 Feb; 7(1): 31–43.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012; 36(5): 427–40. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychother (Chic)*. 2011; 48(1): 9–16. doi: 10.1037/a0022186.
- Kamp-Becker I. Autism spectrum disorder in ICD-11—a critical reflection of its possible impact on clinical practice and research. *Mol Psychiatry*. 2024 Jan 25; 1–6.
- Malhi GS, Jadidi M, Bell E. The diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents: Past, present and future. *Bipolar Disord*. 2023 Sep; 25(6): 469–77.
- Marcia JE. Identity in adolescence. In: Handbook of Adolescent Psychology. 159–187.
- McGorry PD, Purcell R, Hickie IB, Jorm AF. Investing in youth mental health is a best buy. *Med J Aust*. 2007; 187: 5–7.
- Miller L, Campo JV. Depression in adolescents. *N Engl J Med*. 2021 Jul 29; 385(5): 445–9.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Board on Children, Youth, and Families; Committee on the Neurobiological and Socio-behavioral Science of Adolescent Development and Its Applications; Backes EP, Bonnie RJ, editors. The Promise of Adolescence: Realizing Opportunity for All Youth. Washington (DC): National Academies Press; 2019 May 16. 2, Adolescent Development. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545476/>
- Neale J, Hudson LD. Anorexia nervosa in adolescents. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2020 Jun 2; 81(6): 1–8.
- Patel PK, Leathem LD, Currin DL, Karlsgodt KH. Adolescent neurodevelopment and vulnerability to psychosis. *Biol Psychiatry*. 2021 Jan 15; 89(2): 184–93.
- Pejović-Milovančević M, Krgović I, Mitković-Vončina M. Adolescentni mozak — promene i izazovi razvoja. *Med Podml*. 2017; 68(2): 8–13.
- Seeman P. Brain Development, X: Pruning During Development. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(2): 168.
- Shau S, Zhou R. The Relationship Between Drug Addiction and Adolescent Cognitive Development. In: 2021 International Conference on Public Art and Human Development (ICPAHD 2021) 2022 Jan 28; pp. 1163–1168. Atlantis Press.
- Shors TJ, Anderson ML, Curlik DM 2nd, Nokia MS. Use it or lose it: how neurogenesis keeps the brain fit for learning. *Behav Brain Res*. 2012 Feb 14; 227(2): 450–8. doi: 10.1016/j.bbr.2011.04.023. Epub 2011 Apr 22.
- Steinberg L, Morris AS. Adolescent development and the regulation of youth behavior. *Annu Rev Psychol*. 2001; 52: 83–110.
- Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sci*. 2005; 9(2): 69–74.
- Steinberg L. Risk Taking in Adolescence: What Changes, and Why? *Ann NY Acad Sci*. 2004 Jan 1; 1021: 51–8.
- Tor J, Dolz M, Sintés A, et al. Clinical high risk for psychosis in children and adolescents: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; 27(6): 683–700. doi: 10.1007/s00787-017-1046-3.
- UNICEF Office of Research — Innocenti. The adolescent brain: A second window of opportunity. Florence: UNICEF Office of Research — Innocenti; 2017.

Wolfe BE, Goldfried MR. Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56(3): 448–51. doi: 10.1037/0022-006X.56.3.448.

World Health Organization. Health and well-being [Internet]. Geneva: World Health Organization. Dostupno na: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>

Yung AR, Stanford C, Cosgrave E, Killackey E, Phillips L, Nelson B, et al. Testing the Ultra High Risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophr Res.* 2006 May 1; 84(1): 57–66.

Uspostavljanje odnosa sa mladima — preduslov za pružanje psihosocijalne podrške

U ovom poglavlju se bavimo načinima uspostavljanja odnosa sa mladom osobom i upoznavanjem sa metodama rada MPUM. Ističu se važnost i način dobijanja pristanka od mlade osobe i njenog staratelja, ako se radi o maloletnom licu, te značaj, razlozi i način pružanja psihosocijalne podrške kroz model MPUM. Posebno se ističe značaj poverljivosti u radu s mladima i daju su precizni opisi značaja i uloge profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja u radu s mladom osobom. Posebno su definisani radni savez i participacija mladih u procesu psihosocijalne podrške.

Informisani pristanak, uspostavljanje radnog saveza između profesionalaca i mladih te aktivno uključivanje mladih predstavljaju glavne komponente u pružanju efikasne psihosocijalne podrške. Informisani pristanak poštuje autonomiju mladih i obezbeđuje da oni budu u potpunosti svesni prirode, svrhe, rizika i koristi od podrške koju će dobiti, što podstiče poverenje i ispunjava pravne i etičke standarde. Snažan radni savez, zasnovan na međusobnom poštovanju i saradnji, izuzetno je važan za podsticanje angažovanosti i motivacije, što vodi ka boljim ishodima. Pored toga, uključivanje u donošenje odluka osnažuje mlade, čini podršku relevantnijom i prilagođenom njihovim potrebama, a to na kraju poboljšava efikasnost intervencija i povećava verovatnoću dugoročnog uspeha.

Informisani pristanak: važnost i koraci postupanja

Na samom početku rada sa mladom osobom, a pre građenja elemenata opisanih u daljem toku ove publikacije (radnog saveza, dobijanja poverljivih informacija i primene psihosocijalnih intervencija), treba dobiti pisani informisani pristanak od mlade osobe (i njenog staratelja ako se radi o maloletnom licu). Veoma je važno da se mladima (i njihovim starateljima) obezbede resursi i informacije o intervencijama kako bi se osiguralo da oni u potpunosti razumeju u čemu će učestvovati. Preporučuje se da se sačine informativni list i formular informisane saglasnosti koji će sadržati sve glavne elemente.

Izuzetno je važno da mladi razumeju odnos prema poverljivosti informacija. Poverljivost znači da se ono o čemu se razgovara sa mladom osobom neće deliti sa drugima, osim ako postoji izričita saglasnost mlade osobe, a deljenje informacija se smatra korisnim za mladu osobu.

Značajno je da mladi (i njihove porodice) razumeju *razloge za učešće, način rada* i svoje *pravo na izbor* te da to neće negativno uticati na druge usluge u sistemu koje im pripadaju. Takođe, pristanak treba da

sadrži i podatke o tome ko rukuje poverljivim zdravstvenim podacima, ko ih čuva te ko, gde i pod kojim uslovima ima pristup tim podacima.

Poverljivost je ono što najviše brine mlade i oni ponekad izbegavaju da se obrate za pomoć jer se plaše da će za njihove probleme saznati porodica, prijatelji, nastavnici i vršnjaci u školi, na fakultetu, sadašnji/budući poslodavci itd. Poverljivost predstavlja imperativ za stručnjaka u odnosu sa mladom osobom i preduslov je dobrog radnog saveza i poverenja. Postoje, međutim, situacije koje predstavljaju izuzetke od ovog pravila: kada je mlada osoba u opasnosti da naudi sebi ili da oduzme život sebi, kada postoji rizik da mlada osoba naudi drugoj osobi ili da izvrši neko drugo teško krivično delo, kada nad mladom osobom neko sprovedi nasilje ili joj pretili. Takve situacije su posebno definisane zakonom (Zakon o zaštiti lica s mentalnim smetnjama i Zakon o zaštiti pacijenata). Pod posebnom naznakom je zlostavljanje i zanemarivanje dece i adolescenata; ako postoji čak i sumnja da se to dešava, prijavljivanje je obavezno, u skladu sa definisanim protokolima u različitim sistemima, odnosno opštem protokolu. Informacije se mogu otkriti i da bi se dobile informacije od drugih aktera odnosno da bi se oni angažovali i pomogli da mlada osoba pristupi uslugama podrške (ako se ne radi o hitnosti, treba dobiti saglasnost za to od mlade osobe u pisanoj formi). Zbog svega toga je važno da se na samom početku procene otvoreno porazgovara o nivou i ograničenjima poverljivosti.

Pravo na poverljivost savetovanja i bez pristanka roditelja ima svako dete bez obzira na uzrast, ali samo pod uslovom da je to **u najboljem interesu deteta**. Procena najboljeg interesa deteta je postupak kojim se donose odluke u vezi sa zaštitom i pravima deteta kako bi se osiguralo da svaka odluka bude u skladu s njegovim fizičkim, emocionalnim i razvojnim potrebama. Ta procena se koristi u porodičnom pravu, socijalnoj zaštiti, obrazovanju i zdravstvenoj zaštiti. Glavni koraci u proceni najboljeg interesa deteta jesu identifikacija detetovih potreba, uključivanje deteta u proces, analiza porodičnog i socijalnog okruženja, razmatranje rizika i zaštitnih faktora i dr.

Dete starije od 15 godina koje je sposobno za rasuđivanje samostalno daje pristanak na medicinsku meru. Međutim, ako dete odbije saglasnost, ona se obavezno traži od zakonskog zastupnika. Za dete mlađe od 15 godina uvek se traži saglasnost zakonskog zastupnika.

Stoga je pitanje u kojoj meri se poverljivost može obezbediti ako je intervencija u sistemu zdravstva, a dete je mlađe od 15 godina.

Dete, po Zakonu o zaštiti pacijenata, ima pravo na poverljivost podataka koji se nalaze u njegovoj medicinskoj dokumentaciji, a zdravstveni radnik je dužan da te podatke podeli sa zakonskim zastupnikom samo u slučaju ozbiljne opasnosti po život i zdravlje deteta. Dete mlađe od 15 godina nema pravo na poverljivost medicinske dokumentacije, što opet znači da je stepen poverljivosti nizak.

Poverljivost savetovanja ili savetodavnih intervencija sa detetom delimično je spomenuta u zakonima iz oblasti obrazovanja i socijalne zaštite. Određene odredbe mogu se naći u Pravilniku o programu svih oblika rada stručnih saradnika, koji propisuje da „dokumentacija sa rezultatima psiholoških ispitivanja, rezultati psihološke procene i nalaz spadaju u profesionalnu tajnu i mogu se dostaviti samo drugom psihologu i to za potrebe konsultacija, supervizije i istraživanja, kao i u slučaju prelaska deteta u drugu predškolsku ustanovu ili školu, odnosno učenika u drugu školu. Mišljenje psihologa koje se daje na osnovu psihološke procene i nalaza može se dostaviti nastavniku, direktoru, prosvetnom savetniku, prosvetnom inspektor. Ako mišljenje psihologa traže centar za socijalni rad, sud, međuresorna komisija, oni moraju uputiti školi pismeni zahtev sa obrazloženjem. Da bi se zaštitila privatnost i podaci lične prirode učenika i roditelja, odnosno staratelja, kao i propisana procedura psihološkog rada i proces rada uopšte, psiholog treba da ima zasebnu prostoriju za neposredni rad sa učenicima i roditeljima, odnosno starateljima.“ Pored toga, Pravilnik o organizaciji, normativima i standardima rada centra za socijalni rad propisuje da voditelj slučaja „poštuje privatnost korisnika i čuva poverljivost informacija

o korisniku". Međutim, postoji obaveza da se o rezultatima procene obavesti roditelj ili staratelj, osim ako bi se takvim obaveštavanjem ugrozili bezbednost korisnika odnosno tekuća ili predvidljiva istraga u prekrivičnom i krivičnom postupku.

Poverljivost i uključivanje porodice. S obzirom na važnost uključivanja porodice u intervencije, a posebno kada se radi o maloletnim osobama, postoji potreba da se uspostavi ravnoteža između prava mlade osobe na poverljivost i prava porodice da bude informisana. U tome može pomoći ohrabrivanje mlade osobe da sa porodicom podeli važne informacije, tamo gde se to može primeniti. Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i mlade osobe na početku rada treba da naprave dogovor oko količine i kvaliteta informacija koje će se deliti sa porodicom. Posebno treba obratiti pažnju na zakonsko pravo kompetentnih adolescenata. Kompetentnost se određuje kliničkom procenom stepena razvoja mlade osobe i njene sposobnosti da razume ono o čemu se razgovara, u kontekstu važećeg lokalnog i nacionalnog zakonodavstva. Zaposleni bi trebalo da provere koji zakon se primenjuje u njihovoj jurisdikciji.

Veoma je važno informisati mlade i njihove roditelje o *mogućim izazovima* koji prate učešće u intervencijama, npr. moguća uznemirenost kada se dođe do osetljivih pitanja i sadržaja, te o *koracima zbrinjavanja* u tom slučaju (javljanje profesionalcu sa kojim radi, odnosno drugom stručnjaku u toj ili drugoj službi). Mladjoj osobi posebno treba skrenuti pažnju na to koliko je važno da ona aktivno učestvuje u radu (što se detaljnije objašnjava kasnije u ovom poglavlju).

Uvek treba imati na umu da je saglasnost važna ne samo zbog zakonskih propisa i poštovanja zakonskih prava mlade osobe već i zbog poštovanja etičkih principa te uticaja transparentnog pristupa na uspostavljanje odnosa poverenja, na motivaciju pa i na uspešnost intervencija.

Principi rada sa mladima za profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade u različitim sistemima — uloge

Uloga profesionalaca u mentalnom zdravlju mladih je veoma važna, jer oni povećavaju šansu da će se otkriti potencijalne poteškoće u funkcionisanju, a onda i da će se adekvatno pomoći mladjoj osobi. Da bi se mladima pristupilo na integrativan način, moraju se uključiti i škola, zdravstvene ustanove, ustanove socijalne zaštite i zajednica. Uloga profesionalaca je složena zbog odgovornosti koju oni imaju, a u nastavku se navode preporuke koje im mogu olakšati tu ulogu.

- 1. Jasno obrazložite svoju ulogu.** Mladjoj osobi treba objasniti svoju ulogu i obrazložiti joj jasno šta se može, a šta ne može učiniti. Obrazložite joj kao stručno lice da može imati važnu ulogu u smanjenju stigme koja prati probleme sa mentalnim zdravljem te da može pomoći u podizanju svesti o mentalnom zdravlju i podsticanju da mladi što pre zatraže pomoć i podršku kada im to zatreba. Pokrenite sa mladom osobom temu o poverenju, poštujući poverljivost informacija koje se dobijaju, ali naglasite da će u situacijama za koje se smatra da mladu osobu dovode u opasnost biti obavesteni porodica ili osoba od poverenja. Unapred se dogovorite sa mladom osobom o tome šta će se otkriti, a šta neće. Organizujte se u okviru organizacije u kojoj radite kao profesionalac i razmotrite uključivanje bliskih osoba iz tima ili spoljnih profesionalaca.
- 2. Budite iskreni i transparentni.** Sadržaj aktivnosti treba da bude nešto u šta mladi veruju, nešto što im je važno i proces na koji oni mogu da utiču. Od samog početka budite iskreni u vezi s tim šta može, a šta ne može da se desi. Potrudite se da mladi ljudi dobiju informacije o procesima, pa i o onome što će se dešavati nakon profesionalnog angažmana.

- 3. Uspostavite kontakt.** Uspostavite dobar kontakt sa mladom osobom, posmatrajte je i uočite da li postoje znaci koji upozoravaju na neki problem. Budite pristupačni, otvoreno razgovarajte o mentalnom zdravlju i postavljajte pitanja otvorenog tipa kako bi mlada osoba imala priliku da daje opširnije odgovore. Slušajte mladu osobu sa punom pažnjom. Izbegavajte etiketiranje, generalizovanje, kritikovanje, osuđivanje i suprotstavljanje.
- 4. Ostavite pretpostavke po strani.** Izbegavajte pretpostavke o identitetu ili sposobnostima mlade osobe, jer one mogu negativno uticati na odnose i učešće mladih osoba.
- 5. Budite fleksibilni.** Ponudite nekoliko načina da se mladi uključe.
- 6. Budite pristupačni.** Obezbedite da sve prilike za lično angažovanje budu na pristupačnom mestu za mlade, npr. da su u blizini javnog prevoza, da se može pristupiti invalidskim kolicima ako je potrebno i sl. Pored toga, razmislite o vremenu i lokaciji, npr. da li će možda biti potrebno da se sastanci zakazuju posle radnog vremena odnosno školskih časova mlade osobe ili vikendom. Pobrinite se ne koristite stručni žargon i akronime kako bi mladi ljudi mogli da razumeju šta im govorite.
- 7. Postavite jasna očekivanja.** Stavite do znanja mladima šta njihov doprinos može da promeni i potencijalne oblasti uticaja.
- 8. Delujte što ranije.** Dajte mladoj osobi informacije o mentalnom zdravlju, naglasite da su to česti problemi koji se mogu rešiti. Ako mlada osoba ne želi da razgovara, predložite joj neku drugu opciju. Ostavite prostora da se mlada osoba naknadno javi ako promeni mišljenje — vrata za podršku su uvek otvorena. Pružite nadu i objasnite da se uz podršku stvari mogu poboljšati.
- 9. Budite dobar uzor.** Smanjite stigmatizaciju koju mlade osobe mogu da osećaju tako što ćete razgovarati o negativnim stereotipima i zabludama u vezi sa mentalnim zdravljem. Tokom razgovora koristite odgovarajući jezik kako bi vas mlada osoba što bolje razumela. Prilikom rada sa mladim osobama pazite i na sebe (npr. da li vam kao profesionalcu iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja opterećenje na poslu izaziva stres i sindrom izgaranja). Važno je da znate svoje granice i da zatražite pomoć i podršku kada zatreba, odnosno kada problem prevaziđe profesionalne kompetencije i granice.

Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji pružaju podršku mentalnom zdravlju mladih to čine iz različitih sektora, različitih profesija, različitih službi, različitih uglova poznavanja mlade osobe. Oni podršku pružaju u okviru različitih poslova i mladi ih mogu različito percipirati. Ipak, profesionalci imaju nešto zajedničko — znanje, veštine i pristup najtananim slojevima unutrašnjeg života mlade osobe. To sa sobom nosi veliki potencijal, ali i veliku odgovornost i velike izazove (npr. ponekad je odnos sa profesionalcem koji pruža podršku mentalnom zdravlju jedini odnos poverenja koji mlada osoba ima nakon niza razočarenja). Koji god da je kontekst pružanja podrške mentalnom zdravlju, ono što ostaje i što dovodi do promene, to je odnos između profesionalca i mlade osobe, koji predstavlja platformu za učenje i promenu u oblasti možda i najznačajnijih životnih veština.

Radni savez — odnos profesionalca iz oblasti mentalnog zdravlja i mlade osobe

Radni savez je profesionalni odnos koji se uspostavlja između profesionalca koji pruža intervencije i mlade osobe koja je prima. On podrazumeva različite interaktivne i relacione faktore između profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i mlade osobe do kojih dolazi tokom intervencija. To je, takođe, dogovor između njih da zajednički rade na ciljevima koji se odnose na dobrobit mlade osobe. Taj odnos i savez karakterišu empatija, poverenje i saradnički pristup. Kvalitet odnosa je osnova za usklađe-

nost i efikasnost intervencija i jedan je od najboljih indikatora pozitivnog ishoda intervencija. Emocionalni kvalitet i stabilnost radnog saveza spadaju u glavne faktore za postizanje odgovarajućih promena. U predviđanju promene radni savez je podjednako moćan, ako ne i moćniji od vrste pristupa i intervencija.

Uspostavljanje radnog saveza počinje **od prvog kontakta sa mladom osobom**. Početak je važan — treba imati na umu da se može desiti da prvi kontakt bude i jedini kontakt, zbog čega su prvi koraci veoma važni, jer postavljaju temelje za uspostavljanje poverenja ubuduće i daju motivaciju za nastavak kontakta i učešće u intervencijama.

Iako je važno da se razgovor usmeri ka elementima važnim za procenu, prilikom prikupljanja informacija treba ga voditi bez pritiska, tj. profesionalac treba da pokazuje da mu je stalo da upozna baš tu mladu osobu kako bi joj pomogao, da ima sluha za interesovanja i njene potrebe te da uvažava njen identitet i autonomiju. Da bi uspostavili optimalni savez u prikupljanju informacija, profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja potrebne su određene interpersonalne veštine u kontaktu sa mladom osobom, npr. fleksibilnost, toplina, empatija, poverljivost, aktivno slušanje, stavovi bez osuđivanja, strpljenje, pokazivanje poštovanja, poznavanje potreba mladih, kao i realna očekivanja od njih. Stoga bi profesionalac koji radi sa mladom osobom trebalo da bude dobro informisan o razvojnim stadijumima i promenama specifičnim za sve uzraste.

Izuzetno je važno da profesionalac posveti odgovarajuću pažnju perspektivi mlade osobe, da „stane u cipele“ mlade osobe (da je upozna i kroz ono što mlada osoba govori rečima i kroz ono što „govori“ neverbalnim izrazima), da izbegava etiketiranje i generalizacije (npr. kroz kategorije poremećaja), da se preispituje u ovom odnosu i da identifikuje prepreke koje potiču od stručnjaka (okidači, vrednosti) te da brine o sebi kako bi se sprečio nepovoljni uticaj izgaranja i stresa usled opterećenja poslom (o čemu će se više govoriti u nastavku).

Uspostavljanje i održavanje dobrog odnosa je neophodno u svakom trenutku, ali to može predstavljati veliki izazov, naročito sa mladim ljudima koji dolaze sa složenim potrebama, poput znakova ozbiljne traume, samopovređivanja i problema u funkcionisanju ličnosti. Zato je veoma važno uspostaviti odnos poverenja, kulturu bez krivice, imati snažnu timsku komunikaciju te razvijati veštine i iskustva u radu sa mladima, a po potrebi imati i ličnu superviziju drugih profesionalaca.

Iako je prikupljanje informacija i od drugih osoba (poput članova porodice) i, kasnije, uključivanje porodice u razgovore koji služe pružanju podrške adolescentu izuzetno značajno, ovo treba raditi tek kada se posveti dovoljno vremena razgovoru sa mladom osobom nasamo i kada se stručnjak uveri da je mlada osoba sa tim saglasna, pri čemu će joj stručnjak prethodno objasniti zašto je to neophodno. I ovde je važno napomenuti da su postupci u različitim sistemima drugačiji i da svako radi u skladu sa svojim zakonskim ovlašćenjima, ali da svi imaju isti interes — mentalno zdravlje i blagostanje mladih.

Tokom pružanja intervencija važno je biti dosledan i poštovati strukturu jer to daje mladim osobama doživljaj sigurnosti i podstiče zdrave granice potrebne za razvoj i pozitivnu promenu, ali istovremeno treba biti fleksibilan prema potrebama i jedinstvenom kontekstu mladih osoba i naći pravu meru ravnoteže.

Prekid radnog saveza. Prekidi su prirodan deo ovog odnosa, a mogu biti i korisni. Takođe, greške se dešavaju. Svi smo ponekad u ovakvom odnosu rekli nešto što smo mogli bolje da formulišemo. Ovo su pokazatelji prekida radnog saveza:

- mlada osoba počinje da se povlači u komunikaciji,
- pojačava se njena razdražljivost,
- ne ispunjava zadatke o kojima ste razgovarali,
- izbegava sastanke ili telefonske pozive.

Ako dođe do prekida radnog saveza, možete da porazgovarate sa mladom osobom o međusobnoj komunikaciji tako što ćete obazrivo pokrenuti pitanje o onome što se promenilo u vašem odnosu. Budite iskreni i priznajte da ste napravili grešku, ako ste je napravili. Prekid možete da iskoristite i kao novu priliku za produbljivanje radnog saveza.

Upućivanje na zdravstvene odnosno specijalizovane usluge. Profesionalac će ponekad tokom rada sa mladima prepoznati stanja koja zahtevaju upućivanje na zdravstveni sistem i u specijalizovane službe. Saznanje o potrebi za upućivanjem može kod mlade osobe i porodice rezultirati nelagodnim osećanjima, koja može pratiti i otpor prema obraćanju odgovarajućim službama. Stoga je veoma važno da se mlada osoba i porodica o tome obaveste pažljivo, na način koji uvažava njihova osećanja, pruža potrebne informacije odnosno objašnjenja i sadrži motivacione elemente podrške.

Uključivanje mladih

U rešavanju problema najvažnije je angažovanje mladih, jer se na taj način koristi njihovo lično iskustvo, omogućava im se da ostvare svoja prava, podstiče se lični razvoj i stiču se praktične veštine. Važno je biti autentičan, slušati i poštovati njihove stavove, biti iskren o ograničenju poverljivosti, osetljiv na njihova prethodna iskustva sa odraslima, dati izbor i stvoriti iskustva za donošenje odluka.

Međutim, mogu se javiti i barijere koje ometaju mlade ljude da stupe u kontakt sa profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i sa nadležnim službama. One su važne jer omogućavaju pripremu i pomagača i mlade osobe, a pomažu u razumevanju kako da se reše poteškoće u uspostavljanju odnosa. Barijere se mogu ticati direktno mlade osobe, njene porodice, samog profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, ali i faktora službi.

- Barijere koje se tiču mlade osobe su tipično dobro fizičko zdravlje mlade osobe (osoba nema potrebu da se obrati stručnjaku), ograničeno iskustvo u kontaktu sa zdravstvenim službama i traženju pomoći te značajne razvojne promene (kognitivne, socijalne, fizičke, emocionalne). Mlada osoba će se pre usmeriti na vršnjačke relacije nego na odrasle osobe, a mogući su i individuacija i oslanjanje na sebe.
- Barijere koje se tiču porodice jesu specifična simptomatologija (paranoja, grandioznost ili negativni simptomi) i nivo svesti, stigma i kulturni faktori, porodična istorija bolesti, prethodno iskustvo sa službama, način upućivanja i iskustva u traženju pomoći.
- Barijere koje nastaju na strani profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja obuhvataju lične stavove, nivo iskustva, transfer i kontratransfer, opterećenje poslom, „slepe mrlje” (nešto što stručnjak ne primeti, odnosno što previdi) i sindrom izgaranja (*burnout*).
- Faktori službi se odnose na iskustva u vezi sa putevima kojima se stiže do nege (ponavljanje), lokacijama i pristupačnošću, troškovima, naklonjenosti prema mladima, listama čekanja, ishitrenim procenama, opterećenjem i neorganizovanim pružanjem nege.

Koncept učešća mladih aktivno izbegava aktivnosti sa mladima kao objektom, npr. ubeđivanje i edukacija, i fokusira se na zajedničke aktivnosti kao što su kodizajn i koprodukcija, u kojima mladi ljudi mogu samostalno da izaberu kako će učestvovati. Kodizajn označava proces dizajna usluga ili proizvoda koji u donošenje odluka uključuje ljude na koje će te odluke uticati. Koprodukcija je proces u kome se u pružanje usluga uključuju i ljudi koji koriste usluge.

Ovo su neki od glavnih principa učešća mladih:

- Mladi ljudi se poštuju, vrednuju i zavređuju poverenje.
- Mladi ljudi se cene i vide kao bezbedni i prijatni.

- Glas mladih se čuje i njihove ideje se realizuju.
- Mladi dele moć i odgovornost za donošenje odluka.
- Mladi ljudi su profesionalci i partneri.
- Mladima se pruža podrška u izražavanju mišljenja.

Učešće mladih može da se poboljša na razne načine (obrazovanjem i poboljšanjem kapaciteta) kroz dostupne informacije i materijale prilagođene mladima. Mogu se i osnivati grupe i mreže preko kojih bi mladi mogli da donose različite odluke koje se tiču njih samih. Obavezno se treba fokusirati i na uključivanje marginalizovanih društvenih grupa.

Učešće mladih može se opisati na nekoliko načina:

- **Neetičko učešće ili bez učešća mladih** — U većini društava većina adolescenata ima malo ili nema nimalo mogućnosti da iznese svoje stavove i mišljenja.
- **Konsultativno učešće** — Odrasli iniciraju i vode učešće i upravljaju njime. Ne postoje mogućnosti da adolescenti kontrolišu ishode. Potrebno je prepoznavanje dodatne vrednosti kojoj mogu doprineti perspektiva, znanje i iskustvo adolescenata.
- **Kolaborativno učešće** — Odrasli iniciraju učešće, ali postoje partnerstva sa adolescentima, što omogućava adolescentima da utiču na proces i ishod odnosno da ih dovode u pitanje. Omogućava se povećanje nivoa samostalnog delovanja adolescenata tokom određenog vremenskog perioda.
- **Učešće vode adolescenti** — Adolescenti sami identifikuju probleme, odrasli su tu da ih prate, savetuju i da im pružaju podršku.

Ovo su najčešće metode i alati za uključivanje mladih:

- kofacilitacije, radionice, konferencije ili programi,
- konsultovanje i partnerstvo u istraživačkim aktivnostima,
- inicijative koje vode mladi,
- konsultacije o različitim aktivnostima.

Kroz postavljanje pitanja mogu se ipak čuti različite opcije i može se svima dati šansa da učestvuju na neki način. Treba razmisliti i o tome kako različita iskustva i životni kontekst mogu da utiču na angažovanje mladih — jezik, nacionalnost, socio-ekonomski status, iskustvo sa pravosudnim sistemima, iskustvo sa sukobima, iskustvo sa različitim političkim, društvenim, ekološkim kontekstima.

Tokom kreiranja grupe mladih sa kojima se sprovode konsultacije važno je obratiti pažnju na inkluzivnu i raznoliku zastupljenost mladih u aktivnostima i na uspostavljanje partnerstva sa već formiranim grupama (sportskim timovima, školama itd.). Treba prikupiti informacije važne za mlade osobe i kontakte za hitne slučajeve, a zatim dati mladima sve neophodne informacije o temi kojom će se baviti kako bi znali na šta pristaju. Dobro je dati mladima više opcija kako bi mogli da učestvuju u radu.

Nakon učešća uvek je korisno da se razmene utisci, da se porazgovara o problemima i dobrim odlukama, da se mladi obaveste o tome šta je njihov doprinos te da se upoznaju sa ishodima i narednim koracima.

Reference

Cahill SM, Egan BE, Seber J. Activity-and occupation-based interventions to support mental health, positive behavior, and social participation for children and youth: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2020 Mar 1; 74(2): 7402180020p1-28.

Checkoway B. What is youth participation? *Children Youth Serv Rev*. 2011; 33(2): 340–5. doi: 10.1016/j.chilgyouth.2010.09.017.

Green J. Annotation: the therapeutic alliance—a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 May; 47(5): 425–35.

Hart RA. Children's participation: From tokenism to citizenship. *Innocenti Essays*. UNICEF International Child Development Centre; 1992.

Hart RA. Children's participation: from tokenism to citizenship. Florence (Italy): UNICEF International Child Development Centre; 1992. (Innocenti essays; no. 4). 44 p.

McCabe E, Amarbayan M, Rabi S, Mendoza J, Naqvi SF, Thapa Bajgain K, Zwicker JD, Santana M. Youth engagement in mental health research: a systematic review. *Health Expectations*. 2023 Feb; 26(1): 30–50.

Orygen. Co-designing with young people: the fundamentals. Parkville (Australia): Orygen; 2020. Dostupno na: <https://orygen.org.au/Training/Resources/Service-knowledge-and-development/Guidelines/Co-designing-with-young-people-The-fundamentals>

Orygen. Priručnik za partnerstva sa mladima. Dostupno na: <https://orygen.org.au/Training/Resources/General-resources/Research-bulletins/Youth-partnerships-in-mental-health>

Owens RL, Waters L. What does positive psychology tell us about early intervention and prevention with children and adolescents? A review of positive psychological interventions with young people. *The Journal of Positive Psychology*. 2020 Sep 2; 15(5): 588–97.

Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016; 387(10036): 2423–78.

Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. 1957; 21(2): 95–103. doi: 10.1037/h0045357.

Ryan R, Berry K, Hartley S. Therapist factors and their impact on therapeutic alliance and outcomes in child and adolescent mental health—a systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*. 2023 May; 28(2): 195–211.

UNICEF. Convention on the Rights of the Child [Internet]. Dostupno na: <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>

United Nations Youth. Youth participation. Dostupno na: <https://www.un.org/development/desa/youth/what-we-do/youth-participation.htm>

World Health Organization. Adolescent mental health. 2020. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Psihosocijalne intervencije — Minimalni paket usluga za mlade (MPUM)

Minimalni paket usluga za mlade (MPUM) za profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja iz tri sektora predstavlja sveobuhvatan okvir osmišljen da odgovori na potrebe adolescenata i mladih u oblasti mentalnog zdravlja. On integriše niz psihosocijalnih intervencija, između ostalog i procenu problema prema kojima se pravi plan intervencija (inicijalna procena) te skup psihosocijalnih intervencija i koraka postupanja koji se mogu pružati u svim bitnim sistemima koji imaju kontakt sa mladim osobama. MPUM se zasniva na principima dostupnosti, inkluzivnosti i kontinuiteta nege, a omogućava da adolescenti dobiju pravovremene i odgovarajuće usluge kroz različite sektore (zdravstvo, obrazovanje i socijalna zaštita).

Osnovne komponente minimalnog paketa usluga za mlade podrazumevaju:

1. **procenu problema** prema kojoj se pravi plan intervencija (inicijalna psihosocijalna procena), što obuhvata identifikaciju glavnih domena funkcionisanja, specifičnih tegoba i rizika koji zahtevaju upućivanje specijalizovanim službama, procenu nivoa teškoća i nivoa funkcionisanja te formulisanje problema kroz faktore predispozicije (faktore podložnosti), faktore precipitacije (faktore koji okidaju problem), faktore perpetuacije (faktore koji održavaju problem) i protektivne faktore (faktore koji štite);
2. podršku kroz **psihosocijalne intervencije**, što obuhvata intervencije u okviru životnog stila odnosno intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije (za regulisanje teških emocija i svakodnevnih aktivnosti, izgradnju veština rešavanja problema i komunikacije), podršku zasnovanu na znanjima o traumi (kao širi pristup mladima sa traumatskim iskustvom), porodične intervencije, glavne korake u zbrinjavanju mladih u riziku i mladih kojima je potrebno hitno upućivanje u specijalizovane službe i glavne korake u fazi oporavka; psihosocijalne intervencije se pružaju na različite načine (individualno, grupno, uživo, onlajn), uz uvažavanje principa razumevanja kontinuuma razvojnih promena i mentalnog zdravlja mladih, važnosti ranih intervencija i aktivnog učešća mladih.

Procena problema prema kojima se pravi plan podrške (psihosocijalna procena)

Ovo poglavlje opisuje inicijalnu procenu mentalnog zdravlja mladih kao prvi korak u pružanju psihosocijalne podrške. Razumevanje teškoća i jedinstvene ličnosti mlade osobe izuzetno je važno za postavljanje ciljeva i planiranje podrške. Psihosocijalna procena predstavlja sveobuhvatni pristup koji identifikuje glavne oblasti funkcionisanja mlade osobe, teškoće u tim domenima, faktore rizika i zaštitne faktore. Najvažniji elementi procene obuhvataju prikupljanje podataka o socio-demografskim karakteristikama, domenima psihosocijalnog funkcionisanja (kao što su dom, obrazovanje, aktivnosti, odnosi, upotreba psihoaktivnih supstanci, ponašanje, anksioznost, ishrana, teškoće iz spektra depresije, rizik od suicida, psihoze i manije), nivou teškoća i aktuelnog funkcionisanja te formulisanje problema kroz identifikaciju faktora predispozicije, precipitacije i perpetuacije i protektivnih faktora. U ovom poglavlju se navode i vrste instrumenata (intervju, upitnici samoprocene, skale procene) koje profesionalcima pomažu u proceni te u praćenju nivoa izraženosti teškoća i napretka kroz tok podrške.

Početni korak u pružanju podrške mentalnom zdravlju podrazumeva *procenu* sa kakvim se teškoćama u domenu mentalnog zdravlja mlada osoba nosi. Razumevanje teškoća i unikatne ličnosti mlade osobe predstavlja temelj za postavljanje ciljeva, planiranje podrške te za eventualno prepoznavanje tegoba zbog kojih tu osobu treba usmeriti na traženje pomoći u okviru zdravstvenog sistema.

Nije jednostavno, međutim, operacionalizovati i „izmeriti“ nečije mentalno zdravlje i blagostanje. Kad je u pitanju adolescentni i postadolescentni uzrast, teškoće se ponekad mogu manifestovati na nespecifičan način, a manifestacije različitih problema mogu da se preklapaju ili da menjaju oblik. Takođe, može biti prisutno više različitih problema odjednom, a može se desiti i da teškoće koje donose disfunkcionalnost ne dostignu nivo koji zahteva intenzivnu podršku. Postoji i rizik od „samodijagnostikovanja“, kada mlada osoba istražuje problem na internetu i postavlja sebi dijagnozu; to može voditi do samoetiketiranja na negativan način, ali i dovesti do romantizacije i glorifikacije stanja, zbog čega se javljaju otpori prema rešavanju problema mentalnog zdravlja. Kako je govorio Hipokrat, „dalekovid“ otac medicine, često je manje važno koju bolest ima čovek, važnije je koji čovek ima bolest. Slično tome, psihosocijalna podrška se ne pruža problemu, već ličnosti koja ima teškoće — podrška je usmerena na osobu.

Sve navedeno govori u prilog potrebi da se sa tradicionalnog medicinskog modela pređe na drugačiji način pružanja podrške mentalnom zdravlju osobe, koji se odvija u zajednici (školi, omladinskim centrima, ustanovama socijalne zaštite), u okviru u kome se psihosocijalna podrška planira na način koji se izbegava stigma, koji omogućava fokus na osobu i koji profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja iz različitih profesija i sektora (dakle i van zdravstvenog sektora) omogućava da pomognu svim mladima koji imaju potrebe u domenu mentalnog zdravlja. Naravno, to ne umanjuje potrebu koja i dalje postoji — da se postavi dijagnoza kada su mladoj osobi potrebni psihijatrijska procena i tretman i taj postupak se vezuje za zdravstveni sistem, ali se širi polje mogućnosti za pružanje pomoći onima sa blažim tegobama koje mogu predstavljati uvod u ozbiljnije probleme ako se ne interveniše na vreme, kao i onima kojima je psihosocijalna podrška potrebna tokom i nakon psihijatrijske eksploracije i tretmana. Važno je da se fokus stavi na mladu osobu, odnosno na njeno funkcionisanje i potrebu za podrškom, jer kako je već rečeno, funkcionisanje je ono što se suštinski narušava kada postoje mentalne tegobe, a što je presudno za dalji razvoj i buduće funkcionisanje.

Procena problema prema kojima se pravi plan podrške (psihosocijalna procena) predstavlja sveobuhvatni pristup koji na individualizovan način identifikuje oblasti funkcionisanja mlade osobe (najvažnije sfere života), teškoće u tim domenima koje ukazuju na eventualne znake upozorenja na mentalne poremećaje, faktore rizika i zaštitne faktore. Procena problema predstavlja kamen temeljac i za planiranje ranih vidova podrške i za planiranje podrške u različitim fazama. Ona se obavlja tokom prvog ili prvih razgovora između mlade osobe i profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja (ponekad procena može iziskivati i dva-tri razgovora, a procena se može ponavljati i tokom pružanja podrške ako se saznaju novi podaci, ako se promene okolnosti i ako se javi potreba za novim načinom razumevanja problema). Tokom procene problema profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja mogu prikupljati informacije i od drugih stručnjaka iz sistema gde mlada osoba boravi (prosvete, socijalne zaštite, zdravstva, pri čemu nastavnici i razredni starešina mogu predstavljati značajan izvor informacija posebno u ovoj fazi) ili od bliskih osoba (roditelji, staratelji, prijatelji). Uvek je važno da se vodi računa o načinu prikupljanja podatka kako bi se obezbedila poverljivost, o čemu je već bilo reči.

Pre obavljanja procene mora se pribaviti saglasnost (razgovor o poverljivosti i ograničenjima poverljivosti, informisanje mlade osobe u vezi sa procenom i informisana saglasnost; o tome je takođe već bilo govora u ovoj publikaciji).

Glavni elementi procene. Inicijalna procena počinje upoznavanjem sa mladom osobom i uzimanjem socio-demografskih i opštih podataka. Da bi se omogućio odgovarajući „nadzor“ nad psihosocijalnim stanjem dece, adolescenata i mladih, svi koji su u svakodnevnom kontaktu sa njima moraju se obučiti da prepoznaju znake patnje mlade osobe, i to tako što će a) **prikupiti podatke** o *glavnim domenima psihosocijalnog funkcionisanja*, o *ranim znacima upozorenja* i *znacima problema mentalnog zdravlja* te o tome da li je prisutno stanje *neposrednog rizika* koje zahteva neodložno upućivanje specijalizovanim službama i b) organizovati dobijene podatke na strukturiran način tako da se **formulišu problemi u funkcionisanju**, tj. sačini „priča“ o mladoj osobi i njenim snagama i teškoćama (problemu, podložnostima, okidačima i zaštitnim faktorima), i postave temelji za formulisanje cilja podrške.

a) Prikupljanje podataka

a.1. Sadržaj podataka koji se prikupljaju

Prikupljanje podataka treba da bude usmereno na procenu glavnih domena psihosocijalnog funkcionisanja:

- **Dom i okruženje** — podaci o članovima porodice (socio-demografski podaci, podaci o mentalnom i fizičkom zdravlju), domaćinstvu, seljenju, odnosima kod kuće (bliskost, zabrinjavajući problemi, rasprave), doživljaju bezbednosti (nasilje), boravljenju van kuće;
- **Obrazovanje i zaposlenje** — da li se mlada osoba školuje, da li radi ili je nezaposlena, koliko je zadovoljna školovanjem ili svojim radnim statusom, kako se tamo oseća, da li odsustvuje iz škole ili sa posla, kako se nosi sa obavezama, kako se slaže sa vršnjacima, nastavnicima, kolegama, kako doživljava pitanja bezbednosti (nasilje), uključujući i digitalno;
- **Aktivnosti** — šta mlada osoba voli da radi i kako provodi dan, da li ima prijatelje (da li su oni većinom iz škole odnosno sa posla, da li su vršnjaci), koliko prijatelja ima i ima li bliske prijatelje, kako i koliko se druži, da li i koliko provodi vreme sama i šta misli o tome, koliko vremena provodi sa porodicom i u kojim aktivnostima, šta radi vikendom, da li se oseća usamljeno ili izopšteno;
- **Alkohol i droga** — da li mlada osoba pije alkohol, da li puši cigarete, da li je probala ili koristila druge supstance (drogu), ako jeste, šta, kada prvi i kada poslednji put, koliko često i u kojoj količini (i koliko najduže nije bilo korišćenja u poslednja tri meseca), kakav ima odnos prema tome, da li je razmišljala ili pokušavala da prekine s tim i kako je to prošlo, da li koristi alkohol i/ili droge da bi se osetila smire-

no, opušteno, raspoloženije, da li zbog korišćenja supstanci ima problema sa porodicom, prijateljima, policijom, sudskim organima, da li je neko iz okruženja primetio da postoji problem mlade osobe sa alkoholom ili drogom, detalji oko nabavljanja supstanci, epizoda korišćenja (napijanja), da li neko u porodici konzumira supstance i kakav je odnos mlade osobe prema tome;

- **Odnosi i seksualni život** — da li mlada osoba ima partnersku vezu sada ili ju je imala u prošlosti, podaci o kvalitetu i trajanju veza, podaci o intimnim odnosima, o zadovoljstvu seksualnim životom i eventualnim neprijatnim iskustvima iz seksualnog života koja se vezuju za partnera, porodicu ili zajednicu, o korišćenju zaštite i testiranju na polno prenosive infekcije, o doživljaju bezbednosti u intimnim odnosima (nasilje);
- **Problemi u ponašanju i rizična ponašanja** — podaci o namernom samopovređivanju bez suicidalnih misli (kada, koliko često, da li je razlog nošenje sa stresom i emocijama, da li je bila uključena medicinska pomoć, da li je bilo drugih rizičnih ponašanja (nebezbedni intimni odnosi, rizična vožnja), da li je bilo nasilnih želja ili ponašanja prema drugima (i šta mladu osobu sprečava da to uradi), da li ima doživljaj odsustva kontrole nad svojim ponašanjem, da li je bilo problema sa policijom, u školi, da li pripada nekoj grupi ili bandi;
- **Anksioznost** — podaci o postojanju neuobičajene anksioznosti, nervoze, stresa kod mlade osobe, o ovakvim osećanjima bez uočljivih razloga, o tome kako izgledaju te epizode, da li ima reakcija izbegavanja i kako to utiče na svakodnevno funkcionisanje, da li previše brine o stvarima nad kojima nema kontrolu, podaci o eventualnoj potrebi da sve radi iznova (prisilno) ili o preokupiranosti savršenstvom ili o drugim neobičnim mislima i šta o tome misle porodica i prijatelji;
- **Ishrana** — podaci o tome da li mlada osoba ima brige o telu i težini, da li nešto radi da kontroliše težinu i šta, da li je bilo promena u težini, da li porodica ili prijatelji brinu zbog težine mlade osobe ili njenog odnosa prema telu i ishrani, da li ima epizoda nekontrolisanog jedenja, povraćanja, uzimanja tableta radi mršavljenja, da li, koliko i kako vežba, podaci o tome kako vidi svoje telo i sl.;
- **Tegobe iz spektra depresije i vezane za samoubistvo (radi upućivanja na specijalističku podršku)** — podaci o raspoloženju mlade osobe i da li se oseća tužno više nego obično, kada se javljaju te epizode i koliko traju, da li postoji gubitak interesovanja, volje, problem sa spavanjem, da li se povlači iz aktivnosti sa prijateljima i porodicom, da li je bilo pokušaja da sebe povredi radi smirenja ili boljih osećanja, da li koristi alkohol ili droge da se opusti ili oseti raspoloženije, da li ima razmišljanja o smrti, samoubistvu, da li ima plan samoubistva;
- **Tegobe vezane za psihozu i maniju (radi upućivanja na specijalističku podršku)** — podaci o tome da li mlada osoba ponekad čuje ili vidi ono što se čini da drugi ne čuju i ne vide, da li to donosi uznemirenje i koliko često, da li ima utisak da neko želi da joj naudi, da li se ikada oseća izuzetno optimistično ili živahno, euforično, kao da je ceo svet njen, da li joj se događalo da noćima ne spava i koliko to traje, da li doživljava kao da ima posebne moći i posebnu važnost, da stvari imaju značenje posebno namenjene samo njoj, da neko drugi kontroliše njene misli, osećanja, želje, postupke ili da njene misli drugi mogu da saznaju ili da „čitaju“.

Važno je postaviti i pitanja o obimu i načinu korišćenja interneta, digitalnih sadržaja te o aktivnostima povezanim sa kockom i klađenjem.

Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja na osnovu iskustva i postojećih informacija procenjuju da li će i kada prikupljati sve podatke putem intervjua sa mladom osobom (osetljiva pitanja koja se odnose na samopovređivanje, suicid, zlostavljanje, traumu); oni treba dobro da procene u kom momentu će postavljati osetljiva pitanja, a pre nego što počnu da ih postavljaju, treba da se potrudie da mlada osoba razvije doživljaj poverenja između sebe i profesionalca. Važnost ovih pitanja je nesporna, ali je važno i u kom momentu i na koji način se ona postavljaju.



Pitanja o glavnim domenima funkcionisanja pružaju mogućnost eksploracije tegoba u oblasti mentalnog zdravlja (bilo da su u pitanju rani znaci ili razvijeniji problemi) te prepoznavanje stanja neposrednog rizika koja podrazumevaju neodložno upućivanje specijalizovanim službama, npr. rizik od suicida, samopovređivanje, trpljenje nasilja i trauma, rizik od činenja nasilja, psihotična ispoljavanja, sumnja na manično ponašanje, poremećaji ishrane, problemi sa upotrebom psihoaktivnih supstanci i drugih rizičnih adiktivnih obrazaca, teška forma depresivnih ili anksioznih tegoba koje dovode do izuzetne disfunkcionalnosti (npr. sumnja na opsesivno-kompulzivni poremećaj). Pored kvalitativnih podataka u opisanim domenima, značajni su i podaci koji govore o tome kolika je neka teškoća ili koliki je aktuelni nivo funkcionalnosti. Mlade svakako treba pitati da li su prethodno već tražili i dobili neku vrstu podrške i u kojim službama te da li je bilo poboljšanja ili pogoršanja teškoća. Na kraju, važno je pružiti priliku mladim osobama da iznesu svoja iskustva iz oblasti koje nisu obuhvaćene postavljenim pitanjima, a koje one smatraju važnim, odnosno da dopune podatke naknadno ako se sete nečeg važnog.

Treba naglasiti da neke informacije možemo da prikupljamo iz različitih izvora, npr. od prijatelja, nastavnika ili roditelja, ili samom opservacijom tokom razgovora.

a.2. Instrumenti za prikupljanje podataka i procenu

Intervju. Inicijalni i centralni deo svake psihosocijalne procene predstavlja intervju sa mladom osobom. Svrha intervjuja je prikupljanje informacija koje su neophodne za procenu nivoa psihosocijalnog funkcionisanja, prepoznavanje teškoća i rizika kod mlade osobe i formulisanje problema. Međutim, intervju je istovremeno vrlo važna prilika za postavljanje temelja radnog saveza i inicijalne motivacije mlade osobe da aktivno participira i usmeri se na pravljenje neophodnih promena.

Za uspostavljanje optimalnog saveza u prikupljanju informacija, profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja su potrebne određene interpersonalne veštine u kontaktu sa mladom osobom (navedene u delu o radnom savezu), a najvažnije su toplina, empatija, fleksibilnost, poverljivost, aktivno slušanje, stavovi bez osuđivanja, strpljenje, pokazivanje poštovanja, poznavanje potreba mladih i realna očekivanja od njih. Iako profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja imaju ograničeno vreme i može se desiti da žure da saznaju što više podataka koji će im pomoći da naprave procenu, treba da imaju na umu da je u centru upoznavanja mlada osoba koja ima teškoće (a da nisu u centru teškoće koje se javljaju kod mlade osobe) i u skladu s tim treba da vode razgovor. Važno je, takođe, imati na umu da mlada osoba često oseća neprijatnost i strah, delom zbog teškoća koje ima, delom i zbog toga što o njima treba da razgovara sa nekom koga ne poznaje. Zato je uvek najbolje da razgovor započne relaksiranim pitanjima koja nisu direktno vezana za teškoće, već za druge aspekte mlade osobe, a da bi se onda pažljivo i postepeno razgovor usmerio na informacije o problemima (ovaj „algoritam“ može važiti i za svaki domen pojedinačno). Kao što je već spomenuto, mladoj osobi je poverljivost veoma važna i oko toga postoji dosta briga. Zbog svega navedenog je važno da se na samom početku procene otvoreno porazgovara o nivou i ograničenjima poverljivosti i da se taj razgovor ponovi ako se za tim javi potreba tokom pružanja podrške. Kada je u pitanju poverljivost, od pomoći je i opšta atmosfera poverenja koju profesionalac treba da stimuliše. Profesionalac treba da predoči mladoj osobi da je on za nju osoba od poverenja koja joj pomaže u problemima i koja je tu da odgovori na pitanja mlade osobe. Profesionalac mladoj osobi treba da stavi do znanja da mu je istinski stalo da joj pomogne da vodi potpuniji i zdraviji život. Na kraju, osim o teškoćama, sa mladom osobom treba razgovarati i o identifikovanim potencijalima i prednostima — to treba naglasiti i potkrepiti kako bi mlada osoba shvatila da su i snage, pored teškoća, deo života i kako upravo one predstavljaju oslonac na putu ka funkcionalnosti.

Tokom intervjuja, pored odgovora na pitanja i onoga što se iskaže rečima, veliki značaj za procenu ima i direktno posmatranje neverbalnih ekspresija mlade osobe (izrazi lica, neverbalni zvukovi, držanje tela i sl.), koji ponekad mogu „dopunjavati“ verbalnu ekspresiju, a ponekad mogu biti i u neskladu sa njom.

Pored intervjua sa mladom osobom, podatke treba prikupljati i od drugih značajnih lica, poput članova porodice, koja mogu da pomognu profesionalcu iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja ne samo da potvrdi ili razjasni podatke o mladoj osobi već i da sazna više o međuljudskim odnosima i funkcionisanju porodice, roditeljstvu i drugim faktorima. To treba učiniti tek kada se posveti dovoljno vremena razgovoru „jedan na jedan“ sa mladom osobom nasamo i kada se profesionalac uveri da je mlada osoba saglasna sa tim, pri čemu on treba da joj objasni zašto je razgovor sa porodicom ili drugima neophodan. Ima, međutim, različitih situacija, pa i onih kada mlada osoba želi da članovi porodice iniciraju neki proces podrške. Drugo, u nekim situacijama roditelji budu prvi davaoci informacija jer profesionalac nije uočio da postoji potreba za podrškom. Treće, postoje situacije kada će profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja u školi ili ustanovi socijalne zaštite prvu informaciju dobiti od zdravstvene ustanove, a ta će informacija zahtevati da se najpre prikupe informacije od roditelja/porodice kako bi se uopšte razmotrilo da li i na koji način treba pristupiti mladoj osobi. Svakoj mladoj osobi i svakoj situaciji treba pristupati individualno, a ne šablonski, prvenstveno uz poštovanje potreba ličnosti mlade osobe.

Kada je u pitanju način vođenja intervjua, u tome profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja mogu pomoći instrumenti koji pružaju strukturu za uzimanje podataka. Kako je već spomenuto, bitno je da inicijalna psihosocijalna procena mladih bude temeljna i da obuhvati deset glavnih domena funkcionisanja kako bi se na osnovu nje mogao odabrati odgovarajući pravac dalje podrške. Takav pristup proceni zasniva se na metodologiji instrumenta HEADSS (*Home, Education/employment, peer group Activities, Drugs, Sexuality, and Suicide/depression*), odnosno revidirane verzije Headspace Psychosocial Assessment, koje predstavljaju standardizovani okvir za polustrukturirano prikupljanje informacija o mladima u cilju bolje procene njihovih potreba i planiranja intervencije. Institut za mentalno zdravlje je, na osnovu svog stručnog iskustva, predložio upravo ove domene kao relevantne i primenljive u svim sektorima (zdravstvu, obrazovanju i socijalnoj zaštiti). Međutim, važno je razviti i primeniti standardizovani i unifikovani instrument za procenu koji bi se koristio u svim sistemima, po uzoru na spomenute instrumente, kako bi se obezbedili doslednost i kvalitet usluga.

HEADSS intervju, odnosno revidirana verzija Headspace Psychosocial Assessment, je originalno razvijen kako bi ga stručnjaci različitih stručnih profila primenjivali u zdravstvenom sektoru, ali autori ove publikacije iz Instituta za mentalno zdravlje smatraju da se taj pristup može uspešno primenjivati i u obrazovanju i u socijalnoj zaštiti uz dodatna prilagođavanja. Međunarodni primeri (npr. YouthCHAT) potvrđuju mogućnost primene instrumenta samoprocene zasnovanog na instrumentu HEADSS i u školskim sredinama.

Dodatni instrumenti. Pored intervjua, u proceni mogu pomoći instrumenti poput skala procene koje ocenjuje profesionalac i upitnika samoprocene, a koji mere nivo izraženosti teškoća ili aktuelni nivo funkcionisanja. Reč je o instrumentima koji se primenjuju u zdravstvenom sistemu, a ovde se pominju radi boljeg razumevanja procesa procene u okviru tog sistema. To nije važno samo zbog procene početnog nivoa teškoća i funkcionalnosti, već i zbog mogućnosti praćenja napretka u smislu smanjenja teškoća i povećanja funkcionalnosti kroz tok podrške. Prilikom izbora ovakvih instrumenata veoma je važno da oni pokazuju odgovarajuća psihometrijska svojstva i da su prilagođeni za upotrebu kod mlade populacije u našoj zemlji.

Upitnici samoprocene imaju praktičnu vrednost, lagodniji su za korisnika, štede vreme i lakše se zadaju i boduju, uz minimalnu obuku. Primer ovakvog upitnika jeste Upitnik snaga i teškoća (*Strengths and Difficulties Questionnaire — SDQ*) za procenu emocionalnih teškoća, teškoća iz domena problema ponašanja, hiperaktivnosti i pažnje, problema u odnosima sa vršnjacima (teškoće) te za procenu prosocijalnog ponašanja (snage). Taj upitnik mogu zadati mladima stručnjaci obučeni za pružanje MPUM iz različitih sektora.

Postoje i dodatni instrumenti koji su pre svega namenjeni obučanim stručnjacima u zdravstvenom sistemu ili istraživačima:

- Upitnici koji procenjuju nivo izraženosti tegoba iz spektra depresije (npr. Upitnik o zdravlju pacijenata 9 (*The Patient Health Questionnaire 9* — PHQ-9)) i anksioznosti (npr. Upitnik o generalizovanom anksioznom poremećaju (*Generalized Anxiety Disorder Questionnaire 7* — GAD-7)), koje obično primenjuju obučeni profesionalci u zdravstvenom sektoru ili istraživači.
- Skale tegoba koje procenjuje profesionalac ocenjuju intenzitet tegoba u domenu mentalnog zdravlja na osnovu direktnog posmatranja ili odgovora mlade osobe na specifična pitanja (postoji širok raspon skala koje procenjuju šire polje problema ili su specifične za poremećaj mentalnog zdravlja, npr. Hamiltonove skale za procenu simptoma depresije odnosno anksioznosti (*Hamilton Depression Rating Scale*, *Hamilton Anxiety Rating Scale*), Skala Univerziteta Kolumbija za procenu suicidnosti (*Columbia Suicide Severity Rating Scale* — C-SSRS) i dr. Važno je naglasiti da je za ovakve instrumente potrebna specifična obuka.

Pored procene izraženosti tegoba, ovakvim tipom instrumenata može se proceniti i aktuelni nivo funkcionalnosti. Primer za to je Skala procene socijalnog i radnog funkcionisanja (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale* — SOFAS), koja je uključena u polustrukturirani intervju HEADSS, a čiju ocenu obavlja obučeni profesionalac na skali od 0 do 100.

b) Formulisanje problema

Kada prikupi informacije, profesionalac zajedno sa mladom osobom utvrđuje oblasti u kojima ona ima poteškoće te oblasti u kojima se dobro snalazi. Profesionalac prepoznaje dominantan problem (teškoće) i **formuliše** ga u okviru četiri glavne grupe faktora (**4P**):

- faktori **predispozicije** — podložnost određenom problemu, odnosno aspekti biološkog, psihološkog i socijalnog konteksta mlade osobe koji je čine podložnom postojećim problemima (npr. istorija mentalnih poremećaja u porodici);
- faktori **precipitacije** — aktuelna iskustva i događaji koji su doveli do toga da mlada osoba ima sadašnje tegobe, odnosno faktori koji su neposredno prethodili problemu i bili njegov okidač (npr. vršnjačko nasilje);
- faktori **perpetuacije** — faktori koji uzrokuju da se tegobe mlade osobe održavaju, nastavljaju ili pogoršavaju (npr. konflikti u porodici, odsustvo podrške);
- **protektivni** faktori — zaštitni faktori koji pomažu u poboljšanju situacije ili tegoba kod mlade osobe (dobar odnos sa razrednim starešinom, dobre radne navike i odličan uspeh u školi).

Na kraju formulisanja problema profesionalac i mlada osoba se *fokusiraju na to da postave cilj podrške*. Od mlade osobe treba dobiti podatke o tome šta bi želela da dobije od kontakta sa službom profesionalaca, na čemu bi konkretno želela da radi i kakvim se rezultatima nada. Kolaborativnost je bitan deo i ovog segmenta. Mada mladi ljudi ponekad ne prepoznaju faktore koji predstavljaju glavni problem, jer smatraju da je njihov problem „nešto drugo”, ili imaju otpor prema promenama, zadatak profesionalca je da strpljenjem, usmerenim pitanjima, psihoedukacijom i motivacionim tehnikama pomogne mladoj osobi da ostvari uvide i motiviše je da stupi na put pozitivne promene, poštujući njeno pravo na izbor, ali nudeći joj informacije koje će joj pomoći da taj izbor bude prikladan (više o tim aspektima navodi se u poglavlju o intervencijama).

Reference

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision (DSM-IV-TR). Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.

Cohen E, Mackenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: Implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adolesc Health*. 1991; 12(7): 539–44. doi: 10.1016/0197-0070(91)90084-y.

Clare H, Darragh M, Goodyear-Smith F. Screening in schools: the acceptability and feasibility of guidance counsellors using YouthCHAT. *British Journal of Guidance & Counselling* 2022; 52(2): 207–220.

Five essential pillars for promoting and protecting mental health and psychosocial well-being in schools and learning environments. A briefing note for national governments. UNICEF Education Section, Programme Division; 2022. Dostupno na: <https://www.unicef.org/media/126821/file/Promoting%20and%20protecting%20mental%20health%20in%20schools%20and%20learning%20environments.pdf>

Goldenring JM, Cohen E. HEADSS: A psychosocial interview for adolescents. *Contemp Pediatr*. 2004; 21(1): 64–90.

Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: An essential update. *Contemporary Pediatrics*. 2004;21:64-90.

Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(9): 1148–56.

Headspace Centre of Excellence. Headspace Psychosocial Assessment – Version 2.0-2013. <https://headspace.org.au/assets/Uploads/headspace-psychosocial-assessment.pdf>

McLean K, O'Connor E, Ong R, Joseph C, Skinner R, Goldfeld S. Psychosocial assessment tools for children and young people aged 5–18 years: A rapid review of the literature. *J Paediatr Child Health*. 2023; 59(2): 218–28. doi: 10.1111/jpc.16324.

Parker AG, Hetrick SE, Purcell R. Psychosocial assessment of young people: Refining and evaluating a youth-friendly assessment tool. *Aust Fam Physician*. 2010; 39(8): 585–8.

Parker AG, Hetrick SE, Purcell R. Assessment of mental health and substance use disorders in young people: Refining and evaluating a youth-friendly assessment interview. *Australian Family Physician*. 2010; 39:585–588.

Pejović Milovančević M, Aleksić Hil O, Mitković Vončina M (Ured.). Aleksić Hil O, Kalanj M, Košutić Ž, Lero M, Leštarević S, Ljubomirović N, Minčić T, Mitković Vončina M, Pejović Milovančević M, Radosavljev Kirčanski J. Mentalno zdravlje u školama: Zašto je važno, kako prepoznati probleme, i kako reagovati. Institut za mentalno zdravlje: Beograd; 2024. Dostupno na: <https://prosveta.gov.rs/wp-content/uploads/2024/04/Mentalno-zdravlje-u-skolama.pdf>

Teach Me Paediatrics. Dostupno na: <https://teachmepaediatrics.com/>

Thabrew H, Kumar H, Goldfinch M, Cavadino A, Goodyear-Smith F. Repeated Psychosocial Screening of High School Students Using YouthCHAT: Cohort Study. *JMIR Pediatr Parent*. 2020; 3(2): e20976.

UNICEF. MHPSS technical note: Mental health and psychosocial technical note. UNICEF. 2019. Dostupno na: <https://www.unicef.org/documents/mental-health-and-psychosocial-technical-note>

World Health Organization. International standards for the treatment of drug use disorders. Geneva: WHO; [Internet]. [cited 2024 Jun 24]. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

Psihosocijalne intervencije

U ovom delu publikacije prikazuju se intervencije prilagođene pružanju psihosocijalne podrške u različitim javnim sistemima. Važno je istaći da su neke od tih intervencija, iako proistekle iz određenih psihoterapijskih modaliteta, u okviru MPUM namenjene primarno za primenu u službama „na prvoj liniji” kontakta sa mladima (obrazovanje, socijalna zaštita, primarna zdravstvena zaštita, omladinski sektor, zajednica) koji imaju potrebu za psihosocijalnom podrškom. One su korisne i za stručnjake u specijalizovanim službama za mentalno zdravlje jer im omogućavaju da razumeju objedinjeni narativ i da poboljšaju rad na zajedničkim ciljevima kada pružaju pomoć mladima koji prolaze kroz različite sektore i nivoe zaštite, u različitim fazama toka teškoća u mentalnom zdravlju. Ovde opisane intervencije mogu da primenjuju profesionalci koji inače u okviru svog posla pružaju podršku mentalnom zdravlju mladih i koji prolaze obuku za MPUM (bez potrebe za drugom, specijalizovanom obukom). Pored konkretnih intervencija, u ovom paketu nalaze se i sveobuhvatni pristupi (npr. podrška zasnovana na znanjima o traumi i porodično senzitivni pristup) te skup koraka za postupanje u slučaju stanja specifičnih rizika i tokom faze oporavka. Svim intervencijama prethodi ranije već objašnjena psihosocijalna procena koja predstavlja neophodni korak u postavljanju ciljeva i planiranju te u odabiru konkretnih intervencija. Opisane intervencije i pristupi primenjuju se na osnovu glavnih principa koji su podeljeni u različite vrste i mogu se primenjivati u različitim formatima.

Osnovni principi pružanja psihosocijalnih intervencija

Okvir i opšte preporuke

Kada se postave temelji psihosocijalne procene i kada se formuliše problem mlade osobe u okviru četiri glavna faktora (faktori predispozicije, precipitacije i perpetuacije te protektivni faktori), treba formulisati i plan podrške, odnosno definisati ciljeve i napraviti individualizovani plan psihosocijalnih intervencija koje će se koristiti kao stubovi podrške, a koje predstavljaju aktivnosti čiji je cilj da se unapredi ponašanje koje poboljšava mentalno i fizičko funkcionisanje.

U brizi za mentalno zdravlje adolescenata i mladih veoma važno je obezbediti multisektorski rad, o čemu će više reći biti u delu publikacije o međusektorskoj saradnji. Psihosocijalnu podršku nije lako definisati u opštem smislu, jer je raznolika i dinamična i obuhvata čitav niz profesionalaca u različitim sektorima, od specijalizovanih pružalaca podrške čije se primarne uloge odnose na mentalno zdravlje do pružalaca usluga i volontera koji se možda ne identifikuju kao deo grupe profesionalaca čija je primarna delatnost briga o „mentalnom zdravlju”. Ipak, od svih drugih stručnjaka koji rade sa mladim osobama očekuje se da omoguće neke aspekte u oblasti mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške (čak i ako to nije deo njihove primarne uloge).

Pružanje psihosocijalne podrške mentalnom zdravlju odnosno psihosocijalnih intervencija mladima treba da prati niz principa koji omogućavaju što kvalitetniju i efikasniju uslugu. Model unapređenih usluga za mlade organizacije Orygen je namenjen uslugama u zdravstvenom sistemu, ali se njegovi principi mogu primenjivati i na druge kontekste u kojima se pruža podrška. Taj model ističe da intervencije pružene mladima treba da:

- budu centrirane na mladu osobu,
- uključe zajedničko donošenje odluka,

- budu fokusirane na odnose i angažovanje,
- budu socijalno inkluzivne i kulturno osetljive,
- budu zasnovane na znanjima o traumi,
- uključuju i porodicu,
- budu orijentisane na funkcionalni i radni oporavak.

Da bi se podrška orijentisala na mladu osobu, treba napraviti **individualizovane ciljeve i plan intervencija**, „skrojene“ ne samo prema vrsti teškoća nego i prema opštim potrebama, sklonostima i vrednostima mlade osobe i njene porodice.

Zajedničko donošenje odluka predstavlja nezaobilazni deo pružanja podrške i podrazumeva saradnju između profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i mlade osobe, njene porodice i drugih relevantnih aktera, npr. drugih profesionalaca koji učestvuju u pružanju podrške. Kada stručnjak promoviše intervencije koje se zasnivaju na najboljim dostupnim dokazima, on uvažava i perspektivu i preferencije mlade osobe, jer to može poboljšati njenu motivisanost, angažovanost u procesu podrške i zadovoljstvo procesom podrške, što sve dovodi i do boljih ishoda. Ovo se čini na **kolaborativan način** sa mladom osobom.

Jedan od kamena temeljaca pružanja podrške mladima predstavlja ulaganje u radni savez, tj. u **odnos između profesionalca i mlade osobe** koji poboljšava kompletnu nit podrške, od prikupljanja podataka i formulisanja problema, preko učešća mlade osobe u osmišljavanju plana intervencije i ishoda intervencija, do budućeg obraćanja mlade osobe za pomoć.

Podrška mladima treba da bude **inkluzivna, dostupna i prilagođena mladima iz različitih grupa** (kao što su teritorijalne, etničke i religijske grupe, grupe vezane za rodnu i seksualnu orijentaciju, izmeštene grupe, grupe sa edukativnim teškoćama i dr.), jer intervencije koje se fokusiraju na mladu osobu uzimaju u obzir i širi kontekst u kojem se mlada osoba nalazi.

Posebnu pažnju treba obratiti na eventualne uticaje aktuelne ili ranije traume, a u vezi sa aktuelnim problemom mlade osobe, i pružati podršku nezavisno od toga šta su osnovne tegobe i znaci; ta podrška koja uvažava specifične potrebe mlade osobe sa traumatskim iskustvom (i njene porodice) predstavlja **podršku zasnovanu na znanjima o traumi**.

Kada je u pitanju porodica mlade osobe, ona predstavlja suštinski element i u razvoju i u procesu promene odnosno u intervencijama. Njen značaj, koji se prepoznaje i u periodu tranzicije ka odraslom dobu (posle 18. godine), podrazumeva **uključivanje porodice** u intervencije, koje treba da budu individualizovane prema kontekstu svake konkretne porodice.

Intervencije treba da se fokusiraju na oporavak domena funkcionalnosti koji su narušeni te na **vraćanje mlade osobe na razvojno povoljnu, funkcionalnu putanju koja podrazumeva dostizanje funkcionalnosti koja je odgovarajuća za uzrast** i koja joj može obezbediti adekvatno funkcionisanje u odraslom dobu. Važno je napomenuti da **radno funkcionisanje** (školovanje, osposobljavanje za obavljanje posla) predstavlja jedan od najvažnijih preduslova za opštu funkcionalnost.

Opšti cilj podrške — funkcionalni oporavak

Funkcionalni oporavak se odnosi na proces povratka pojedinca u stanje u kome može obavljati svakodnevne aktivnosti i zadatke. Adolescencija i postadolescencija, odnosno tranzicija ka odraslom dobu, predstavljaju doba kontinuiranog rasta i razvoja, pa kada se jave poteškoće mentalnog zdravlja, nije dovoljno samo da se fokusiramo na oporavak kao povratak na prethodno funkcionisanje gde je to moguće, jer u ovom

slučaju povratak na prethodno funkcionisanje zapravo nije dovoljan, nego treba da se fokusiramo i na sustizanje uzrasnih razvojnih zadataka, odnosno razvijanje novih veština koje su značajne za upravljanje mentalnim zdravljem i blagostanjem u budućnosti.

Primer u nastavku pokazuje kako pri pojavi naznaka problema mentalnog zdravlja može doći, pored remećenja aktuelnog funkcionisanja, i do narušavanja razvoja ili prilika za vežbanje i učenje novih veština.

Primer mlade osobe sa znacima depresije

Kako problemi mentalnog zdravlja remete razvojnu putanju

- Na obrazovni i profesionalni razvoj mogu uticati problemi u vidu umora, bezvoljnosti, slabe koncentracije, koji mogu narušiti završetak obrazovanja i sticanje profesionalnog identiteta.
- Socijalno povlačenje u sklopu pada želje za druženjem može nepovoljno uticati na razvoj odnosa sa vršnjacima.
- Intimne veze mogu biti ugrožene kod osobe koja ima pad raspoloženja, volje, nagona, koja se socijalno povlači, što može da ometa i psihoseksualni razvoj.
- Samopouzdanje, samopoštovanje, identitet i kompletan razvoj ličnosti mogu biti negativno pogođeni problemima u školskoj i socijalnoj sferi, kao i stigmom koja okružuje loše mentalno zdravlje.
- Individuacija od roditelja može biti odložena jer mladoj osobi mogu biti potrebni dodatna podrška porodice te pouzdano i bezbedno okruženje.
- Problemi sa spavanjem, ishranom, nedovoljnom fizičkom aktivnošću mogu dovesti do problema telesnog zdravlja i razvoja.

Stoga je uvremenjena intervencija suštinski važna za sprečavanje nepovoljnih zdravstvenih ishoda i dugotrajne onesposobljenosti, jer ona ima za cilj da održi ili povрати povoljnu putanju razvoja ili funkcionisanja.

Funkcionalni oporavak predstavlja reintegraciju i povratak prethodnim ulogama, navikama i smislenim aktivnostima te razvoj novih veština, uloga i interesovanja koji su u skladu sa razvojnom putanjom mlade osobe, a koji podržavaju njene ciljeve za budućnost.

Za zdravlje i blagostanje mladih osoba suštinski značaj imaju:

- bavljenje smislenim aktivnostima,
- uspostavljanje zdravih rutina i navika,
- ostvarivanje uloge (npr. porodične, u vršnjačkoj grupi),
- sprovođenje aktivnosti iz svakodnevnog života,
- uspostavljanje ravnoteže i smisleno korišćenje vremena,
- (ponovno) uspostavljanje životnih veština,
- ostvarivanje svrhe, samopoštovanja, povezanost sa svetom.

Zašto je funkcionalni oporavak toliko važan? Funkcionalni oporavak predstavlja ono što osobe koje imaju poteškoće mentalnog zdravlja najviše žele. Naime, poboljšanje tegoba nije dovoljno i nije uvek prediktor ni budućeg funkcionisanja ni kvaliteta života. Rane intervencije dovode do ranog *funkcionalnog oporavka*. Bitno je znati da rane intervencije i funkcionalni oporavak podržavaju mlade ljude sada i u budućnosti, potpomažu izgradnju samoefikasnosti, fokusiraju se na snage i kapacitete te poboljšavaju ukupni oporavak.

Tabela 5. Glavni principi funkcionalnog oporavka (Orygen, 2015):

1. Funkcionalni oporavak je jedan od primarnih ciljeva u intervencijama (podrškama).
2. Razumevanje nada, težnji i ciljeva mladih osoba pomaže nam u usmeravanju intervencija za funkcionalni oporavak.
3. Mlada osoba mora se osnažiti kako bi upravljala sopstvenim oporavkom.
4. Intervencije za funkcionalni oporavak treba započeti što je pre moguće.
5. Cilj intervencija za funkcionalni oporavak treba da bude vraćanje ili održavanje normalne razvojne putanje.
6. Intervencije za funkcionalni oporavak treba da uzimaju u obzir fazu problema u kojoj se nalazi mlada osoba.
7. Multidisciplinarni tim, zajedno sa mladom osobom i njenom porodicom, treba da učestvuje u planiranju funkcionalnog oporavka i podrške.

Domeni funkcionalnog oporavka na koje se intervencije fokusiraju odnose se na:

- aktivnosti iz svakodnevnog života koje su neophodne za funkcionisanje (npr. ishrana, spavanje, higijena, redovno pridržavanje saveta profesionalaca itd.),
- instrumentalne aktivnosti (složenije aktivnosti iz svakodnevnog života koje podrazumevaju druge osobe, organizacije, usluge, npr. briga o domaćinstvu, o drugima, o kućnim ljubimcima, o finansijama, odnosi sa drugima, korišćenje javnog prevoza, usluge zdravstvenog ili nekog drugog sistema itd.),
- obrazovno i profesionalno funkcionisanje,
- slobodne aktivnosti (kako vole da provode slobodno vreme),
- socijalno funkcionisanje (porodica, prijatelji, emotivni život).

Postavljanje konkretnih ciljeva i planiranje podrške radi ostvarivanja funkcionalnosti

Kada se identifikuju konkretni domeni funkcionalnosti u kojima je mladima potrebno pružiti podršku, važno je da se, u okviru intervencija, postave i **konkretni ciljevi**. Ovo je predlog koraka koje treba preduzeti da bi se uspostavili ciljevi:

- Na početku se zapitajte koje funkcionalne ciljeve ima mlada osoba.
- Razložite te ciljeve na realne i ostvarljive komponente.
- Podstaknite pozitivnu promenu ponašanja.
- Razvijte veštine u rešavanju problema — šta nije funkcionisalo i kako dalje korake prilagoditi tome.
- Proslavite uspehe. Mala dostignuća mogu da motivišu mlade ljude da ne odustaju.

Ciljevi treba da budu veoma jasni i da imaju nekoliko karakteristika obuhvaćenih tzv. SMART modelom:

- specifičnost (konkretnost) (S),
- merljivost (M),
- dostižnost (*achievable* — A)
- relevantnost (R),
- vremenska ograničenost (*time bound* — T).

Slika 8. SMART model



Ovakvi ciljevi detaljnije operacionalizuju opšte ciljeve te pomažu i mladoj osobi i profesionalcu iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja da jasnije razumeju šta treba postići konkretnom intervencijom i da lakše prate kretanje procesa i efikasnost dostizanja cilja tokom intervencije. Oni pomažu i da se mlada osoba motiviše i aktivno angažuje u procesu promene jer „razlažu” opšte probleme na konkretne, specifične zadatke na koje se lakše fokusira, koji deluju ostvarljivo, koji su vremenski određeni, koji štite od nerealnih očekivanja i čije se dostizanje može pratiti.

Dobro formulisan problem i jasno postavljeni ciljevi čine temelj za **planiranje konkretnih intervencija**. Umesto da jednostavno preporučuje intervenciju za određene tegobe, plan intervencije treba da bude visoko personalizovan i da:

- ukazuje na dominantni problem identifikovan psihosocijalnom procenom, u okviru četiri glavna faktora tokom formulisanja problema,
- bude usmeren na veštine koje treba razviti,
- uzme u obzir ciljeve mlade osobe, snage, uvid i traženje pomoći (motivaciju),
- uzme u obzir aktuelne okolnosti.

Plan podrazumeva spisak konkretnih koraka odnosno individualizovani paket psihosocijalnih intervencija opisanih u daljem tekstu, a okvir plana treba da sadrži planirane oblike saradnje unutar i između različitih sektora, odnosno predlog za formiranje tima profesionalaca koji će učestvovati u sprovođenju i praćenju intervencija. U skladu sa opštim principima rada sa mladima, i plan se dizajnira na kolaborativan način uz aktivno učešće mlade osobe, pri čemu profesionalac treba da se potruži da mlada osoba razume zašto je svaki element plana tu, odnosno kako je svaki od njih povezan sa faktorima formulisanja problema i postavljenim ciljevima.

Bitni preduslovi za pružanje intervencija

Pored opštih karakteristika uspostavljanja radnog saveza opisanih ranije, postoji nekoliko bitnih preduslova koji imaju poseban značaj za sprovođenje psihosocijalnih intervencija.

- **Fleksibilnost i angažovanje.** *Fleksibilnost* podrazumeva da rad sa mladima može biti heterogen iz više razloga, npr. mladi mogu biti različitih uzrasta, različitih fizičkih sposobnosti, mogu poticati iz različitih kulturnih okruženja, a pored toga mogu imati i različite neurokognitivne specifičnosti (npr. autizam, ADHD, disleksija, Turetov sindrom itd.), što sve treba uzeti u obzir prilikom prilagođavanja intervencija. *Fleksibilnost*, takođe, može označavati i fino „oslušivanje” odnosa između potreba mlade osobe i postavljenih ciljeva odnosno granica. U procesu promene važno je i *aktivno angažovanje* mlade osobe na obavljanju dogovorenih zadataka, pri čemu treba redovno pratiti kako se obavljaju zadaci i sagledavati uspehe (uz potkrepljenje) ili izazove (uz procenu i podršku da se izazovi prevaziđu).
- **Organizovanje obuke za sticanje životnih veština.** Svetska zdravstvena organizacija definiše životne veštine kao „sposobnost za adaptivno i pozitivno ponašanje koje omogućava pojedincima da se efikasno nose sa zahtevima i izazovima svakodnevnog života” i u njih svrstava: *veštine donošenja odluka* (pomažu osobama da se konstruktivno nose sa odlukama koji se tiču njihovih života, a uticaj na mentalno zdravlje se ogleda u aktivnom donošenju odluka vezanih za zdravlje, pri čemu se uzimaju u obzir različite opcije i efekti koje različite odluke mogu imati), *veštine rešavanja problema* (pomažu osobama da se konstruktivno nose sa nepovoljnim dešavanjima sa kojima se suočavaju u životu, jer ako određeni problemi ostanu nerešeni, to može dovesti do poteškoća u mentalnom i fizičkom zdravlju), *veštine kreativnog razmišljanja* (doprinosi i donošenju odluka i rešavanju problema jer omogućavaju da se stvari sagledaju dalje od direktnog iskustva; time se stvara prostor za istraživanje dostupnih alternativa i posledica delovanja ili nedelovanja kada je i pitanju određeni problem), *veštine kritičkog mišljenja* (predstavljaju sposobnost analiziranja informacija i iskustava na objektivna načina i omogućavaju prepoznavanje i procenjivanje faktora koji utiču na stavove i ponašanje kao što su vrednosti, uticaj vršnjaka i medija), *veštine delotvorne komunikacije* (podrazumevaju mogućnost verbalnog i neverbalnog izražavanja koje je situaciono i kulturno prihvatljivo; prikladno izražavanje mišljenja, želja, potreba i strahova znači i mogućnost traženja saveta i pomoći kada je to potrebno), *veštine bitne za međuljudske odnose, samosvest i empatiju* (međuljudski odnosi podrazumevaju mogućnost uspostavljanja i održavanja pozitivnih odnosa sa drugim ljudima, što može predstavljati veliki izvor podrške; samosvest podrazumeva mogućnost prepoznavanja sebe, svog karaktera, svojih vrednosti, želja i nedostataka, što omogućava da osoba prepozna kada je pod stresom i što je preduslov za primerenu međuljudsku interakciju i empatiju; empatija predstavlja sposobnost da zamislimo kako je drugoj osobi „u njenoj koži” čak i ako nam je situacija nepoznata, što omogućava bolje razumevanje i prihvatanje drugih) te *veštine prevladavanja snažnih emocija i stresa* (podrazumevaju suočavanje sa emocijama i stresom, što omogućava prepoznavanje emocija kod sebe i kod drugih i razumevanje kako one utiču na ponašanje, odnosno na prepoznavanje šta je izvor stresa u životu mlade osobe, kakav je njegov uticaj i na koji način on može da se smanji i prevlada).
- **Zajedničko donošenje odluka (*shared decision making*).** Zajedničko donošenje odluka podrazumeva uključivanje mladih u proces donošenja odluka i, gde je to moguće, davanje prednosti mladima da rukovode odlučivanjem koje je potkrepljeno dokazima. Kao i kod postavljanja ciljeva i planiranja intervencija, sam proces pružanja intervencija karakteriše potreba za kolaborativnim pristupom u svakom aspektu i aktivnosti podrške. Kolaborativni pristup podstiče uspešnost primenjenih intervencija te otvara prostor da se uoče izazovi koji bi mogli sabotirati njihovu uspešnost i da se odrede smernice za rešavanje. Zajedničko donošenje odluka u domenu pružanja intervencija podrazumeva izbor intervencija na osnovu dokaza i individualnih preferencija, uverenja i vrednosti osobe, pri čemu

mlada osoba treba da shvati korist, rizike i moguće posledice svojih odluka kroz diskusiju i razmenu informacija. Zajedničko donošenje odluka treba da bude vođeno potrebama, odnos treba da bude bez osuđivanja, treba uvažavati autentičnost, saradnju i odlučnost uz izraženu transparentnost. Utvrđeno je da zajedničko donošenje odluka doprinosi većem zadovoljstvu, boljoj komunikaciji i usklađenosti sa dogovorenim planom uz poboljšano poverenje i veće zadovoljstvo ishodom.

- **Uključivanje psihoedukacije.** U usvajanju veština i podsticanju aktivnog učešća važnu ulogu igra psihoedukacija, odnosno specifična edukacija koja treba da pomogne korisnicima da preko novih činjenica bolje razumeju veze između formulisanih problema, ciljeva, intervencija i očekivanih ishoda. Psihoedukacijom mladi na jasan i koncizan način saznaju činjenice o širokom spektru psihosocijalnih tegoba i problema mentalnog zdravlja, čime im se pruža prilika da nauče strategije za suočavanje sa mentalnim teškoćama i njihovim posledicama. Osobe koje rade sa mladim ljudima mogu same da daju potrebne informacije ili mogu da upute mladu osobu na provereni izvor informacija (npr. na sajt www.svejeok.rs). Važan deo psihoedukacije predstavlja emocionalna pismenost, odnosno sposobnost razlikovanja emocija od misli, sposobnost njihovog identifikovanja i imenovanja te prepoznavanja situacija koje ih izazivaju i sl. Takođe, način psihoedukacije treba da bude razumljiv mladoj osobi (uzrasno, prema ličnim karakteristikama).
- **Rad na motivaciji za promenu.** Osećanja mlade osobe povodom promena mogu biti pomešana (ambivalentna), što dovodi do neodlučnosti koja može nepovoljno uticati na ishod podrške. Zato je važno da se ta osećanja identifikuju i da se radi na motivaciji za promenu. Motivacioni intervju predstavlja način savetovanja koji treba da pomogne mladoj osobi da prepozna svoja pomešana osećanja i da utvrdi glavne argumente za promenu, a zatim da ojača motivaciju za sprovođenje promena. Teorija promene ponašanja bavila se nizom zdravstvenih ponašanja koja su povezana sa lošim zdravljem (npr. treba poboljšati ishranu i postati fizički aktivniji). U zavisnosti od toga gde se mlada osoba nalazi u ovom ciklusu, određuje se intervencija/strategija. U Tabeli 6 navode se stadijumi u kojima se mlada osoba može nalaziti te zadaci pomagača u zavisnosti od toga.

Tabela 6. Zadaci pomagača u odnosu na stadijum motivacije mlade osobe

Stadijum mlade osobe	Zadatak pomagača
Prekontemplacija (nije spreman)	Treba podići sumnju, povećati percepciju rizika vezanih za aktuelno ponašanje i ponuditi strategije kontrole štete.
Kontemplacija (postaje spreman za promenu)	Zajednički proceniti argumente ZA i PROTIV promene, istražiti ambivalenciju i alternative — identifikovati razloge za promenu, rizike ako do promene ne dođe.
Preparacija — akcija (učestvuje u promeni)	Jasno postavljanje ciljeva — pomozite da se razvije realistični plan.
Održavanje promene	Treba pomoći mladoj osobi da identifikuje i koristi strategije izbegavanja relapsa.
Pogoršanje (učenje)	Treba pomoći mladoj osobi da se vrati u proces kontemplacije i akcije, a da se pri tom ne demoralise.

Da bi razgovor bio saradnički (tj. da se ne bi doživljavao kao napad), veoma je važno da se koriste *otvorena pitanja, refleksivno slušanje i afirmacija*. Svrha je da se pojedincima pomogne da razjasne svoje ciljeve, istraže razloge za promenu i razviju plan za napredovanje. Treba poštovati autonomiju pojedinca i spremnost za promenu. Prilikom sprovođenja motivacionog intervjua od koristi mogu biti tzv. **OARS veštine**:

O — otvorena pitanja (*open ended questions*), tj. postavljanje otvorenih pitanja na koja osoba neće moći da odgovori kratko sa „da” ili „ne”, već će sastaviti duži odgovor. *Primer: „Deluje mi kao da te brine... Možeš li da mi kažeš nešto više o tome?”*

A — afirmacija (*affirmation*) podrazumeva korišćenje izjava razumevanja i uvažavanja onoga što osoba priča. *Primer: „Cenim što mi danas pričaš o tome jer se nije lako nositi sa tim teškoćama.”*

R — refleksivno slušanje (*reflective listening*) odnosi se na izjave kojima se pokazuje da se razumelo ono o čemu je mlada osoba pričala; to može biti jednostavno potvrđivanje (izgovaranje drugim rečima onoga što je osoba rekla) ili objašnjenje reči kroz značenje (objašnjenje i potvrda izjave) odnosno kroz osećanja (objašnjenje da je sagovornik shvatio osećanja mlade osobe). *Primer 1: „Kažeš da želiš da tvoji roditelji znaju da nisi uspeo da položiš matematiku.” Primer 2: „Zvuči kao da te je to uznemirilo?”*

S — sažetak (*summary*) podrazumeva rezime onoga o čemu se razgovaralo.

Važno je napomenuti da motivaciji mlade osobe pažnju treba posvećivati i na početku i tokom procesa pružanja intervencija, a posebno u situacijama kada se uoče izazovi ili zastoji u tom procesu.

- **Aktivacija ponašanja.** Treba naglasiti da je u različitim intervencijama, osim pružanja topline, razumevanja i prihvatanja kao platforme za radni savez, za promenu kod mladih osoba veoma važno podstaći aktivaciju ponašanja (bihevioralna aktivacija u širem smislu). Svaka nova veština zahteva probu i usavršavanje obrasca ponašanja kroz proces pozitivnog potkrepljenja (kada uspešni ishodi početne aktivacije učvršćuju dalju aktivaciju i osnažuju voljnu aktivnost). Kao samostalna metoda u užem smislu, bihevioralna aktivacija predstavlja strukturirani metod za povećanje važnih i prijatnih aktivnosti i jačanje volje (biće opisana u narednom poglavlju), a prema principima bihevioralne aktivacije sprovode se i druge intervencije koje podrazumevaju učenje veština.

Još jedan od važnih aspekata pružanja intervencija predstavljaju *struktura, doslednost i sistematičnost* (o tome je bilo više reči u delu o različitim formatima intervencija), jer struktura i predvidivost rutine daju doživljaj sigurnosti mladima i kada je u pitanju njihov razvoj i kada se radi o intervencijama koje se bave osetljivim sadržajima. Treba imati na umu da se, iako je već postavljena tokom psihosocijalne procene, *formulacija problema može modifikovati ili obogaćivati* i tokom procesa pružanja intervencija. Rad sa mladima podrazumeva često preplitanje procesa procene i podrške, a započeta podrška ponekad rezultira uspostavljanjem snažnijeg oblika poverenja u kojem se mogu očekivati nove informacije. Takođe, tokom procesa podrške mogu se menjati i aktuelne okolnosti konteksta u kome se nalazi mlada osoba. I izazovi u samom toku pružanja intervencija mogu biti varijabla od značaja. Treba imati sluha za svaku novu relevantnu informaciju i razmotriti kakva je njena uloga u formulisanju problema i da li je potrebno revidirati ciljeve, plan i tok intervencija.

Praćenje i procena toka i efekata intervencija

Napredovanje u dostizanju ciljeva mora se periodično procenjivati i meriti (pri inicijalnoj proceni, tokom svake seanse, na kraju intervencija), jer to ne daje samo orijentacioni uvid u tok i potrebu da se interveniše dodatnom podrškom ako ne ide sve po planu, već predstavlja važan motivacioni faktor koji potkrepljuje postignuti napredak. Praćenje i procenu napredovanja podržava i pristup koji se zasniva na dokazima, a koji predstavlja zlatni standard kada je u pitanju pružanje intervencija.

U ove svrhe koriste se skale procene i upitnici samoprocene o kojima je bilo reči u poglavlju o psihosocijalnoj proceni. Vrednosti skorova na svakoj seansi mogu se grafički prikazati radi lakšeg praćenja, a vizuelno očigledni padovi u teškoćama i porast funkcionalnosti mogu delovati motivaciono na mladu osobu. Pored instrumenata koji daju standardizovane kvantitativne podatke, alatima za praćenje mogu se dodati i druge varijable praćenja poput zapisa o promenama u radnom savezu, subjektivne procene dostizanja ciljeva te procene šta aktuelno ide dobro, a šta ne ide tako dobro.

Primer materijala za praćenje i za način evaluacije efekata pilot-primene MPUM intervencija možete pronaći u materijalima obuke (Radna sveska) te u dokumentu koji govori o rezultatima evaluacije.

„Iz cipela profesionalaca” — briga o sopstvenom mentalnom funkcionisanju

Za profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja veoma je važno da kontinuirano rade na sebi i da brinu o sebi. U profesionalnom smislu to se najbolje postiže kroz sisteme kontinuirane edukacije, jer se oni odnose na razvoj profesionalne prakse. Time se može pomoći da veštine i znanja budu ažurni, da se profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja pripreme za veću odgovornost, da povećaju samopouzdanje, da postanu kreativniji u suočavanju sa novim izazovima, da donose bolje odluke i da unaprede angažovanost.

Drugi način da se osigura dobra praksa predstavlja supervizija. Supervizija pruža sigurnost, povećava produktivnost, podstiče razvoj i promoviše pozitivnu kulturu rada. Kao profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, važno je da stalno razmišljamo o praksi kako bismo stekli uvid u svoj rad i analitički razmišljali o njemu. To se može postići razmišljanjem o pozitivnom ishodu ili fokusiranjem na izazovne situacije. Iako supervizija nije zamena za razmišljanje, ona može podržati taj proces tako što će pružiti važno vreme i prostor da se razmisli o sopstvenom radu kako bi se identifikovale stvari koje su prošle dobro ili ne tako dobro i oblasti u kojima bi potencijalno mogla da se poboljša praksa. Supervizija pomaže da se razvije uvid i da se održi i poboljša dobra praksa. Ona može pomoći da se nauči nešto iz grešaka, da se isprave stvari i da se izbegne ponavljanje grešaka u budućnosti, a to zauzvrat pomaže da se poveća samopouzdanje profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i dovodi do poboljšanja u pružanju usluga.

Na kraju, veoma je značajna i prevencija sagorevanja. Rad u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti, ali i u sistemu obrazovanja, može biti izazovan i stroga profesionalci treba da brinu o svom zdravlju i dobrobiti. Redovna supervizija ili timske konsultacije sa kolegama mogu da obezbede okruženje podrške koje omogućava da razgovor o brigama profesionalaca pomogne da se ublaže pritisci poput stresa, anksioznosti i sagorevanja. Takođe, u poboljšanju samopouzdanja i zadovoljstva poslom može pomoći razmišljanje o dostignućima i afirmaciji oblasti pozitivne prakse. Ako nismo dobri za sebe i prema sebi, teško da ćemo biti dobri i drugima, a mlade osobe to najpreciznije osećaju. Više o tome kako profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da brinu o sopstvenom zdravlju navodi se u delu publikacije koji govori o traumama.

Reference

Orygen. Brief Interventions in Youth Toolkit. Orygen; 2023 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <https://www.orygen.org.au/getmedia/bff4d3bfe253-4f2c-b15e-147cd1a95ff1/Orygen-brief-interventions-in-youth-toolkit-Jul-2023.aspx>

Orygen. Praćenje: funkcionalni oporavak u slučaju rane psihoze. EPPIC. 2015 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Manuals/Manual-PDF-files/orygen-keeping-on-track-pdf.aspx>

Orygen. Youth Enhanced Service Model: Core Components and Underpinning Principles. Orygen; [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: https://www.orygen.org.au/About/Service-Development/Youth-Enhanced-Services-National-Programs/Primary-Health-Network-resources/Youth-Enhanced-Service-Model-Core-Components-and-U/Orygen_YES_Model_Core_Components_Underpinning_Prin.aspx?ext=

UNICEF. Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in the East Asia and Pacific region. UNICEF; 2022. Dostupno na: <https://www.unicef.org/eap/media/11761/file/regional%20report%202022%20-%20strengthening%20mental%20health%20and%20psychosocial%20support%20systems%20and%20services%20.pdf>

Vrste psihosocijalnih intervencija

Intervencije u okviru MPUM su ciljane, relativno kratke intervencije, a njihova svrha je smanjenje mentalnih poteškoća, jačanje adaptivnih veština i, kao najvažnije, poboljšanje funkcionisanja.

One su povezane sa glavnim aspektima razvojnih potreba i funkcionisanja mladih osoba, a usmerene su i na aktuelnu podršku i na osnaživanje mladih na duže staze.

Neke od prikazanih metoda predstavljaju intervencije u užem smislu, sa pregledom tehnika i koraka za sprovođenje (npr. intervencije u okviru životnog stila), dok drugi predstavljaju širi pristup određenim aspektima pružanje podrške (npr. podrška zasnovana na znanjima o traumi).

Intervencije prikazane u ovom poglavlju podeljene su na sledeći način:

A. Intervencije za regulisanje teških emocija i svakodnevnih aktivnosti

- a) intervencije u okviru životnog stila: bihevioralna aktivacija, veštine opuštanja, regulacija spavanja, ishrane i fizičke aktivnosti,
- b) osnovne intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije: osnovne kognitivne i bihevioralne tehnike koje se koriste za promenu teških emocija.

B. Intervencije u okviru životnog stila na izgradnji veština za rešavanje problema i komunikacionih veština

- a) uvežbavanje veština za rešavanje problema,
- b) uvežbavanje asertivnosti.

C. Podrška zasnovana na znanjima o traumi (kao pristup mladim ljudima sa traumatskim iskustvom)

D. Intervencije sa porodicom

E. Najvažniji koraci u uslovima specifičnog rizika (kada je potrebno hitno upućivanje u specijalizovane službe)

F. Najvažniji koraci u fazi oporavka (reintegracija nakon intervencija, praćenje i plan prevencije pogoršanja)

(A) Intervencije za regulisanje teških emocija i svakodnevnih aktivnosti i (B) intervencije na izgradnji veština za rešavanje problema i komunikacionih veština

U ovom delu poglavlja prikazuju se intervencije koje se zasnivaju na principima i tehnikama kognitivno-bihevioralne terapije, a koje možemo podeliti u dve grupe. Prva grupa intervencija odnosi se na regulisanje teških emocija i svakodnevnih aktivnosti, a podrazumeva intervencije u okviru životnog stila i osnovne intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije. Intervencije u okviru životnog stila treba da dovedu do promena u svakodnevnom navikama i aktivnostima kako bi se poboljšalo mentalno blagostanje. To su bihevioralna aktivacija (dovodi do smanjenja neraspoloženja i bezvoljnosti usled povećanja aktivnosti i vođenja dnevnika, a posledično do bolje volje i boljeg raspoloženja), uvežbavanje veština opuštanja (podrazumeva relaksaciju i posledično smanjivanje napetosti putem tehnika disanja i progresivne mišićne relaksacije, kao i majndfulness, odnosno fokusiranje pažnje na „sada i ovde“ radi prekidanja kruga „izgubljenosti“ u razmišljanjima koja dovode do napetosti) i uvežbavanje veština regulacije fizičkih aktivnosti, spavanja i ishrane. Osnovne intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije podrazumevaju bihevioralne (usmerene na ponašanje) i kognitivne intervencije (usmerene na disfunkcionalne misli), a opisuju se i glavni principi za sprovođenje intervencija zasnovanih na kognitivno-bihevioralnoj terapiji. Druga grupa intervencija podrazumeva uvežbavanje veština za rešavanje problema (uočavanje povezanosti poteškoća sa mentalnim zdravljem i svakodnevnih problema, njihovo definisanje i postupak rešavanja) i uvežbavanje komunikacionih veština, tj. asertivnosti (učenje o slobodnom izražavanju stavova, uverenja, osećanja bez ugrožavanja prava drugih).

Usled razvojnih promena mladi se nalaze u specifičnoj situaciji snažnih emocionalnih reakcija i impulzivnosti s jedne strane i zakasnelog razvoja racionalne kontrole s druge strane. Stoga kontrola emocija i bihevioralnih reakcija u mladosti može predstavljati izazov i biti neprilagođena, što dovodi do poteškoća u svakodnevnom životu i u odnosima sa drugim ljudima te do nemogućnosti rešavanja problema; istovremeno, međutim, zahvaljujući neuroplastičnosti, mladi ljudi imaju priliku da nauče više adaptivnih veština koje će im pomoći da problematična osećanja i ponašanja kontrolišu na uspešan način.

Intervencije zasnovane na principima i metodama kognitivno-bihevioralne terapije predstavljaju širi okvir koji pokazuje pozitivne efekte kada su u pitanju različiti mentalni problemi u mladosti, a koriste se i kao tehnike samopomoći. Njihova efikasnost se ogleda u pružanju praktičnih alata za rešavanje problema, razvijanje veština suočavanja i brzo postizanje rezultata kroz interaktivan i prilagodljiv pristup. Iako dokazi sugerišu da su intervencije zasnovane na kognitivno-bihevioralnoj terapiji najefikasnije unutar standardnog terapijskog okvira, neke od tih intervencija su se izdvojile kao samostalne metode koje su se i u tom kontekstu pokazale korisnim, a koje se mogu primenjivati u okviru različitih paketa podrške.

Neke od ovih intervencija mogu poslužiti za formiranje veština potrebnih za svakodnevni život, poput smanjenja napetosti i pobuđenosti (*arousal*) kao veština opuštanja, davanja prioriteta aktivnostima koje poboljšavaju osećaj postignuća i uživanja i promovišu pozitivnu interakciju sa okolinom (bihevioralna aktivacija), redovnog spavanja, ishrane i kretanja (intervencije za regulisanje sna, ishrane i vežbanja), bolje komunikacije i poboljšanja interpersonalnog funkcionisanja (uvežbavanje asertivnosti) te rešavanja životnih problema (uvežbavanje veština za rešavanje problema). Zbog toga se te intervencije u MPUM nazivaju *intervencije u okviru životnog stila* (a tako se ponekad navode i u literaturi).

Druge vrste intervencija na koje se odnosi MPUM su osnovne intervencije zasnovane na kognitivno-bihevioralnoj terapiji; njihova je svrha da pomognu mladim ljudima da modifikuju emocije modifikujući misli (kognitivne tehnike poput zamene beskorisnih navika razmišljanja korisnijim) i ponašanja (bihevioralne tehnike poput izlaganja situacijama iracionalnog straha radi redukcije straha).

I intervencije u okviru životnog stila i osnovne intervencije zasnovane na kognitivno-bihevioralnoj terapiji u osnovnom obliku mogu primenjivati profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji su obučeni po MPUM, ali nisu sertifikovani terapeuti kognitivno-bihevioralne terapije.

Iz didaktičkih razloga MPUM deli navedene intervencije u okviru životnog stila i osnovne intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije na:

- A. intervencije za regulisanje teških emocija i svakodnevnih aktivnosti i
- B. intervencije na izgradnji veština za rešavanje problema i komunikacionih veština.

A. Intervencije za regulisanje teških emocija i svakodnevnih aktivnosti

U ovu grupu intervencija svrstane su one koje direktnije pomažu u upravljanju teškim emocijama (poput anksioznosti, preterane tuge, depresije) i održavanju svakodnevnih aktivnosti od vitalnog značaja za biološko, psihološko i socijalno funkcionisanje (koje su preduslov za održavanje odgovarajuće emocionalne ravnoteže).

A.1. Intervencije u okviru životnog stila

A.1.1. Bihevioralna aktivacija

A.1.2. Uvežbavanje veština opuštanja

A.1.3. Uvežbavanje veština regulacije spavanja, ishrane i fizičke aktivnosti

A.2. Osnovne intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije

A.2.1. Intervencije usmerene na ponašanje (bihevioralne intervencije)

A.2.2. Intervencije usmerene na misli (kognitivne intervencije)

A.1. Intervencije u okviru životnog stila

Kao što je spomenuto, intervencije u okviru životnog stila (*lifestyle* intervencije) podrazumevaju strategije i tehnike koje imaju za cilj promene u svakodnevnim navikama i aktivnostima radi poboljšanja psihološkog blagostanja i smanjenja poteškoća mentalnog zdravlja. Intervencije u okviru životnog stila koje direktno dovodimo u vezu sa upravljanjem emocijama jesu bihevioralna aktivacija, uvežbavanje veština opuštanja te uvežbavanje veština regulacije spavanja, ishrane i fizičke aktivnosti.

A.1.1. Bihevioralna aktivacija

Bihevioralna aktivacija je osmišljena kao intervencija zasnovana na dokazima koja smanjuje neraspoloženje i bezvoljnost. Najviše se koristi u intervencijama koje se odnose na teškoće iz spektra depresije kada dominiraju bezvoljnost i pasivnost, odnosno povlačenje iz aktivnosti bitnih za funkcionisanje. Ta metoda se zasniva na kognitivno-bihevioralnoj terapiji pa bi se mogla svrstati i u osnovne intervencije kognitivno-bihevioralne terapije, ali se po svojoj strukturi i po vezi sa drugim intervencijama u okviru životnog stila svrstava u ovu kategoriju. Bihevioralna aktivacija počiva na razumevanju šta su i kako funkcionišu naučena bespomoćnost i odsustvo potkrepljenja, odnosno na razumevanju da su neraspoloženje i bezvoljnost i uzrok i posledica neaktivnosti, tj. da predstavljaju posledicu prekomerne pasivnosti i nedostatka pozitivnih aktivnosti, što dalje doprinosi doživljaju beskorisnosti i besperspektivnosti, čime se stvara začarani krug.

Cilj intervencije je izlazak iz tog začaranog kruga, odnosno uključivanje mlade osobe u aktivnosti koje su značajne i zadovoljavajuće za nju. Važno je da mlada osoba razume da motivacija neće doći sama i da ne treba čekati na motivaciju da bi se započela aktivnost (što je česta zablude), nego da mlada osoba treba da se pokrene (u početku uz napor i sa manje volje) kako bi došlo do pozitivnih efekata aktivnosti na povećanje volje i poboljšanje raspoloženja, što će dalje pokrenuti pozitivnu povratnu spregu.

Osnovni alat bihevioralne aktivacije je *dnevnik aktivnosti*, čija je svrha praćenje početne procene aktivnosti, nivoa raspoloženja, uspešnosti postignuća i zadovoljstva u obavljanju aktivnosti, kao i praćenje napretka. U ovaj dnevnik potrebno je da mlada osoba upiše aktivnost koju obavlja u svakom vremenskom bloku, zatim nivo raspoloženja (1–10, gde je 1 izrazito loše raspoloženje, a 10 izrazito dobro raspoloženje), kao i nivo postignuća i zadovoljstva u obavljanju aktivnosti (1–10 za svaku od stavki). Beleže se sve aktivnosti (uključujući i one pasivne kao što je ležanje). Ovakvo beleženje omogućava da se uoče obrasci u povezanosti aktivnosti i raspoloženja, kao i da se planiraju funkcionalnije aktivnosti koje donose viši nivo postignuća i zadovoljstva (za planiranje novih aktivnosti koristi se novi, nepopunjen formular).

Slika 9. Dnevnik aktivnosti

Dan	PONEDELJAK				UTORAK				SREDA				ČETVRTAK				PETAK				SUBOTA				NEDELJA			
	Aktivnost	Nivo raspoloženja (1–10)	Nivo postignuća (1–10)	Nivo zadovoljstva (1–10)	Aktivnost	Nivo raspoloženja (1–10)	Nivo postignuća (1–10)	Nivo zadovoljstva (1–10)	Aktivnost	Nivo raspoloženja (1–10)	Nivo postignuća (1–10)	Nivo zadovoljstva (1–10)	Aktivnost	Nivo raspoloženja (1–10)	Nivo postignuća (1–10)	Nivo zadovoljstva (1–10)	Aktivnost	Nivo raspoloženja (1–10)	Nivo postignuća (1–10)	Nivo zadovoljstva (1–10)	Aktivnost	Nivo raspoloženja (1–10)	Nivo postignuća (1–10)	Nivo zadovoljstva (1–10)	Aktivnost	Nivo raspoloženja (1–10)	Nivo postignuća (1–10)	Nivo zadovoljstva (1–10)
Vreme																												
06–08h																												
08–10h																												
10–12h																												
12–14h																												
14–16h																												
16–18h																												
18–20h																												
20–22h																												
22–24h																												

Koraci u procesu aktivacije mlade osobe:

1. Praćenje aktivnosti — podrazumeva praćenje onoga što mlada osoba već radi

- Kako mlada osoba sada provodi svoje vreme? — pratiti dnevnik aktivnosti
- Koje bi se pozitivne aktivnosti za podizanje raspoloženja mogle dodati u dane mlade osobe?

Na primer:

- *Iznesite primerak dnevnika i zamolite mladu osobu da upiše svoje aktivnosti za svaki vremenski blok pre intervencije, počevši od dana intervencije.*
- *Podstaknite mladu osobu da piše o aktivnostima koje su se zaista dogodile.*
- *Zamolite mladu osobu da oceni (od 1 do 10) stepen zadovoljstva doživljenog za svaku aktivnost odnosno osećaj uspešnog savladavanja ili postignuća koji je bio povezan sa aktivnošću (da bismo razumeli koje su aktivnosti povezane sa pozitivnim raspoloženjem za tu osobu).*

2. Planiranje aktivnosti — unesite nove aktivnosti

- Planirajte pozitivne aktivnosti i pratite napredak.
- Prvo, definišite aktivnosti koje su u prošlosti pružale mladoj osobi doživljaj zadovoljstva ili ostvarenosti (to je veoma individualizovan proces).
- Drugo, razgovarajte o preprekama za obavljanje bilo koje od tih stvari i rešite problem sa mladom osobom kako bi se mogao napraviti plan.

3. Unošenje izmena

- Unesite izmene na osnovu povratnih informacija, prepreka i specifičnosti sredine iz koje dolazi mlada osoba i zakažite nove aktivnosti.
- Nastavite da koristite dnevnik aktivnosti onoliko dugo koliko je potrebno; taj proces može da vodi mlada osoba.
- Unesite izmene u raspored na osnovu povratnih informacija, prepreka, kulturnih razlika i onoga što je bilo uspešno za tu osobu — najvažnija varijabla je koje su aktivnosti zapravo poboljšale raspoloženje mlade osobe.

A.1.2. Uvežbavanje veština opuštanja

Uvežbavanje veština opuštanja podrazumeva strategije za lakše podnošenje teških emocija i smirivanje napetosti (*hyperarousal*), odnosno za lakše podnošenje fizioloških senzacija koje ih prate, a obuhvata tehnike relaksacije i majndfulnes tehnike. Te tehnike su efikasne i kao samostalne i u paketu intervencija za podršku mladima sa teškoćama iz spektra anksioznosti i depresije. Mlada osoba ima mogućnost da sama proceni koja je od ponuđenih tehnika za nju najdelotvornija i da nju uvežba do nivoa „automatizacije“. Doživljaj tehnika i poželjna tehnika razlikuju se od osobe do osobe (ne postoji univerzalni „recept“).

Relaksacija se odnosi na stanje u kome osoba ne doživljava napetost i anksioznost. To stanje se najčešće postiže vežbama disanja i vežbama progresivne mišićne relaksacije. Obe metode podrazumevaju da se stanje relaksacije postiže perifernim efektima, a postoje i druge vrste relaksacionih tehnika (o njima se može naći više u dodatnoj literaturi).

Majndfulnes (puna svesnost) predstavlja veštinu fokusiranja pažnje na ono što nam se dešava „sada i ovde“, za razliku od „gubljenja“ u razmišljanju, strahovima i sećanjima koji se mogu vrteti u krug i podsticati napetost. Iako ima kognitivni mehanizam, majndfulnes može indirektno pomoći mladoj osobi i da dođe u stanje relaksacije.

I tehnike relaksacije i majndfulnes tehnike mogu se primenjivati u ranim fazama intervencije ili kao dopuna drugim intervencijama za redukciju nepoželjnih emocija. Njihovom primenom osoba može da utiče na probleme koji se tiču upravljanja osećanjima, napetosti i nelagodnosti. One će omogućiti veću svesnost o sopstvenom trenutnom telesnom stanju, kao i o mislima, strahovima i sećanjima intruzivnog karaktera. One će, takođe, omogućiti mladoj osobi da lakše razlikuje osećaj nelagodnosti od rasterećenosti i olakšanja te da shvati da su određene poteškoće normalna pojava kada se isprobava nešto novo.

Ove veštine se mogu uz redovnu vežbu jačati poput mišića. Zato je važno da se one redovno uvežbavaju i tokom seanse i između seansi (a mogu imati i formu zadatka u okviru intervencije). Bilo bi dobro da se napravi raspored relaksacije (po danima u nedelji) u koji osoba može da unese aktivnosti koje planira da uradi svakoga dana kako bi se opustila.

U primeni relaksacije postoje određeni koraci i oni se navode u nastavku.

1. Psihoedukacija

Treba da bude kratka da se mladi ljudi ne bi zatrpavali obiljem novih informacija. Uvek treba pažljivo birati reči da se ne bi dodatno podsticala anksioznost mladih osoba u susretu sa novom aktivnošću, pri čemu treba normalizovati početnu nelagodnost i neprijatnost, čak i ako ih i sam profesionalac oseća. Uvek treba naglasiti i da se vežbom smanjuje nelagoda, a povećava opuštanje.

Primer psihoedukacije

Svi smo mi ponekad pod stresom. Ponekad znamo zbog čega, a ponekad smo prosto preplavljeni. Sva ta osećanja su normalna i mada ne postoji dugme kojim se u potpunosti isključuje neprijatnost, vežbe pune svesnosti i relaksacije mogu nam pomoći da ostanemo „na zemlji“ i da izbegnemo da nas nelagodnost poljulja. Zamislite za početak da ste zaključani u maloj, mračnoj sobi. Osećate se nelagodno, ali niste sigurni zašto. Odjednom osetite da vas neko krzno dodiruje po ruci i čujete glasno režanje. U sobi je tigar! Sada zamislite da stojite na velikoj zelenoj ograđenoj livadi. Sunce sija, a vetar prijatno pirka. Vidite par tigrova, ali su oni sa druge strane ograde. Jedan spava pod drvetom, a drugi se samo šetka okolo. Vidite ih, ali se ne plašite jer znate da ste na bezbednom mestu i da vas ne mogu povredit.

Kada nas preplave teška, bolna ili jednostavno neprijatna osećanja i misli, može nam delovati kao da smo zaista zarobljeni u maloj mračnoj sobi sa strašnom zver. To može predstavljati prepreku svemu što radimo: ne možemo da spavamo, da se opustimo niti da uživamo u nečemu jer se osećamo kao da nam preti opasnost. Tehnike relaksacije i majndfulnes tehnike nam pomažu da ostavimo prostor u umu koji omogućava da ta zastrašujuća iskustva više ne posmatramo kao opasna. Kada prestanemo sa pokušajima da pobegnemo od njih i sam problem će postati manji, što nam dalje omogućava da slobodno nastavimo sa svojim danom i stvarima koje su nam zaista važne.

2. Demonstracija uz aktivnu ulogu profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja

Ovo se može uraditi npr. čitanjem skripti za postizanje majndfulnesa kada se prvi put spominje ta tehnika.

3. Prilagođavanje tempa mladoj osobi

Kroz razgovor treba proceniti, na primer, da li je bolje da se odjednom prođe kroz sve tehnike ili da se povremeno primenjuju pojedine tehnike.

4. Redovna provera

Treba proveravati kako teče uvežbavanje između seansi, npr. uz pomoć „rasporeda relaksacija“, i tako identifikovati prepreke u ostvarenju ciljeva i trenutke kada je potrebna dodatna motivacija.

Uputstva za neke tehnike relaksacije

Vežba disanja: 4 — 7 — 8

Ovo je kratka tehnika disanja koja vam može pomoći da se „centrirate” i umirite kada ste pod stresom. Fokusiranje pažnje na disanje može da „zavara” vaše telo da se oseti opuštenije tako što će usporiti ritam rada srca. Tokom vežbe možete zamišljati pluća koja se prazne i pune ili neke druge ritmične aktivnosti koje vam prijaju. Ovu tehniku možete primenjivati uvek i svuda.

1. Izdahnite duboko kroz usta.
2. Udahnite duboko kroz nos dok brojite do 4.
3. Zadržite vazduh i brojte do 7.
4. Izdahnite kroz usta dok brojite do 8.
5. Ponovite ovo 4–8 puta.

Progresivna mišićna relaksacija

1. Olabavite odeću, izujte se i smestite se udobno u sedeći ili ležeći položaj.
2. Opuštajte se nekoliko minuta udišući i izdišući vazduh polako i duboko.
3. Kada budete spremni, usmerite pažnju na svoje desno stopalo. Za trenutak se fokusirajte na osećaj koji imate u njemu.
4. Lagano zategnite mišić u desnom stopalu, što jače možete.
5. Zadržite ga tako 10 sekundi.
6. Opustite desno stopalo.
7. Fokusirajte se na napetost koja nestaje i na osećaj koji imate u stopalu dok postaje labavo.
8. Ostanite u tom opuštenom stanju na trenutak i dišite polako i duboko.
9. Kada budete spremni, usmerite pažnju na svoje levo stopalo i ponovite ceo proces.
10. Nastavite isto sa ostalim delovima tela; idite odozdo nagore pa stežite i opušćajte jedan po jedan mišić.

Spisak aktivnosti koje vas mogu opustiti

- čitanje knjige na udobnom mestu
- gledanje omiljenog filma/serije uz kokice
- kupovina cveća sebi
- ljuljanje u parku
- kuvanje šolje toplog čaja
- pisanje kratke priče
- čišćenje sobe i opuštanje u njoj nakon toga
- slušanje muzike
- pravljenje torte ili nekog drugog jela
- pisanje spiska stvari i ljudi na kojima smo zahvalni
- odlazak na manikir ili kod frizera
- odlazak negde pored vode (na plažu, bazen, reku itd.)
- slikanje, crtanje ili neka druga umetnost

- fizička aktivnost (šetnja, vožnja bicikle, preskakanje vijače itd.)
- grupni sportovi sa prijateljima
- ples po kući uz omiljenu muziku
- rešavanje ukrštenice
- slaganje slagalice
- paljenje mirišljavih sveća
- odlazak na piknik sa prijateljem
- planinarenje
- ručak ili kafa napolju
- gledanje smešnih videa na internetu
- ležanje na travi i posmatranje oblaka
- odabir novog hobija
- zagrljaj drage osobe
- unošenje zapisa u dnevnik
- igranje društvenih igara
- joga ili istezanje
- baštovanstvo, briga o biljkama
- odlazak u muzej ili galeriju
- skakanje po baricama
- gledanje u zvezde
- hranjenje golubova
- odlazak na koncert
- pevanje tokom tuširanja

Uputstva za neke tehnike majndfulness

1. Pet stvari

Ovo je još jedna vežba koja vam može pomoći da se „centrirate“ i povežete sa svojom okolinom. Vežbajte je tokom dana, naročito kada se izgubite u mislima i osećanjima.

1. Zastanite na trenutak.
2. Pogledajte oko sebe i uočite pet stvari koje su vam u vidnom polju.
3. Pažljivo slušajte i primetite pet stvari koje možete da čujete.
4. Sada primetite pet stvari koje možete da osetite čulom dodira na telu.
5. Za kraj, pokušajte da uradite sve prethodne korake odjednom.

2. Spusti sidro

I ova jednostavna vežba može vam pomoći da se „centrirate“ i da se povežete sa svetom oko sebe. Prime- nite je svaki put kada primetite da ste se zapetljali u mislima i osećanjima.

1. Uprite stopalima čvrsto o zemlju.
2. Gurnite ih još malo nadole — osetite kako vas zadržava pod ispod vas.

3. Obratite pažnju na zategnutost mišića u nogama dok gurate stopala nadole.
4. Obratite pažnju na celo telo. Osetite kako gravitacija povlači telo kroz glavu, kičmu i noge do stopala.
5. Sada pogledajte oko sebe i obratite pažnju na ono što možete da vidite i čujete. Primetite gde se nalazite i šta radite u tom trenutku.

3. Lišće u reci

Dok sedite u tišini, zatvorite oči i fokusirajte se na jedan predmet u sobi. Obratite pažnju na disanje, a zatim počnite da primećujete misli koje nadolaze. Dok primećujete svaku misao, zamislite da stavljate te reči na list i da taj list reka nosi dalje. Nema potrebe da tražite misli niti da ih spremno iščekujete. Jednostavno pustite da misli dođu same, a kada dođu, stavite ih na list.

Normalno je da vam pažnja odluta, naročito na početku — tako funkcioniše naš um. Ali čim primetite da pažnja počinje da vam luta, samo se lagano vratite na misli i nastavite da ih stavljate na listove.

Posle nekoliko minuta nakratko vratite pažnju na disanje, a onda otvorite oči i pokušajte da pažljivije osmotrite svoje okruženje.

A.1.3. Uvežbavanje veština regulacije fizičke aktivnosti, spavanja i ishrane

Intervencije o kojima se govori u nastavku imaju za cilj da regulišu redovnost i prikladnost fizičke aktivnosti, spavanja i ishrane, što su važni preduslovi za biološku, psihološku i socijalnu funkcionalnost i u bliskoj su vezi sa emocionalnom ravnotežom. Osobe sa tegobama u vidu neraspoloženja i anksioznosti neretko vode pasivni stil života i imaju neuredan san i ishranu; to povratno deluje na emocije tako što povećava razdražljivost te otežava obradu informacija i upravljanje emocijama. Neurednost u ovim vitalnim aktivnostima smanjuje i motivaciju i energiju mlade osobe da na odgovarajući način uzme učešća u psihosocijalnim intervencijama i da napravi potrebne promene kako bi sebi pomogla, a na duže staze vodi i do opštih zdravstvenih problema. Tako nastaje začarani krug iz koga treba izaći uvežbavanjem veština koje regulišu te domene. U zdravom telu zdrav duh!

Uvežbavanje veština regulacije fizičke aktivnosti

Redovna fizička aktivnost veoma je korisna u fizičkom i mentalnom domenu. Vežbanje jača snagu i izdržljivost, pomaže u formiranju zdravih kostiju i mišića, može poboljšati cirkulaciju krvi i pomaže u kontroli težine. Takođe, ono ima blagotvoran uticaj na mentalno zdravlje (smanjenje anksioznosti i stresa), održavanje zdravije slike o telu i povećanje samopouzdanja. Osim toga, vežbanje pomaže da se mlade osobe zaokupe zdravim aktivnostima. Ima dokaza koji povezuju fizičku aktivnost u školi sa kognitivnim veštinama i poboljšanjem školskog uspeha.

Fizičke aktivnosti za koje se zna da mogu uticati na smanjenje napetosti i poboljšanje raspoloženja su plivanje, ples, joga, pilates, vežbanje. Šetnja, takođe, može imati blagotvorni, relaksirajući efekat.

Podsticanje na fizičku aktivnost ima za krajnji cilj ublažavanje sniženog raspoloženja te povećanje motivacije i opšteg zdravlja.

Koraci u regulaciji fizičke aktivnosti

1. Psihoedukacija

Potrebno je ispitati ideje i uverenja mlade osobe o pruženim informacijama te njena uverenja o sopstvenom vežbanju i mentalnom zdravlju. Psihoedukacija se može obaviti u pisanoj ili verbalnoj formi. Potrebno je naznačiti nivo fizičke aktivnosti mlade osobe u poslednjih nekoliko nedelja da biste uvideli kakve su joj potrebe (pomoću dnevnika vežbanja).

Primer

Prosečno sam fizički aktivan/na _____ minuta.

Obično sam ovako aktivan/na _____ dana u sedmici.

Voleo/la bih da budem aktivan/na _____ minuta u danu.

Sport ili aktivnost u kojoj najviše uživam je _____.

Moj nivo fizičke aktivnosti se promenio. Tačno Netačno

Uživao/la sam u _____ ili bih voleo/la da probam _____.

U nastavku se nalaze neke preporuke za kretanje koje mogu poslužiti kao izvor informacija zasnovan na dokazima:

- [Vodič za fizičku aktivnost i ishranu mladih](#)
- [Australijske smernice za fizičku aktivnost i vežbanje za decu i mlade](#)
- [Australijske smernice za fizičku aktivnost i sedentarno ponašanje za uzrast 13 do 17 godina](#)

Ako profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja sedmično prati fizičku aktivnost mlade osobe, to može povećati verovatnoću da će se ona posvetiti redovnom vežbanju. To se radi uz pomoć *dnevnika aktivnosti* u kome se označava fizička aktivnost kojom se mlada osoba možda već bavi. U dnevnik aktivnosti treba unositi i slučajne vežbe. Važno je povezati aktivnost sa stanjem osećanja (zamoliti mladu osobu da oceni svoje raspoloženje i doživljaj postignuća u odnosu na tu aktivnost — možda je to „au!“ trenutak).

Tabela 7. Dnevnik fizičke aktivnosti

	Planirana aktivnost	Ostvarena aktivnost	Raspoloženje PRE (1–10)	Trajanje (u minutima)	Raspoloženje POSLE (1–10)
Ponedeljak					
Utorak					
Sreda					
Četvrtak					

Petak					
Subota					
Nedelja					

2. Procena i povećanje motivacije

Koristite radni list „za i protiv” da biste podstakli diskusiju o važnosti vežbanja, pri čemu ćete vi podržavati prelazak sa odugovlačenja na promišljenu pripremu. Fokusiranje na motive će povećati verovatnoću angažovanja i održavanja režima aktivnosti. Taj proces će takođe pomoći da se utvrdi spremnost mlade osobe za promenu.

Slika 10. Radni list „za i protiv”

Koristi od nevežbanja 	Štete (mane) nevežbanja
Koristi od vežbanja 	Štete (mane) vežbanja

3. Osmišljavanje novih ideja

Uključite mladu osobu u aktivnosti promišljanja fokusirajući se na njene snage i interesovanja. Vežbanje se može uvrstiti u dnevne aktivnosti, npr. kratke šetnje, trčanje, vožnja bicikla, ali i u energične aktivnosti poput aerobika ili timskih sportova. Uzmite u obzir fizičke zdravstvene predispozicije (npr. gojaznost, astma, problem sa srcem, nekontrolisani dijabetes ili dugotrajni invaliditet mogu zahtevati medicinski nadzor da bi se aktivnost odvijala bezbedno).

4. Ciljevi i plan vežbanja

Mladjoj osobi bi možda pomoglo da uspostavi sedmične ciljeve koje treba da dostigne u pripremi za aktivnost, održavanju aktivnosti i sprečavanju odustajanja od aktivnosti. Definišite ciljeve koje treba postići

svake nedelje, vodeći računa o tome da budu ostvarivi (npr. nedeljno povećanje vremena utrošenog na vežbanje ili rad na pridruživanju nekom timskom sportu).

5. Razmišljanje o protekloj sedmici

Pregledajte nedeljni planer vežbi tokom narednih seansi vodeći računa da prepoznate uspeh kako biste uspostavili poverenje i podstakli odgovarajuće ponašanje. Pohvalite uspehe i dostignuća i rešite probleme s preprekama.

Uvežbavanje veština regulacije spavanja

Spavanje i adekvatan san značajni su jer problemi sa spavanjem često prate stres i druge teškoće sa mentalnim zdravljem, između ostalog i zloupotrebu supstanci. Volja mlade osobe da poradi na svom rasporedu spavanja u velikoj meri može poboljšati uspešnost ostalih primenjenih intervencija. Na spavanje se možete fokusirati u ranim fazama intervencija (uz redovne provere da li se nešto promenilo u međuvremenu) ili tokom intervencija kao dodatak drugim metodama.

Mlada osoba može kroz razgovor i pravljenje rasporeda vezanog za san da pruži bolji opis sopstvenog spavanja i da iznese svoje stavove o onome što možda utiče na kvalitet sna. Ona takođe može da normalizuje izazove koje ima u vezi sa spavanjem u kontekstu drugih stresnih događaja, može da razume važnost kvalitetnog sna te da ispita različite tehnike za poboljšanje rutine spavanja.

Koraci za uspostavljanje odgovarajućeg kvaliteta sna

- 1. Detaljnije ispitivanje postojeće rutine u vezi sa spavanjem uz kritički osvrt** — šta pomaže, a šta odmaže.
- 2. Psihoedukacija** (objašnjenje šta šteti, a šta pomaže i na koji način) — prilagoditi informacijama koje je mlada osoba iznela.

Primer

Spavanje je kao hrana za vaš mozak. Baš kao što ne možete bez hrane, ne možete ni da budete uspešni bez dovoljno sna. Tokom spavanja telo se regeneriše, mozak skladišti dan koji je iza vas i reguliše nervne impulse i hormone koji pomažu da upravljate svojim životom. Zato se osećate zdravije u telu kada spavate dovoljno, um se bolje fokusira i generalno osećate da ste bolje uravnoteženi i optimistični.

Ljudi koji ne spavaju dovoljno često prijavljuju neki od sledećih problema: „Stalno mi se spava, ali čak i ako spavam većinu dana, probudim se umoran/na“, „Spavam, ali imam noćne more i budim se iscrpljen/na“, „Budim se u toku noći ili rano ujutru. Dok ponovo zaspim, već je vreme da ustanem“, „Treba da prođe nekoliko sati pre nego što zaspim, iako osećam umor, jer mi um konstantno radi“.

Preporuka je da mlade osobe spavaju između 8 i 10 sati svake noći kako bi funkcionisale na najbolji mogući način. Iako se to može razlikovati od dana do dana, nije loše da pokušate da uvedete tu naviku. Ako već duže vreme loše ili nedovoljno spavate ili ste pod stresom, neće uvek biti lako da povratite zdraviju rutinu, ali postoje neki trikovi koji vam mogu pomoći u tome.

Primer prikupljanja podataka o spavanju

U proseku noću spavam _____ sati.
 Obično legnem u _____ i probudim se u _____.
 Obično mi treba _____ da zaspim.
 Kada se probudim, obično se osećam _____.
 Rekao/la bih da je moj kvalitet sna _____/10.

3. **Normalizacija otežavajućih faktora** (možete izneti sopstvena iskustva).
4. **Ohrabrivanje mlade osobe da primeni nova znanja** ako ona proceni da bi joj to koristilo i pravljenje plana promene.
5. **Popunjavanje dnevnika spavanja** (mlada osoba vodi evidenciju promena u spavanju uz redovne provere profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja).

Šta pomaže i odmaže u spavanju

Spavanju odmažu kofein, šećer, nikotin, droga, alkohol, pojedini lekovi (treba proveriti alternative sa lekarom), gledanje u ekran, stres, nedovoljna fizička aktivnost, dnevno spavanje.

Stoga se mladoj osobi može predložiti da čita knjige i časopise pred spavanje (ili da sluša audio-knjige) i da sprovodi tehnike relaksacije pred spavanje. Takođe, treba joj objasniti da gledanje u ekran razbuđuje te da je dobro da se ekrani izbegavaju 30 minuta pre spavanja. Mladoj osobi treba predložiti da upražnjava različite fizičke i mentalne aktivnosti u toku dana. Pored toga, ako mlada osoba spava u toku dana, treba joj objasniti da to remeti ciklus budnog stanja i spavanja i da treba da uvede druge aktivnosti u toku dana kako bi regulisala taj ciklus.

Spavanju pomaže:

- više aktivnosti (fizičke, mentalne),
- pravilna ishrana (umerena količina, dovoljno hranljivih materija),
- odlazak na spavanje u isto vreme (stvaranje nove navike; može se uvoditi postepeno, npr. svakih nekoliko dana 30 minuta ranije),
- odlazak na spavanje kad se javi umor (umesto frustracije ako spavanje ne ide od ruke duže od 20 minuta),
- priprema prostorije za spavanje (držati je urednom, čistom, koristiti je samo za spavanje ako je moguće),
- izvođenje vežbi disanja i relaksacije (u toku dana i pred spavanje),
- vođenje dnevnika (o brigama, noćnim morama i neprijatnim osećanjima kako bi se rasteretio um pred spavanje).

Uvežbavanje veština regulacije ishrane

Pravilna ishrana je izuzetno važna i za zdravo telo i za zdrav um. Dobro je dokumentovano da nedostaci u ishrani utiču na kognitivni i emocionalni razvoj kod mladih. Zdrava, uravnotežena ishrana pomaže mladima da:

- unose pravilne količine esencijalnih hranljivih materija,
- postignu optimalan rast i razvoj,
- znatno smanje rizik od nedostatka ishrane i nezaraznih bolesti kasnije u životu koje mogu uticati na mentalno zdravlje.

Odnos između mentalnog zdravlja i ishrane je dvosmerni. Nekoliko nutritivnih faktora može uticati na mentalno zdravlje, između ostalog ukupan unos energije, unos nutrijenata koji sadrže energiju (proteini, ugljeni hidrati i masnoće) i unos vitamina i minerala. Sa druge strane, više problema mentalnog zdravlja može uticati na status ishrane. Sniženo raspoloženje često podrazumeva nedostatak apetita. Nezdrav odnos prema hrani predstavlja obeležje poremećaja ishrane (npr. anoreksije nervoze, bulimije i poremećaja opsesivnog prejedanja). Osim toga, kognicija, a prema tome i sposobnost učenja i zadržavanja informacija, povezana je sa nedostatkom vitamina (vitamini B, C, D i E) i minerala (kalcijum, jod, gvožđe, magnezijum, selen i cink).

Mladim ljudima unos dovoljno hranljivih materija i redovni obroci često predstavljaju izazov (obično zbog nedovoljne informisanosti ili velikog broja zbunjujućih saveta). Poboljšanje ishrane može dovesti do smanjenja različitih tegoba (poput neraspoloženja, lošeg kvaliteta sna, slabe koncentracije, iscrpljenosti), do prevencije nastanka različitih problema sa mentalnim zdravljem i do boljeg kognitivnog funkcionisanja.

Šta mlada osoba može da postigne kada je reč o uravnoteženoj ishrani?

Koraci za uspostavljanje adekvatne ishrane

1. Detaljnije ispitivanje postojeće rutine u ishrani

Primer

U proseku pojedem _____ (broj) glavnih obroka dnevno i _____ užina.

Doručujem obično _____ puta nedeljno.

U proseku pojedem _____ porcija voća na dan i _____ porcija povrća (računajući sve načine pripreme).

Kada sam gladan/na između obroka, obično pojedem _____ za užinu.

Popijem _____ čaša tečnosti dnevno. Od toga je _____ (broj) sa šećerom/kofeinom/alkoholom.

Učestvujem u nabavci i/ili planiranju i pripremi hrane u kući. Da / Ne

2. Psihoedukacija

Važno je podvući jasnu razliku između različitih dijeta i opšte težnje ka uravnoteženoj ishrani. Cilj nije da se pojedine vrste hrane okarakterišu kao „loše” ili u potpunosti zabranjene, nego da mlade osobe nauče da na jednostavan način u redovnu ishranu uvedu što više hranljivih materija koje su im potrebne za zdrav rast i razvoj. Ako je reč o mlađim adolescentima (12–16 godina), korisno je da u edukaciji učestvuje i porodica, jer ti mladi ljudi imaju manje prilika da sami utiču na unos hranljivih materija (ako roditelji

kupuju i pripremaju hranu). Treba istaći da za zdravu ishranu nisu potrebni dodatni resursi ili specijalna znanja i umeće pripreme. Prilikom ispitivanja postojećih navika u ishrani dobro je istaći i pohvaliti ono što se već koristi u redovnoj ishrani. Ne mora se ići u sitne detalje kada je u pitanju količina određenih hranljivih materija, već preporuke treba davati kao jednostavne fleksibilne smernice. Ohrabrite mladu osobu da najpre počne sa malim promenama, a ne da odmah iz korena menja sve.

Primer

Hrana je glavni izvor energije u telu. Tvoje telo stalno radi i pretvara hranljive materije iz hrane u energiju koja te pokreće. Uravnotežena ishrana nije važna samo za tvoje fizičko zdravlje, već može uticati i na tvoja osećanja, ponašanje i uspešnost u raznim aktivnostima.

Ono što jedemo može nam i pomoći i odmoći. Kada jedemo hranu koja ne sadrži visok nivo hranljivih materija (npr. brza hrana), obično se osećamo umorno i razdražljivo. S druge strane, kada jedemo raznovrsne hranljive obroke, to nam pomaže da smanjimo stres, anksioznost, depresiju, da poboljšamo koncentraciju, energiju, kvalitet sna i da bolje održavamo kožu, nokte i kose.

Ipak, dobro je istaći da ne postoje „dobra“ i „loša“ hrana. Samo količina i učestalost unosa određene vrste hrane mogu uticati na to kako se osećamo u telu i psihički. Zdrava ishrana podrazumeva obroke koji se sastoje od različitih grupa hrane (voće, povrće, žitarice od celog zrna itd.) jer one sadrže različite vitamine i minerale koji su ti potrebni. Za različite uzraste preporučuje se različita količina namirnica iz svake grupe. Ove preporuke ne treba uzimati zdravo za gotovo, već kao okvirne smernice — sasvim je normalno da ne jedeš podjednako uravnoteženo svakoga dana i da ti se ne dopada sva hrana u istoj meri. Kada prolazimo kroz neki težak period, može nam biti izazov da napravimo pravilan izbor hrane ili da pronademo motivaciju za pripremu zdravih obroka. Zato bi bilo dobro da istražiš različite jednostavne načine da u svoju rutinu uvrstiš što više korisnih materija i da tako prebodiš i ove izazove. Pronađi ono što može da „upali“ kod tebe!

3. Upoznavanje i normalizacija otežavajućih faktora u održavanju uravnotežene ishrane

4. Pravljenje plana praktičnih promena u ishrani

5. Popunjavanje dnevnika ishrane (mlada osoba vodi evidenciju promena uz vaše redovne provere)

Možete pomoći mladoj osobi da popuni ovaj upitnik, a zatim pratite napredak i promenu osećanja vezanih za ishranu.

Upitnik

Najveće izazove u pogledu uravnotežene ishrane za mene predstavljaju: _____

Razlozi zbog kojih nameravam da unesem pozitivne promene u svoju ishranu: _____

Koje sadašnje zdrave navike želim da zadržim: _____

Šta želim da promenim ili smanjim: _____

Kako nameravam da prebrodim izazove: _____

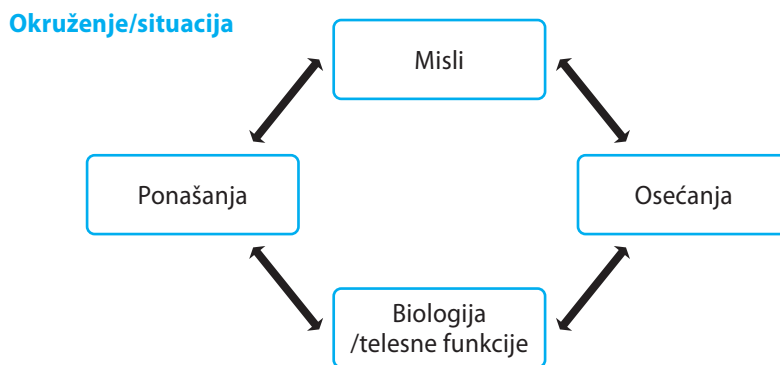
A.2. Osnovne intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije

U ovom delu biće prikazane osnovne intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije koje se mogu primeniti u savetodavnom radu. One su strukturirane, ograničenog su trajanja, fokusiraju se na sadašnjost, cilj im je promena disfunkcionalnog mišljenja (onog koje ne odgovara realnosti i koje za pojedinca nije korisno) i ponašanja kako bi se promenila disfunkcionalna (neprijatna, teška) osećanja. Okvir kognitivno-bihevioralne terapije i intervencije koje su iz njega proistekle pokazuju povoljne efekte na mentalno zdravlje mladih (i specifično na problem upravljanja disfunkcionalnim osećanjima), koji se zasnivaju na naučnim dokazima.

Osnovni model kognitivno-bihevioralne terapije i glavne karakteristike intervencija koje se na njega oslanjaju

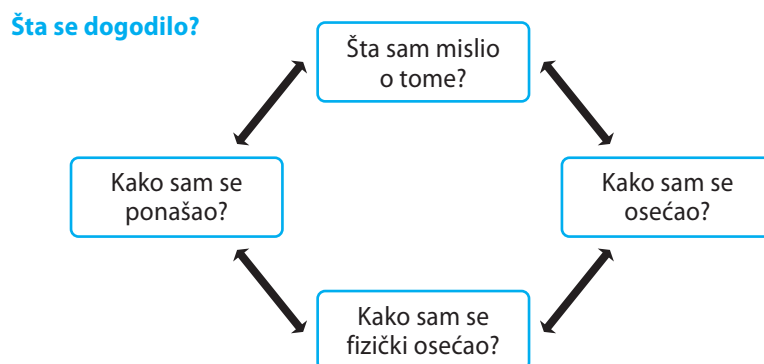
Osnovni model kognitivno-bihevioralne terapije podrazumeva da nisu situacije ono što direktno „proizvodi osećanja“, nego procena situacije (mišljenje) izaziva osećanje koje je praćeno različitim telesnim senzacijama, a osećanje dalje izaziva ponašanje. Veze između misli, osećanja i ponašanja su dvosmerne, pa ponašanje povratno utiče na emocije i na misli.

Slika 11. Model kognitivno-bihevioralne terapije (Padeski, 1986)

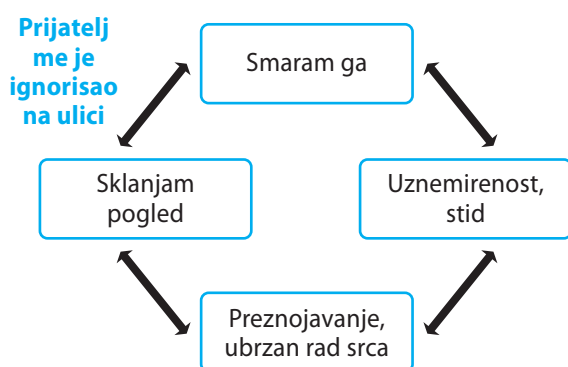


Intervencije zasnovane na ovim principima usmerene su na identifikaciju misli, emocija i ponašanja koja za pojedinca nisu od pomoći te na njihovu rekonstrukciju i promenu. Njihov cilj je da se, kroz saradnju profesionalaca i mlade osobe, zajednički uobličí razumevanje povezanosti osećanja, mišljenja i ponašanja u nastanku i održavanju tegoba mlade osobe, što se naziva *formulacijom* u okviru kognitivno-bihevioralne terapije (detaljnije objašnjena u nastavku teksta), odnosno *konceptualizacijom*. Na osnovu takve formulacije se potom biraju odgovarajuće intervencije čija je svrha da se tegobe ublaže ili u potpunosti povuku.

Slika 12. Formulacija u okviru kognitivno-bihevioralne terapije



Slika 13. Formulacija primera u okviru kognitivno-bihevioralne terapije



Primer

- Šta se dogodilo? — Prijatelj me je ignorisao na ulici.
- Šta sam mislio o tome? — Sigurno sam mu dosadan, smaram ga.
- Kako sam se osećao? — Bio sam uznemiren, osećao sam stid.
- Kako sam se fizički osećao? — Preznojavao sam se, srce mi je lupalo.
- Kako sam se ponašao? — Sklonio sam pogled.

U Tabeli 8. navode se karakteristike intervencija zasnovanih na temeljnim principima kognitivno-bihevioralne terapije kod mladih osoba.

Tabela 8. Karakteristike intervencija zasnovanih na temeljnim principima kognitivno-bihevioralne terapije

Saradnja (kolaborativni odnos) i uzajamno razumevanje	Mlada osoba se smatra „najstručnijom“ za svoje probleme i za odabir najpogodnijih rešenja, a profesionalac joj pomaže da stekne novi način razumevanja i razmišljanja te uvide iz alternativnih perspektiva kroz sokratovsko ispitivanje, odnosno vođeno otkrivanje (detaljno objašnjeno u nastavku teksta). Radoznali pristup profesionalaca, bez osuđivanja, pomaže da se uspostavi odnos poverenja.
--	--

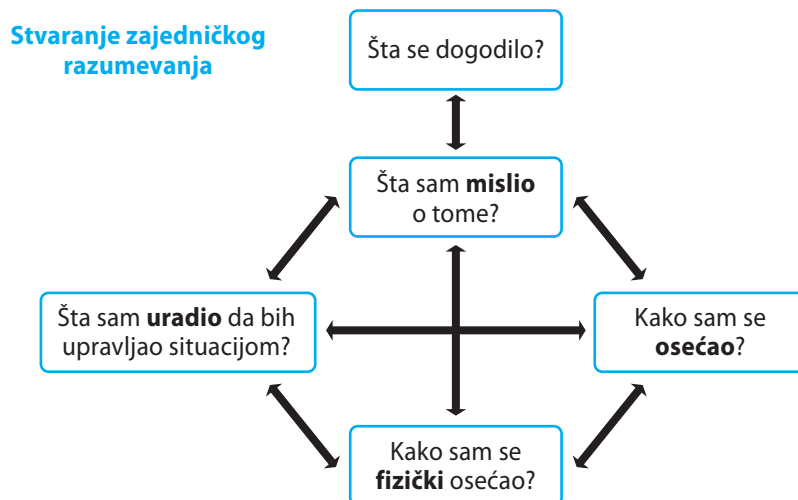
Evaluacija nepoželjnih misli i ponašanja	Neprijatna iskustva se procenjuju empirijskim pristupom. Misli se označavaju kao mišljenja, a ne kao činjenice, i stavljaju se na test u eksperimentima u kojima se ispituje njihova istinitost. Tako mlada osoba uči da utvrdi i oceni nepoželjne misli i uverenja te da odgovori na njih.
Naglasak na sadašnjosti	Naglasak je na „ovde“ i „sada“. Procesi kroz koje mlada osoba aktuelno prolazi često su lakši za analizu i razumevanje nego prošli događaji (rad na pitanjima iz prošlosti ponekad može biti potreban da bi se razumelo poreklo dubljih uverenja o sebi, drugima i svetu, ali nije presudan za promene aktuelnog funkcionisanja). Trenutni problemi mogu imati poreklo u prošlosti, ali se u sadašnjosti mogu održavati nekim sasvim drugim mehanizmima na koje se može delovati u aktuelnom trenutku.
Edukacija — učenje	Ove intervencije su edukativne; njihov je cilj da obuče mlade da budu sopstveni profesionalci za promenu. Stoga je važno da se u okviru intervencija zadaju i zadaci koji se rade između susreta (seansi) kako bi mlada osoba i u tom periodu razmišljala u skladu sa ovim modelom i postepeno stvarala vezu između onoga što uči na seansi i stvarnog sveta. Trajni naglasak je na formiranju veština i razumevanju modela kognitivno-bihevioralne terapije kako bi se sprečilo ponovno javljanje tegoba.
Postavljanje ciljeva	Opšti ciljevi poput „želela bih da budem srećnija“ nisu primereni u ovim intervencijama, jer različiti ljudi mogu imati sasvim različite ideje o sreći. Pored toga, kod takvih ciljeva nije moguće pratiti napredak i uspešnost tretmana. Stoga se mlada osoba podstiče da ovaj cilj izrazi u ponašajnim terminima, tj. da kao cilj postavi, na primer, ono što misli da bi mogla da radi kada bi bila srećnija (ako mlada osoba izjavi „srećnija sam, učestvovala bih u različitim aktivnostima, provodila bih više vremena sa prijateljima, više bih se zabavljala“, bihevioralno iskazani ciljevi bi mogli biti „uključiti se u više aktivnosti, provoditi više vremena sa prijateljima, češće pristupati zabavnim aktivnostima“). Ciljevi uvek treba da se odnose na samu osobu, a nikada na promenu ponašanja drugih ljudi (cilj „želela bih da se moj partner bolje ponaša prema meni“ nije primeren; drugačija formulacija ovog cilja mogla bi biti „želela bih da unapredim svoju komunikaciju sa partnerom“).

Preduslovi za uspešnu primenu ovih intervencija su 1) formiranje zajedničkog razumevanja (formulacija u okviru kognitivno-bihevioralne terapije) i 2) planiranje razgovora, tj. seanse (agenda).

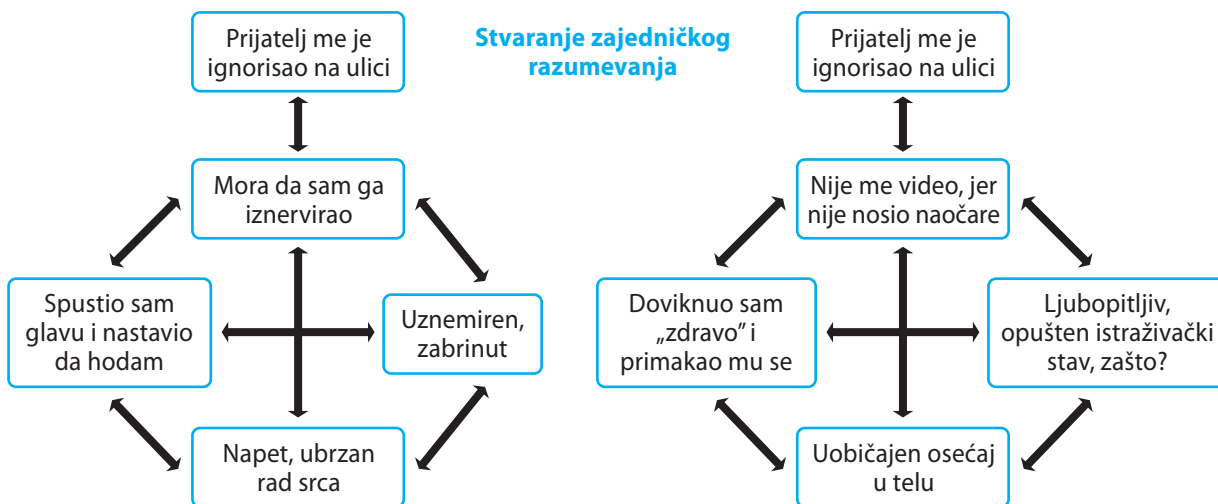
a) Formiranje zajedničkog razumevanja (formulacija u okviru kognitivno-bihevioralne terapije)

Formulacija u intervencijama zasnovanim na modelu kognitivno-bihevioralne terapije podrazumeva formiranje zajedničkog okvira razumevanja tegoba mlade osobe, u čemu učestvuju profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i mlada osoba. Formiranje zajedničkog okvira počinje fokusiranjem na problematičnu situaciju, na primer pitanjem „Možeš li da mi kažeš kada ti se to poslednji put dogodilo...?“, a nastavlja se pitanjima fokusiranim na misli i osećanja, na primer „Šta ti je prolazilo kroz glavu kada se to dogodilo? Kako si se osećao/la? Šta si radio/la?“. Prilikom formulisanja profesionalac ostavlja prostor mladoj osobi da ispravi njegove greške u razumevanju i da tako doprinese tačnosti formulacije; zato je važno koristiti jezik koje obe osobe razumeju. Nije nužno da se u razgovoru sa mladom osobom ovo nazove formulacijom — može se reći da nastojimo da razumemo šta se dogodilo, kako se mlada osoba osećala i kakve su bile njene misli u navedenoj situaciji.

Slika 14. Šablon formulacije u okviru kognitivno-bihevioralne terapije



Slika 15. Formulacija — primer 1



Cilj formulacije je nastojanje da razumemo kako mlada osoba razmišlja, kako se oseća i kako se ponaša u odgovoru na situaciju. Sa druge strane, nijedna formulacije nije statična niti definitivna; u saradnji sa mladom osobom i pod uticajem novih informacija, svaka formulacija može i treba da se obogaćuje, razrađuje i menja.

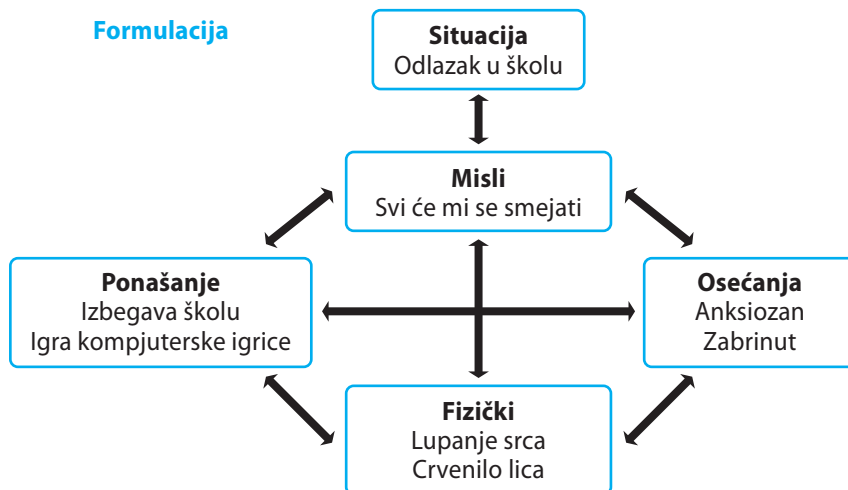
Primer

Đorđe je petnaestogodišnjak. Razgovarate jer on odbija da ide u školu, kaže da se oseća anksiozno kada je u razredu pa zbog te anksioznosti ostaje kod kuće i zaostaje u nastavi. Po ceo dan igra kompjuterske igrice, kaže da je u školi anksiozan zato što mu lupa srce i brine da je pocrveneo i da će svi da mu se smeju.

Zadatak

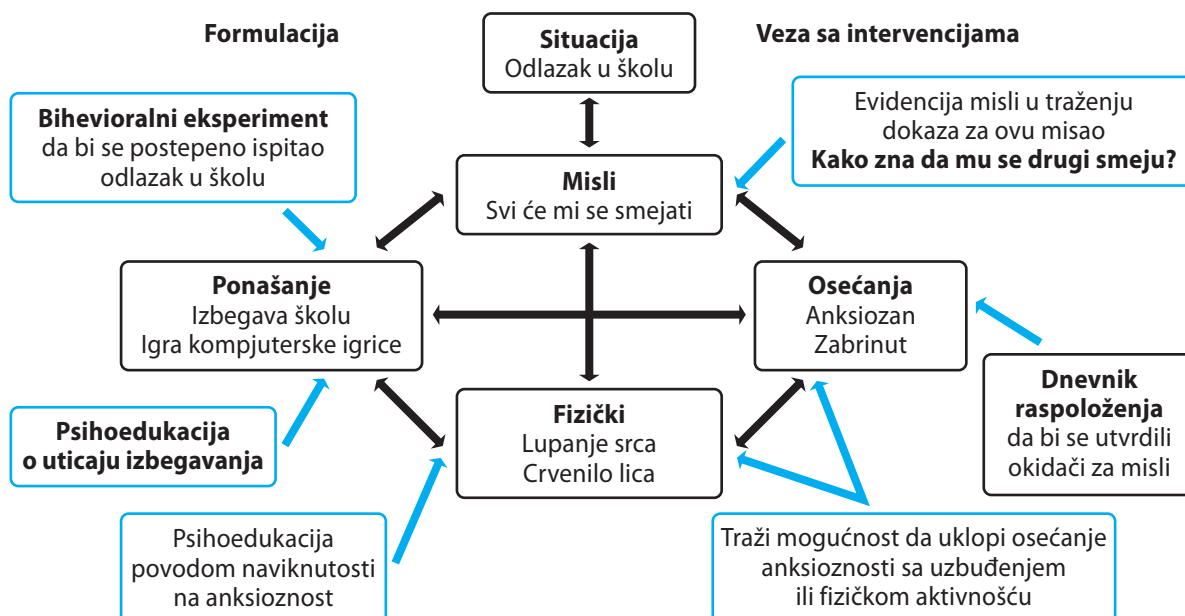
Napraviti formulaciju problema po modelu kognitivno-bihevioralne terapije. Kako se on može osećati, razmišljati i ponašati zbog ove situacije?

Slika 16. Primer formulacije — Đorđe izbegava školu



Formulacija nam pomaže da osmislimo koje bi intervencije mogle pomoći mladoj osobi.

Slika 17. Formulacija i povezanost sa intervencijama



b) Planiranje razgovora, tj. seanse (agenda)

Svaki razgovor (susret, seansa) počinje utvrđivanjem dnevnog reda (agende). Utvrđivanje agende podrazumeva odlučivanje o čemu će se tokom sesije razgovarati i prvih pet minuta svakog susreta treba posvetiti tome. Profesionalac se o agendi dogovara sa mladom osobom i pita je šta ona želi da bude na dnevnom redu; važno je da se i profesionalac i mlada osoba saglase sa dnevnim redom te da pregovaraju o svemu u vezi sa čim se ne slažu. Na profesionalcu iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja je da razmisli o tome kako da se drži dnevnog reda i kako da ga prilagođava tokom razgovora.

Primer

Stručnjak: O čemu želiš da danas razgovaramo, Jovane?

Mlada osoba: Posvađao sam se sa drugom prošlog vikenda, pa sam želeo da razgovaramo o tome.

Stručnjak: Izgleda da te je to stvarno pogodilo. Hajde da prvo deset minuta razgovaramo o tome, pa onda možemo da razgovaramo o odlaženju u školu ove nedelje i da li si mogao da uđeš u autobus.

Mlada osoba: Pa baš i nije bilo sjajno. Možemo li da razgovaramo o tome sledeće nedelje?

Stručnjak: Možda da mi ispričaš nešto o svađi, onda bismo mogli deset minuta da porazgovaramo o tome što nije išlo kako treba, pa da napravimo plan za sledeću nedelju.

Mlada osoba: U redu, to zvuči dobro.

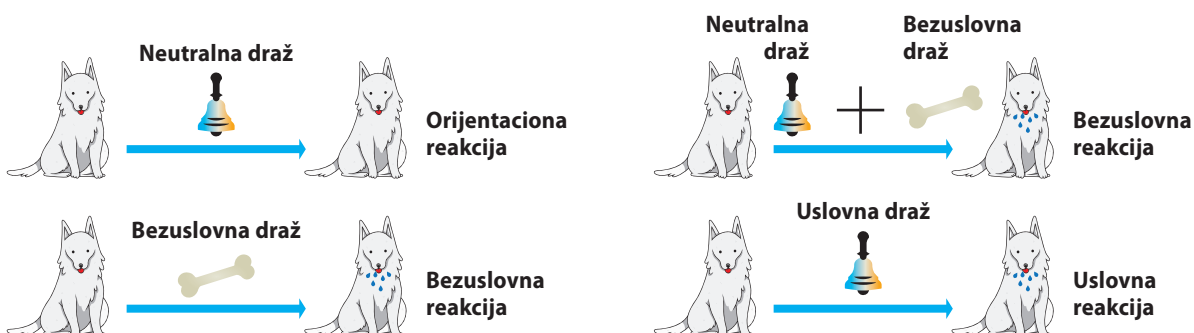
A.2.1. Intervencije usmerene na ponašanje (biheviornalne intervencije)

Intervencije usmerene na ponašanje oslanjaju se na **principe biheviornalnog učenja**.

U okviru uslovljavanja, najjednostavnijeg vida učenja, razlikujemo dve vrste uslovljavanja.

- **Klasično uslovljavanje**, koje se može ilustrovati eksperimentom I. P. Pavlova. Miris hrane za psa predstavlja bezuslovnu draž, koja prirodno i nepogrešivo dovodi do pojačanog lučenja pljuvačke, tj. bezuslovnog refleksa. Ako u ponovljenim prilikama mirisu hrane neposredno prethodi neka draž koja je za psa neutralna, u ovom eksperimentu to je bio zvuk zvona, pas će ubrzo i u odsustvu hrane, već na sam zvuk zvona (koji je sada postao uslovna draž) reagovati pojačanim lučenjem pljuvačke (uslovni refleks).

Slika 18. Klasično uslovljavanje



Što se više puta bezuslovna draž upari sa uslovnom, uslovna reakcija postaje čvršća. Pored toga, uslovna reakcija teži da se generalizuje i na slične draži; u primeru sa psom, različiti zvuci koji podsećaju na zvuk zvona mogli bi da izazovu uslovnu reakciju (lučenje pljuvačke). Nasuprot tome, ako uslovna draž mnogo puta deluje bez bezuslovne draži, uslovna reakcija se postepeno iscrpljuje i najzad gasi. Klasično uslovljavanje nije uobičajeni način učenja ponašanja kod čoveka. Međutim, ono je veoma značajno za emocionalne teškoće, jer primarne emocionalne reakcije, poput straha ili besa, mogu biti na ovaj način uslovljene; za tegobe nastale ovim putem najefikasnije će biti tehnike koje dovode do gašenja uslovne reakcije (npr. tehnikom izlaganja).

- **Operantno (instrumentalno) uslovljavanje**, koje je definisano eksperimentima E. Torndajka i B. F. Skinnera. Oba naučnika su istraživala kako posledice određenog ponašanja utiču na gašenje ili održavanje istog ponašanja. Organizam svojim ponašanjem menja sredinu, a sredina povratno posledicom reguliše ponašanje. Ako je posledica „pozitivna“, tj. ako povećava verovatnoću ponavljanja ponašanja koje je do nje dovelo, nazivamo je *potkrepljenjem*: kada pruža zadovoljstvo, predstavlja *pozitivno potkrepljenje*, a kada prekida neko neprijatno iskustvo, predstavlja *negativno potkrepljenje*. Sa druge strane, posledica može biti i „negativna“, tj. može smanjivati verovatnoću ponavljanja ponašanja koje je do nje dovelo; tada je nazivamo *kaznom*. Kazna može biti *direktna*, kada predstavlja neprijatno (averzivno) iskustvo, ili *indirektna*, kada prekida neko prijatno iskustvo. Najzad, ponašanje može da izaziva u okolini posledice koje ne povećavaju niti smanjuju verovatnoću njegovog ponavljanja, tj. „neutralne“ posledice. Takvo ponašanje, kod koga izostaje potkrepljenje, vremenom se iscrpljuje i gasi. Važno je napomenuti da je pokazano da kazna ima privremene efekte na učenje, a može imati nepovoljne efekte na mlade, zbog čega se ne preporučuje kao metod redukcije nepovoljnog ponašanja. U vaspitanju, recimo, govorimo o prirodnim i logičnim posledicama nepovoljnog ponašanja koje funkcionišu po tipu negativnog potkrepljenja.

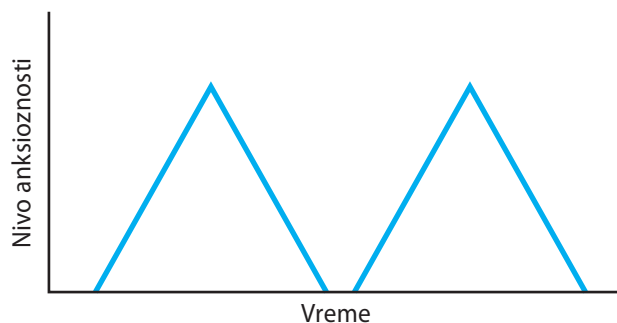
Jasno je da klasično i operantno uslovljavanje ne mogu da objasne bogatstvo sveukupnog ljudskog ponašanja. Smatra se da ljudi najviše uče u okviru socijalne sredine, gde ponašanje drugih igra veliku ulogu. **Učenje putem imitacije modela** predstavlja učenje posredovano povezivanjem stimulusa koji potiču od opažanja uzora i njima podstaknutim mislima i osećanjima. Ovo udruživanje spoljašnjih i unutrašnjih stimulusa dovodi do usvajanja ponašanja uzora, tj. do imitiranja ponašanja (kognitivno učenje).

Navedeni mehanizmi učenja mogu učestvovati i u nastanku i u održavanju nepovoljnog emocionalnog odgovora.

Kada se osoba suoči sa problematičnom situacijom, inicijalno dolazi do brzog javljanja i intenziviranja neprijatnog osećanja, na primer straha. Većina ljudi u toj situaciji potom uradi nešto što će pomoći da se osećanje što pre ublaži i najzad prestane; na primer, neko može da izbegava da se nađe u problematičnoj situaciji ili da napusti problematičnu situaciju čim strah naraste, a neko drugi će pokušati da „spreči“ strah time što će se na neki način „zaštititi“ od onoga što ga plaši ili time što će stalno proveravati da li je opasnost tu (tražiće reosiguranje). Osoba koja se boji paukova, na primer, može bežati od paukova, može tražiti u svojoj sobi paukove pre nego što ode na spavanje ili može izbegavati da gleda filmove o paukovima.

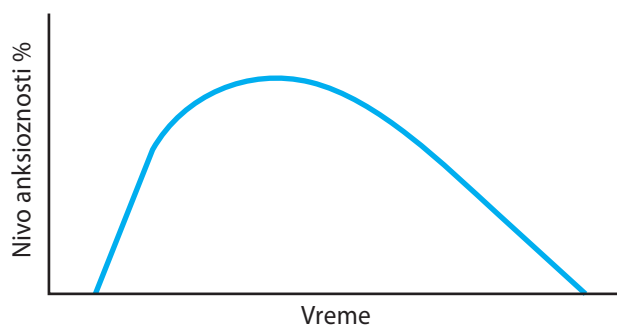
Sva ta ponašanja (koja nazivamo ponašanjem bežanja, ponašanjem izbegavanja, bezbednosnim ponašanjem i ponašanjem reosiguranja) dovode do poželjne posledice — prestanka neprijatnosti, tj. straha (negativnog potkrepljenja), te se ovakvo ponašanje dalje održava. Međutim, olakšanje je samo privremeno, strah se nikada ne „proživi“, pa se u svakoj sledećoj situaciji straha intenzivira na isti način i u istoj meri, a ako izbegavanje postane dugoročno, strah se učvršćuje, raste i širi.

Slika 19. Porast anksioznosti uz ponašanje izbegavanja

**Vrste intervencija (tehnika) usmerenih na ponašanje**

Princip gašenja usled habitucije, na kome se zasnivaju **tehnike izlaganja**, podrazumeva da strah, ako smo mu izloženi dovoljno dugo bez bežanja ili izbegavanja, ne može da traje večno i ne može dugo da ostane veoma intenzivan. Ovaj fenomen naziva se habituacijom (navikavanjem), tokom koje se gasi veza između draži i straha. Habitucija znači da osoba vremenom prestaje da oseća strah kao odgovor na određeni stimulus jer se iznova i iznova izlaže tom stimulus bez negativnih posledica. Ovo je glavni mehanizam u terapiji za anksioznosti i fobije, gde se osoba postepeno izlaže izvoru straha (npr. paukovima, visini, javnom nastupu) sve dok njen mozak ne „nauči“ da taj stimulus nije pretnja. Kroz ponovljena izlaganja veza između draži i straha slabi dok se strah na kraju ne ugasi ili značajno smanji.

Slika 20. Intenziviranje, a potom slabljenje anksioznosti



Tehnike zasnovane na principu gašenja podrazumevaju da se osoba izloži problematičnoj situaciji, bez izbegavanja ili bežanja, dovoljno dugo da dođe do gašenja straha (smatra se da je to vreme najčešće do 40 minuta, mada kod opsesivnih strahova može biti i duže). Kako ove tehnike mogu izazvati veoma intenzivna osećanja, izuzetno je važno da se pre njihove primene proverí kakav je zdravstveni status osobe, tj. da li ona ima neka zdravstvena stanja zbog kojih bi pri intenziviranju emocija mogla biti u opasnosti (npr. kardiovaskularne bolesti).

Izlaganje se može sprovesti tako što se osoba odjednom izloži najvećoj dozi straha (tehnika preplavljanja). To, međutim, može biti vrlo stresno i smanjiti motivaciju osobe da pristane na zadatke, zbog čega se preporučuje postepeni način izlaganja (*tehnika postepenog izlaganja, tj. graduirane ekspozicije*). Kod ove metode napravi se hijerarhijska skala situacija, prema kojoj se osoba postepeno suočava najpre sa najmanjim pa sa sve većim i većim strahom. Glavna komponenta izlaganja jeste trajanje izlaganja, tj. izlaganje mora da traje sve dok strah ne padne i dok se osoba ne dovede u stanje relativne smirenosti (za otprilike 40 minuta). Ako ponovljena izlaganja ne dovode do poboljšanja, verovatno postoji neko neprepoznato ponašanje izbegavanja ili bežanja (koje može biti i veoma suptilno, npr. nošenje amajlija tokom zadatka izlaganja). Zato je psihoedukacija veoma važna — osoba mora da razume šta su principi ove tehnike kako bi ostvarila potpunu saradnju i kako bi ova tehnika mogla da joj bude od pomoći.

Primer

Helena se plaši (osećanje) javnih nastupa pred većim grupama ljudi (okidač). Boji se da seminarski rad koji je spremila izloži pred celom studentskom grupom jer joj kroz glavu prolazi pomisao da će ostali misliti nešto loše o njoj ako izlaganje ne bude dobro (misao). Kada je na času i pomisli da će je profesor prozvati da predstavi svoj rad, srce počne da joj lupa i ona počinje da se znoji (telesne senzacije). Helena stalno izbegava da predstavi seminarski rad i nalazi opravdanja pred profesorom (izbegavanje). Povremeno na času odgovori kratko na neko pitanje, ali isključivo ako odgovara dok sedi u prvoj klupi, kada većina kolega iza nje ne može da joj vidi lice (bezbednosno ponašanje).

Cilj intervencija

Da predstavi seminarski rad

Hijerarhijska skala postepenog izlaganja

Predstavljanje seminarskog rada pred celom studentskom grupom, 100% straha
Predstavlja seminarski rad pred troje bliskih i troje manje bliskih kolega, 90% straha
Predstavlja seminarski rad pred troje bliskih kolega, 75% straha
Predstavlja seminarski rad pred najbližom drugaricom iz grupe, 60% straha
Pred ogledalom sama predstavlja seminarski rad, 45% straha
Posmatra snimak sebe kako sama predstavlja seminarski rad, 30% straha

Kada je u pitanju strah, postoje tehnike koje takođe koriste postepeno izlaganje, ali princip redukcije straha nije gašenje usled habituacije (i trajanja izloženosti), već gašenje usled kontrauslovljavanja, odnosno gašenje zbog prisustva tzv. recipročnog inhibitora. Recipročni inhibitor je draž koja izaziva reakciju suprotnu strahu, odnosno koja ima efekat relaksacije i predstavlja prirodno potkrepljenje. U intervencijama se kao recipročni inhibitor najviše koristi progresivna mišićna relaksacija (koja se prethodno mora dobro uvežbati) u tehnici *sistematske desenzitizacije*. Ta tehnika je složenija od tehnike graduiranog izlaganja, ima dodatne uslove koje treba ispuniti i zahteva dodatno informisanje i iskustvo.

Još jedna intervencija zasnovana na principu recipročne inhibicije jeste *asertivni trening*. Asertivna komunikacija podrazumeva otvoreno i direktno iznošenje svojih ideja, misli i osećanja uz poštovanje tuđih prava i zaštitu sopstvenih. Asertivnost predstavlja samopotvrдно ponašanje i pokazano je da delimično

predstavlja vid recipročne inhibicije (asertivni odgovor je recipročni inhibitor socijalnog straha u interpersonalnim situacijama), a da delimično deluje kognitivnim mehanizmom (o asertivnom treningu biće više reči u narednom poglavlju).

Bitna je i tehnika *bihevioralne aktivacije*. Nju smo spomenuli u prethodnom poglavlju kao intervenciju u okviru životnog stila po svojoj strukturi, ali ona spada i u bihevioralne metode, odnosno metode koje promenom ponašanja direktno dovode do poboljšanja emocionalne sfere — neraspoloženja. Ta je tehnika nezaobilazna kod mladih sa teškoćama iz depresivnog spektra i zasniva se na principu pozitivnog potkrepljenja — kroz usvajanje novih aktivnosti ili reaktivaciju ranije postojećih, a sada redukovanih aktivnosti stvaraju se prilike za nastanak prijatnih iskustava, bilo kroz različita lična postignuća, odnose sa drugima ili nešto drugo. Ta prijatna iskustva povećavaju verovatnoću ponavljanja aktivnosti koje su dovele do njih. U prethodnom poglavlju objašnjeno je kako se izvodi ova tehnika.

A.2.2. Intervencije usmerene na misli (kognitivne intervencije)

Kada se nađemo u određenoj situaciji, način na koji naš um tu situaciju tumači utiče na to kako ćemo se osećati i šta ćemo raditi. Naše tumačenje, međutim, može, ali ne mora da odgovara realnosti, jer ljudi mogu da u situacijama stresa vide realnost iskrivljeno. Vremenom imamo tendenciju da razvijemo određene navike u mišljenju koje nam zapravo mogu više odmoći nego pomoći a aktiviraju se pre i tokom stresnih situacija. Neke od njih navedene su u Tabeli 9, i mogu vam zvučati poznato. Primećivanje i prepoznavanje ovih navika može biti prvi korak ka promeni, kako bismo, zatim, pokušali da sagledamo situaciju iz druge perspektive, odnosno na racionalniji način, koji nam može biti od veće pomoći.

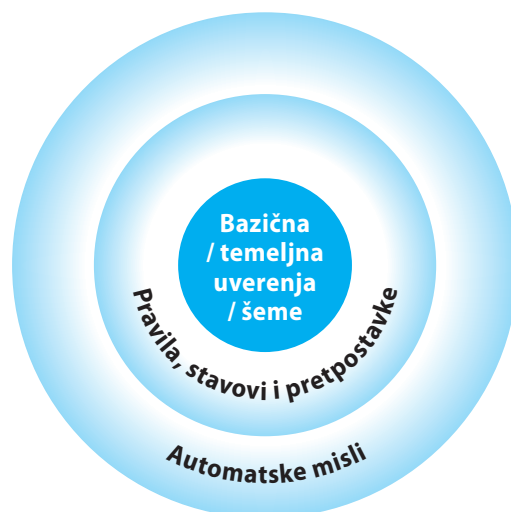
Tabela 9. Navike u mišljenju

Navika u mišljenju	Opis	Primer
Katastrofiranje	Precenjivanje verovatnoće da se desi nešto loše i jačine negativnog ishoda (uz, često, istovremeno potcenjivanje verovatnoće pozitivnog ili najrealnijeg ishoda).	„Lupa mi srce, ovo mora da je infarkt, sigurno ću umreti!“ „Na rođendanu će biti neprijatno, niko neće hteti da proča sa mnom, sigurno ću se osramotiti. Nema šanse da smognem hrabrosti da sa nekim započnem razgovor i da mi bude prijatno.“
Crno-belo mišljenje („sve ili ništa“ mišljenje)	„Sve ili ništa“ pogled na svet, gde postoje samo dva ekstrema. Verovanje da su stvari ili ljudi dobri ili loši, bez mogućnosti da budu negde između.	„Uspešan sam samo ako dobijem desetku na ispitu, sve ostale ocene su neuspeh.“
Proricanje sudbine	Sklonost ka tome da predviđamo da će se nešto (obično negativno) desiti, iako nemamo dovoljno argumenata za to.	„Sigurno ću pasti ispit (iako sam učio).“
Čitanje misli	Ubeđeni smo da znamo šta drugi ljudi misle, iako nemamo konkretne dokaze za to (najčešće verujemo da možemo da „pročitamo misli“ koje se odnose na nas).	„On sigurno misli da sam glupa.“

Navika u mišljenju	Opis	Primer
Preuveličavanje i minimiziranje	Preuveličavamo negativne aspekte situacije, a minimiziramo ono što je pozitivno. Ovo se može javiti i u formi da preuveličavamo uspehe i osobine drugih osoba, dok umanjujemo svoja dostignuća i kvalitete, pa se uznemirimo kada se sa njima upoređujemo.	<i>„Baš sam se obrukala na ispitu kada sam se zbunila oko definicije, nema veze što sam položila, i drugi su.”</i> <i>„Kako je ona duhovita! Za razliku od njenog, moj smisao za humor nikome nije zanimljiv.”</i>
Odbacivanje pozitivnog	Umanjujemo značaj pozitivnih događaja i aspekata (smatrajući da se podrazumevaju).	<i>„Dobila sam peticu zato što su pitanja bila laka (a ne zbog učenja).”</i>
Preterana generalizacija	Jedna negativna situacija se uopštava i donosi zaključak da je sve negativno u toj oblasti.	<i>„Drugarica se posvađala sa mnom, prijateljstva ne mogu da opstanu.”</i>
Mentalni (negativni) filter	Kao da smo stavili „tamne naočare” — usmeravamo pažnju samo na negativne aspekte, a pozitivne činjenice (koje nisu u skladu sa pogledom kroz naočare) opažamo veoma retko.	Na žurci jedna osoba nije razgovarala sa nama. Pomišljamo: <i>„Niko se ne druži sa mnom.”, a zaboravljamo da su drugi razgovarali sa nama.</i>
Treba i mora	Zadajemo sebi ciljeve bez dopuštanja mogućnosti za drugačiji ishod („moram da...”, „treba da...”) što može stvoriti doživljaj pritiska i podstaći očekivanja koja nisu u potpunosti realna.	<i>„Moram da imam sve petice.”</i>
Personalizacija (preterana samokričnost)	Skloni smo da odgovornost i krivicu za događaje preuzimamo na sebe, zaboravljajući da situacije zavise i od drugih.	<i>„Ja sam kriv što je moj tim izgubio fudbalsku utakmicu.”</i>
Etiketiranje	Davanje određene procene sebe, drugih ljudi ili događaja, na osnovu jednog iskustva ili aspekta, umesto da posmatramo konkretno iskustvo na osnovu postojećih argumenata.	<i>„Ja sam nesposoban.”</i>
Emocionalno zaključivanje	Kada se osećam loše, lako poverujem da je situacija zaista loša.	<i>„Osećam strah, znači da sam zaista u opasnosti.”</i>

Ove navike u mišljenju (kognitivne distorzije) mogu se prepoznati kroz misaone sadržaje koje imamo u različitim situacijama.

Slika 21. Tri nivoa kognicije u kognitivno-bihevioralnoj terapiji



Misaoni sadržaji koji predstavljaju tumačenja konkretnih situacija jesu **automatske misli**, brze, kratke misli, slike ili uspomene koje nisu rezultat promišljanja i koje često nisu svesne, već su samo rezultat opažanja emocionalnog odgovora koji se prihvata kao „istina“. One nastaju kao reakcija na okidače poput događaja, osećanja ili sećanja i najbliže su „površini“. Na primer, kada mlada osoba ne položi ispit, može se javiti misao „Kakav sam jadnik“, kada se priprema da razgovara sa devojkom, može pomisliti „Misliće da sam idiot“, kada treba da održi prezentaciju, može se javiti misao „Izblamiraću se“.

Kako se prepoznaju automatske misli? Automatske misli se najčešće ispituju pitanjem „Šta vam prolazi kroz glavu?“ u trenutku kada tokom razgovora dođe do vidne promene raspoloženja ili „Šta vam je (tada) prolazilo kroz glavu?“ kada se procenjuje situacija izraženih neprijatnih osećanja ili disfunkcionalnog ponašanja u prošlosti. One se mogu „loviti“ i tako što će mlada osoba dobiti zadatak da vodi dnevnik disfunkcionalnih misli u situacijama koje izazivaju intenzivne neprijatne emocije (i to baš u trenutku pre ili tokom javljanja te emocije).

Negativne pretpostavke podrazumevaju uverenja ili pravila (često neizgovorena) u vezi sa sobom, drugima ili celim svetom. Razvijaju se tokom vremena, iracionalne su i često otporne na promene. One vode naše postupke u različitim situacijama, a mogu biti manje ili više korisne ili štetne. Javljaju se u vidu misli „Ako... , onda...“ ili „Treba/mora... ili inače...“. Na primer, pretpostavke mogu biti „**Ako** sve vreme budem radio što više mogu, **onda** ću izbeći neuspeh“, „Uvek **moram** da budem najbolji u svemu“, „Svi oko mene **moraju** biti srećni“, „**Kada** bi ljudi stvarno znali kakav sam, **onda** bi me odbacili“.

Kako prepoznati pravila i pretpostavke? Pravila i pretpostavke se mogu prepoznati kroz utvrđivanje obrazaca u evidentiranim mislima i kroz prepoznavanje situacija u kojima su problemi najizraženiji (npr. osoba se oseća anksiozno samo u društvenim situacijama). Ponekad se mogu prepoznati na osnovu ponašanja (sleđenje pravila). Za nastanak pravila i pretpostavki od značaja mogu biti i porodične vrednosti ili pravila; npr. „Moram da porastem da bih bio veliki i jak“, „Ako sam veliki i jak, niko me neće tući“, „Ako me niko ne tuče, to znači da sam veliki i jak“.

Bazična uverenja predstavljaju čvrsta, nefleksibilna, apsolutna i uopštena uverenja o sebi, drugima, svetu i budućnosti. Ta uverenja se obično razvijaju tokom detinjstva i predstavljaju temelj za dalji razvoj negativ-

nih pretpostavki i automatskih misli. Ona dovode do selektivnog usmeravanja pažnje na informacije koje povratno održavaju i učvršćuju uverenja (pristrasnost pažnje i pripisivanja); na primer, osoba sa bazičnim uverenjem „Ja sam nesposoban” češće će primećivati i duže pamtiti događaje koji govore u prilog njegovoj nesposobnosti nego one koji pokazuju da ipak ima brojne sposobnosti, pa će se ovo uverenje održavati.

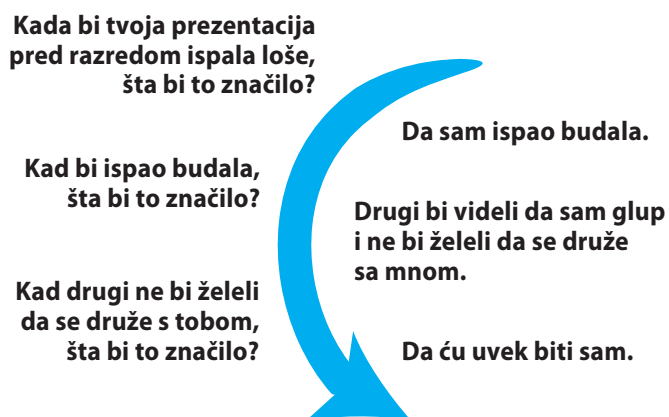
Kako prepoznati bazična uverenja? Bazična uverenja mlade osobe mogu se ispitati tehnikom „nishodne strele” (opisanom u nastavku). Pored toga, bazična uverenja mogu se prepoznati iz načina na koji osoba završava rečenice: „Ja sam...”, „Drugi su...”, „Svet je...”, „Da nisam..., voleo/la bih da budem...”.

Vrste intervencija (tehnika) usmerenih na misli

„Otpakivanje” misli i uverenja

- **Tehnika nishodne strele** služi da se utvrde bazična uverenja — osnovna uverenja o sebi, drugima i svetu. Razgovor se fokusira na uznemirujuće misli i na misli koje se ponavljaju te na razjašnjenje sistema uverenja u vezi sa konkretnim problemom. Profesionalac bi, na primer, mogao da postavi pitanje „Kada bi to bilo istina, šta bi to značilo?”

Slika 22. Primer nishodne strele



- **Sokratovski dijalog** predstavlja jednu od glavnih veština u intervencijama usmerenim na misli. Naime, Sokrat je smatrao da ljudi ne uče najbolje kada im se kaže u šta da veruju ili šta da čine, već kada, vođeni pitanjima, sami daju odgovore. Neki ljudi to zovu ispitivanjem u stilu Kolomba (na osnovu poznate TV serije o detektivu Kolombu). U sokratovskom dijalogu veoma je važno da postoji iskrena želja profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja da stekne saznanja o mladoj osobi i njenim tegobama; pitanja ne treba postavljati tako da stvaraju pretpostavke, nego tako da pokažu *znatiželju* i da usmeravaju razgovor. Pitanja se postavljaju da bi se otkrila, a ne da bi se potvrdila naša uverenja. Cilj ovog dijaloga je podsticanje mlade osobe da traži i preispituje informacije koje su značajne za njegove preokupacije. Ako se dobro vodi, sokratovski dijalog predstavlja „vođeno otkrivanje”.

Pitanja u okviru vođenog otkrivanja treba da budu takva da mlada osoba na njih može da odgovori. Pitanja sa mogu ticati i informacija koje nisu direktno u fokusu, ali su relevantne, npr. *Da li je bilo drugih situacija kada si se tako osećao?* Pitanja u vođenom otkrivanju ne služe da pokažu da su postojeća uverenja i pret-

postavke pogrešni, već da podstaknu njihovo preispitivanje. Kroz ovakav dijalog razjašnjava se i značenje briga, što pomaže u fokusiranju tretmana.

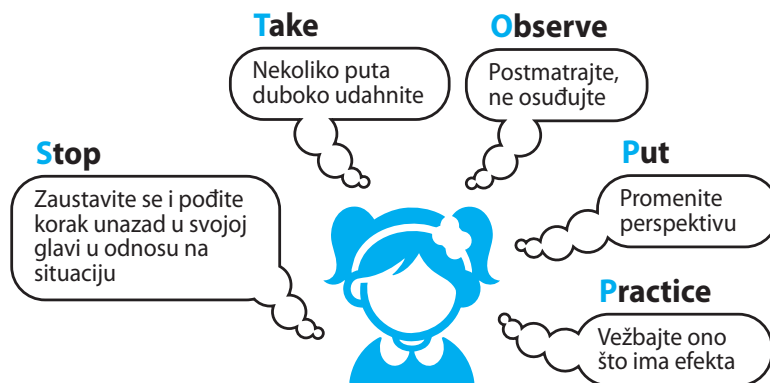
Ovo su komponente vođenog otkrivanja, tj. sokratovskog ispitivanja (Padesky, 1993):

Informativna pitanja	Podrazumevaju pitanja usmerena na razjašnjavanje postojećih briga. Na primer, ako mlada osoba saopštava „da je gubitnik“, možemo da istražimo šta za nju znači „biti gubitnik“ ili da istražimo poreklo tog uverenja pomoću pitanja „Kada si se prvi put tako osećao?“ Uloga profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja nije da dokaže da je uverenje pogrešno, već da razume kako mlada osoba konceptualizuje svoje teškoće. Informativna pitanja u ovom slučaju mogla bi biti „Možeš li da mi kažeš šta to znači 'biti gubitnik'?" ili „Koliko dugo veruješ da si gubitnik, kako si došao na tu ideju?“
Aktivno slušanje	Pokazuje radoznalost i poštovanje prema sagovorniku. Profesionalac bi trebalo da pri slušanju koristi isti jezik kao mlada osoba i da postavlja pitanja koja pokazuju znatiželju. Takav razgovor dopušta mladoj osobi da podučava i vodi, ali i da stvara sopstvene ideje i potencijalna rešenja. Često je potrebno vremena da bi mlada osoba dala i neke neočekivane odgovore. Profesionalac povremeno rezimira izrečeno, ali ne pokušava da reši problem! Tokom razgovora profesionalac nastoji da bude svestan i sopstvenih osećanja. Nasuprot aktivnom slušanju stoji konkurentsko ili borbena slušanje, kada osoba ne sluša sagovornika, već samo razmišlja o tome šta će sama reći i više je zainteresovana da iznese sopstveno gledište nego da razume drugu osobu, pa ovo zapravo i nije slušanje. Kod pasivnog slušanja sagovornik se sluša, ali mu se to ne pokazuje.
Rezimiranje	Služi da se razjasni ono što je izrečeno, ali i da profesionalac iskaže zainteresovanost i razumevanje. Kada se izrečeno rezimira, može se ustanoviti i da postoje neke nejasnoće, pa profesionalac i mlada osoba mogu da razrade ili razjasne ono što je nejasno. Rezimiranje bi trebalo ponavljati u redovnim intervalima. Ono može biti u vidu jednostavnih refleksija (ponavljanja i parafraziranja, npr. „Rekao si mi da ti glasovi postaju jači i da te više uznemiravaju u situacijama kada se osećaš kao da su te drugi isključili ili napustili. Da li sam te dobro razumeo/la?“) ili složenih refleksija (pojačavanja, metafora, preoblikovanja, slaganja uz preokret, refleksija osećanja ili afekata).
Sinteza ili analiza	Podstiču razvoj ili širenje određene ideje ili teme. Profesionalac bi trebalo da preradi najvažnije informacije, da nove informacije primeni na prvobitnu brigu ili uverenje i da sve iznese zajedno. Ipak, važno je da mlada osoba i dalje vodi razgovor. Primere uloge terapeuta u okviru ove komponente predstavljaju pitanja „Pa, kako ti se čini sve ovo o čemu smo pričali?“ ili „Gde ćemo dalje sad kad imamo ovu informaciju?“

Promena misli i uverenja

- **„Stoppiranje“ svojih misli. STOPP** je skraćenica koja može biti koristan alat kada shvatimo da negativno razmišljamo. Taj alat nas podstiče da ne prihvatimo negativne misli kao istinu, već nam pomaže da se vratimo korak unazad i da, koristeći dokaze, prevladamo način na koji razmišljamo. Skraćenica STOPP odlikava niz od pet radnji: S (*stop*) — zaustavljanje, T (*take a deep breath*) — duboki udah, O (*observe*) — posmatranje bez osude, P (*put into perspective*) — promenu perspektive i P (*practice*) — primenu postupaka koji imaju efekta.

Slika 23. STOPP tehnika



- **Posmatranje bez osude.** Kada se susretnemo sa navikama u mišljenju koje za nas nisu korisne, važno je da ne osuđujemo sebe u vezi sa onim šta se dešava (npr. „Uplašen sam zato što sam loš čovek”); umesto toga, možemo da budemo radoznali u vezi sa onim što doživljavamo, da se zapitamo šta nam se to događa, na šta smo fokusirani, šta nam prolazi kroz glavu i sl. i da tako sami sebe vodimo kroz opisivanje osećanja, slika i telesnih osećaja (npr. „Zabrinut sam jer se osećam kao da me osuđuju”).

Slika 24. Posmatranje misli bez osude



- **Razmatranje misli iz druge perspektive.** Kada nam kroz glavu prolaze neprijatne misli ili kada pojedine situacije sagledavamo na način koji čini da se osećamo neprijatno, npr. napeto ili potišteno, možemo pokušati da razmotrimo stvari iz druge perspektive. Možemo se zapitati šta bismo rekli prijatelju kada bi nam opisao da se nalazi u situaciji u kojoj se mi trenutno nalazimo ili šta mislimo da bi naš prijatelj u toj situaciji uradio. Možemo pokušati i da posmatramo „širu perspektivu“, npr. da se zapitamo koliko će određena misao biti važna i posle mesec dana, šest meseci ili godinu dana. Takođe, može biti značajna i procena „korisnosti“ neke misli ako se zapitamo da li će nas ta misao približiti određenom cilju i da li je za nas uopšte korisno da razmišljamo na taj način. Primeri pitanja koja sebi možemo postaviti u takvim okolnostima navode se na Slici 25.

Slika 25. Razmatranje druge perspektive



- **Restrukturiranje misli (kognitivna restrukturacija)** podrazumeva sagledavanje „problematicnih“ misli (onih koje nisu korisne za osobu i koje su povezane sa emocionalnim teškoćama i problematičnim ponašanjem) kao da su hipoteze, a ne činjenice. Te misli — hipoteze — mogu se potom preispitati uzimajući u obzir sve dostupne dokaze, a ne samo pojedine informacije (osećanja, pojedina sećanja) koje selektivno potvrđuju hipotezu. Cilj ove tehnike je prepoznavanje da misli nisu činjenice te da se mogu preispitati i izmeniti. U skladu sa modelom kognitivno-bihevioralne terapije očekuje se da promena na nivou misli dovede i do poboljšanja u sferi emocionalnih teškoća i do regulacije ponašanja. Proces ove tehnike prikazan je u Tabeli 10.

Tabela 10. Kognitivna restrukturacija. Prilagođeno iz: Padesky, 1995.

Situacija	Osećanja (0–100%)	Negativne misli/slike	Činjenice koje podržavaju misao	Činjenice koje daju dokaze protiv te misli	Alternativna/ uravnotežena perspektiva	Ishod (ponovna ocena emocije)
Šta se dogodilo?	Koju sam emociju osetio? Koliko je bila jaka?	Šta mi je prolazilo kroz um? Šta me je uznemirilo? Šta mi je to značilo? Kako odgovaram na to? Šta sam zamišljao? Šta je najgore u vezi sa tim?	Šta su činjenice? Koje činjenice podržavaju moje negativne misli?	Koje činjenice ne podržavaju misao? Šta kažu drugi? Da li je moguće da grešim? Kako to da znam?	Dobro, sad ću duboko da udahnem... Šta bi neko drugi rekao o ovome? Koji bih savet dao nekome drugome? Da li je to zaista toliko važno?	Šta sad osećam (0–100%)? Šta bih mogao različito da uradim? Kako bih idući put mogao da reagujem na bolji način?

Primer

Đorđe kaže da neće da ide u školu jer misli da mu se svi smeju, a on to zna jer vidi kako se ljudi smeškaju i gledaju ga. Primer za psihoedukaciju: Đorđu pokažemo listu grešaka u mišljenju i kažemo nešto poput „Ponekad prebrzo donosim zaključke, a ti?”

Možemo da pomognemo Đorđu da napravi dnevnik misli i da razmislimo — ima li Đorđe dokaze koji podržavaju njegovu misao? Da li bismo mogli da osporimo ovo njegovo razmišljanje koristeći uputstva iz dnevnika?

Tabela 11. Kognitivna restrukturacija — primer

Situacija	Osećanja (0–100%)	Negativne misli/slike	Činjenice koje podržavaju misao	Činjenice koje daju dokaze protiv te misli	Alternativna/ uravnotežena perspektiva	Ishod (ponovna ocena emocije)
Ne idem u školu zato što mi se svi smeju.	Anksioznost (95%).	Svi mi se smeju.	Vidim kako se smeju.	Pa, nastavnik mi je rekao da se smeju drugim stvarima, a ne meni.	Možda bi trebalo da odem u školu imajući na umu ono što mi je rekao nastavnik.	Manje anksiozan (60%).

Važno je naglasiti da cilj restrukturiranja misli nije da se „negativno mišljenje jednostavno zameni pozitivnim mišljenjem“ niti da se po svaku cenu bude neosnovano optimističan, već da se podstakne i olakša proces preispitivanja ideja koje su u vezi sa emocionalnim poteškoćama i problematičnim ponašanjem; to, ako se usvoji na odgovarajući način, spontano dovodi do zamene disfunkcionalnih kognicija funkcionalnim kognicijama.

- **Bihevioralni eksperiment** podrazumeva upotrebu naučnog, empirijskog metoda da se dođe do novih informacija koje mogu da pomognu da mlada osoba testira uverenja o sebi, drugima i svetu te da testira nova, pozitivnija uverenja. Bihevioralni eksperiment je jedan od vrlo moćnih metoda za postizanje promene. Primenuje se za probleme poput izbegavanja, katastrofičnih uverenja, uverenja da će drugi odgovoriti negativno te negativnih uverenja u vezi sa učinkom i sposobnostima.

Bihevioralni eksperiment se postavlja u saradnji sa mladom osobom. Na osnovu formulacije — zajedničkog razumevanja — utvrđuje se uverenje sa spiska problema ili iz nedavnog iskustva koje treba preispitati. Profesionalac i mlada osoba mogu razmenjivati ideje o tome šta bi bio dobar način da se sazna potrebna informacija, o mogućim ishodima eksperimenata i značenju svakog od ishoda. Posle toga sledi sprovođenje eksperimenta i ocenjivanje rezultata. Tokom sprovođenja eksperimenta mlada osoba treba da obrati pažnju na misli, osećanja i ponašanje te da zabeleži ono što primećuje. Kada zabeleži šta se pri izvođenju eksperimenta zapravo dogodilo, mlada osoba može da razmotri dokaze koji govore u prilog ili nasuprot njenog prvobitnog predviđanja. Onda može da zabeleži šta je naučila zahvaljujući eksperimentu te promenu stepena uverenosti u prvobitna uverenja.

Tabela 12. Primer bihevioralnog eksperimenta

Ciljana misao	Alternativna misao	Eksperiment	Predviđanje (jačina uverenja 0–100%)	Ishod	Jačina uverenja sada	Šta sam saznao
Kada sam anksiozan, čudno izgledam i ljudi će me se plašiti i izbegavaće me.	Kada sam anksiozan, možda izgledam anksiozno, ali ljudi možda neće to da primećuju.	Idite na javno mesto gde se obično osećate anksiozno i sedite pored ljudi. Zamolite sestru da pođe sa vama i da posmatra kako ljudi reaguju.	Sestra će misliti da čudno izgledam — 90%. Ljudi će se plašiti i udaljavaće se od mene — 85%.	Sestra je rekla da delujem malo anksiozno, ali ne čudno, već normalno, i izgleda da me niko nije primetio i odmakao se od mene.	Izgledam čudno kad sam anksiozan — 30%. Ljudi se plaše i udaljavaju — 20%.	Ljudima nije očigledno kako se osećam iznutra. Drugi nisu fokusirani na mene i ne plaše me se.

Bihevioralni eksperimenti se, kao što je već navedeno, postavljaju u skladu sa onim što je potrebno preispitati. To je ilustrovano u Tabeli 13.

Tabela 13. Primeri bihevioralnih eksperimenata

Uverenje	Bihevioralni eksperiment
Svi u vozu me gledaju.	Izbrojte ljude koji vas gledaju i ljude koji vas ne gledaju.
Kad neko ide iza mene ulicom, verovatno me prati.	Birajte neuobičajene staze i utvrdite da li vas ta osoba prati ili stanite i pustite je da prođe.
Biće mi strašno neprijatno ako mi se u supermarketu budu tresle ruke dok plaćam.	Namerno tresite rukama dok plaćate u prodavnici.

Bihevioralne eksperimente treba planirati pravilno i detaljno, imajući u vidu konkretno vreme i mesto eksperimenta. Eksperiment treba postaviti tako da nema gubitnika — iz svake situacije možemo nešto da naučimo, možemo da razgovaramo o značenju i tumačenju različitih ishoda. Po završetku eksperimenta treba detaljno proći sve što se dogodilo od početka do kraja, jer uvek ima nekih važnih mogućnosti za učenje koje ne želimo da propustimo. U postavljanju eksperimenata i diskusiji o njemu treba uvek obraćati pažnju na značenje. Profesionalac treba da bude pozitivan, promišljen, optimističan i radoznao.

Tabela 14. Bihevioralni eksperiment — koraci

Tabela bihevioralnih eksperimenata	
1. korak Uverenje ili pravilo koje treba ispitati	Jačina uverenja (%)
2. korak Planiranje	Šta će biti eksperiment? Šta predviđate da će se dogoditi? Koliko ste sigurni (%)? Koje bezbednosno ponašanje treba da izbacim? Koje dokaze ću da koristim da bih ocenio/la koje je uverenje tačno?
3. korak Eksperiment	Uradite eksperiment, ali obratite pažnju šta vam se dešava sa telom, mislima i osećanjima
4. korak Posle eksperimenta	Ponovo ocenite uverenje od 1. koraka do datog trenutka — sada je moje uverenje (%) Šta se desilo? Nešto što se uklapa u predviđanje? Ponovo ocenite svoje uverenje u odnosu na prvobitno predviđanje (%). Šta mogu da zaključim na osnovu ovog eksperimenta? Da li treba da primenjujem dalje eksperimente?

Na kraju, važno je napomenuti da je, u školskom okruženju, efikasnost intervencija zasnovanih na modelu kognitivno-bihevioralne terapije u razvojnom periodu pokazana za različite probleme mentalnog funkcionisanja. Školsko okruženje može predstavljati korisnu sredinu za intervencije; s jedne strane, ono smanjuje stigmatizaciju vezanu za dobijanje podrške i povećava dostupnost intervencija za probleme

mentalnog zdravlja mladih, dok s druge strane pruža mogućnost specifične integracije informacija i uvežbavanje novostečenih veština. U školskoj sredini moguće je primeniti različite intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije.

B. Intervencije na izgradnji veština za rešavanje problema i komunikacionih veština

U nastavku teksta opisuju se tehnike namenjene mladim ljudima sa poteškoćama u rešavanju problema i u komunikaciji. Cilj tih tehnika je izgradnja veština za rešavanje problema i komunikacionih veština, a obuhvataju **uvežbavanje veština za rešavanja problema** (uočavanje povezanosti poteškoća sa mentalnim zdravljem i svakodnevnih problema, njihovo definisanje i postupak rešavanja) i **uvežbavanje komunikacionih veština — asertivni trening** (učenje o slobodnom izražavanju stavova, uverenja i osećanja bez ugrožavanja prava drugih).

B.1. Uvežbavanje veština za rešavanje problema

Na mlade ljude utiče niz stresogenih faktora koji mogu doprineti nastanku psihičkih tegoba i povećavati njihovu podložnost za razvoj problema mentalnog zdravlja. Teškoće mentalnog zdravlja mogu biti povezane sa specifičnim trenutnim problemima, a njihovo rešavanje moglo bi smanjiti teškoće i loše efekte stresa (distresa).

Uvežbavanje veština za rešavanje problema zasniva se na pretpostavci da su kod mladih osoba najčešće teškoće u mentalnom zdravlju (npr. one iz spektra depresije i anksioznosti) često uzrokovane praktičnim problemima, pa se osoba podučava strategijama za efikasno rešavanje životnih problema:

- radi suočavanja sa aktuelnim stresnim situacijama i
- radi unapređenja veština za prevladavanje distresa.

Aktuelni stresori mogu se nadograditi na postojeću osetljivost, što može dovesti do efekta „prelivanja“ i ispoljavanja teškoća mentalnog zdravlja.

Ova intervencija osposobljava mlade ljude da koriste alate da bi pronašli rešenja za probleme, podržava ih da efikasnije prevazilaze poteškoće i razvijaju veštine i fokusira se na „ovde i sada“, a ne na uticaj prošlih iskustava.

Ciljevi ove intervencije su:

- da se kod mlade osobe unapredi razumevanje veze između trenutnih mentalnih tegoba i tekućih, svakodnevnih problema,
- da se unapredi sposobnost mlade osobe da jasno definiše aktuelne probleme,
- da mlada osoba nauči da koristi specifičan postupak za rešavanje problema u pokušaju da se problemi reše na strukturiran način,
- da mlada osoba doživi više pozitivnih iskustava u vezi sa sposobnošću rešavanja problema, povećanjem poverenja u sopstvenu sposobnost za rešavanje problema i doživljajem samokontrole (što deluje kao pozitivno potkrepljenje i učvršćuje dalje suočavanje sa problemima i njihovo rešavanje).

U ovoj intervenciji se u svrhu rešavanja problema koriste se određeni koraci:

1. Objašnjenje i obrazloženje
2. Definisanje i izbor problema
3. Definisanje cilja
4. Pronalaženje rešenja

5. Donošenje odluke
6. Razrada i sprovođenje plana (koristiti SMART model)
7. Ocenjivanje napretka

Korak 1. Objašnjenje i obrazloženje

Mentalne tegobe koje mlada osoba oseća povezane su sa problemima sa kojima se ona suočava, pa se vodimo time da će, ako se problemi rešavaju, doći do redukcije simptoma.

Stoga se od mlade osobe traži da:

- prepozna svoje mentalne tegobe,
- sastavi spisak svojih tegoba,
- prihvati vezu između mentalnih tegoba i konkretnih problema,
- prihvati praktične pojedinosti intervencije.

Primer

Ivan ima 15 godina. Na profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja uputila ga je njegova nastavnica jer joj je rekao da mrzi da dolazi u školu. Nastavnica napominje da se ne koncentriše na školske zadatke i ne vodi računa o higijeni. Ivan se javio profesionalcu i naveo neke stvari koje ga opterećuju.

Ovo je jedan od mogućih primera. On u celini može biti predugačak za neke mlade ljude, ali daje predstavu o tome šta bi moglo biti važno da se otkrije. Može se napraviti skraćena verzija ili se mogu koristiti delovi ovog primera. Najbolje je pronaći sopstvene reči.

Svi se svakoga dana suočavamo sa problemima, a ponekad može delovati da smo preopterećeni problemima. Neki problemi mogu biti preteški, a manji problemi mogu ostati nerešeni i nagomilavati se. Ponekad se pojavi posebno težak problem koji je zaista teško rešiti. Svi ti problemi mogu početi da utiču na to kako razmišljamo, kako se osećamo i ponašamo. Možemo se osetiti bespomoćno pred njima i početi da se povlačimo trudeći se sve manje i manje ili možemo osetiti da smo toliko preplavljeni da ne možemo da prestanemo da razmišljamo i brinemo o svojim problemima, ali čini se da time ništa ne postizemo. Ovo su neka od osećanja koja ste mi danas opisali. Što se više zakopavamo u problemima, to se osećamo gore — to je ciklus, ali možemo ga prekinuti. Tretman za rešavanje problema funkcioniše na osnovu veze između vaših negativnih osećanja i vaših problema. Ako možemo da rešimo te probleme, vaša osećanja će se popraviti. Uvežbavanje veština za rešavanje problema funkcioniše tako što vam pomaže da rešavate aktuelne probleme jedan po jedan, primenjujući pri tom praktične strategije kako biste izgradili svoje veštine za upravljanje problemima. Sve ovo se zasniva na najboljim dokazima koje za sada imamo, a tiču se strategija i veština koje najbolje funkcionišu za ljude koji se suočavaju sa teškim problemima.

Korak 2. Definisanje i izbor problema

Treba napraviti spisak problema. Prilikom definisanja problema treba razmotriti sledeća pitanja koja će pomoći u definisanju problema:

- U čemu je problem?
- Kada nastaje problem?

- Ko je uključen u problem?
- Koliko se često problem javlja?
- Šta ste ranije radili da biste rešili problem?
- Da li imate kontrolu nad ovim problemom?

Primer

Ivanova lista problema:

- osećam se tužno i preopterećeno zbog svega,
- roditelji se svađaju,
- moj najbolji prijatelj je zaboravio da mi je rođendan,
- grupa dece iz moje stare škole me „troluje“ na društvenim mrežama,
- menjao sam škole, osećam se usamljeno i da tu ne pripadam.

Potom treba izabrati jedan ili dva jasna problema koja će se rešavati, a ovo su neki predlozi koje probleme treba izabrati:

- praktičan problem (praktični problemi mogu biti jednostavniji za vežbanje nego problemi koji se tiču odnosa),
- najlakši problem (napredak će podstaći mladu osobu da se više potruži u rešavanju problema),
- najnoviji problem (problemi koji su već dugo prisutni mogu biti teži za rešavanje),
- hitan problem (ako mlada osoba ne može da se koncentriše na druge probleme dok se ovaj problem ne reši),
- najveći problem (rešavanje ovog problema olakšaće rešavanje ostalih).

Trebalo bi dati jasna uputstva kako izbor problema ne bi bio previše zastrašujući za početak. Profesionalac i mlada osoba mogu zajedno da razmisle o problemima nad kojima će mlada osoba najverovatnije imati kontrolu. Cilj je da se formiraju veštine, pa je važno početi sa nečim čime se može upravljati.

Korak 3. Definisanje cilja

Kada se problemi jasno definišu i napišu, vreme je da se identifikuje cilj. Ciljeve najčešće treba birati u okviru oblika ponašanja koji se mogu uočiti, a koji su pod kontrolom mlade osobe.

Prilikom definisanja cilja neka pitanja mogu biti od pomoći:

- Šta želite da uradite povodom problema?
- Šta bi vam pomoglo da se osećate bolje u vezi sa problemom?
- Kako biste znali da je problem rešen?

Treba zapamtiti da ciljevi uvek moraju biti vidljivi, opipljivi i dostižni.

Korak 4. Pronalaženje rešenja

Treba porazmisliti o mogućim rešenjima i o njihovom broju. Nikada ne treba osuđivati rešenja, već treba biti kreativan u njihovom osmišljavanju. Možete pitati mladu osobu kakav bi savet dala prijatelju koji se nalazi u sličnoj situaciji, jer joj to omogućava da realnije i objektivnije sagleda celokupnu sliku. Uvek se treba oslanjati na prednosti i iskustvo koje mlada osoba ima.

Mladu osobu treba navesti da zajedno sa profesionalcem razmisli kako da se generiše što više alternativnih rešenja (zanemarujući za sada njihovu verovatnu korist). Ovo može biti prilično zabavna aktivnost.

Evo nekoliko saveta za razmišljanje o rešenjima problema:

- *količina je važna* (što je veći broj potencijalnih rešenja, veće su šanse da će se problem uspešno rešiti),
- *nemojte suditi o rešenjima* (zapišite svaku ideju ili rešenje ne procenjujući da li je dobro ili loše; ako se rešenja unapred procenjuju, potencijalno uspešno i novo rešenje može se prerano napustiti),
- *budite kreativni* (koliko god neke ideje izgledale preambiciozno, svejedno ih zapišite, jer vam to pomaže da sagledate problem iz različitih uglova),
- *zamislite šta će vam pomoći* (razmislite o malim koracima za postizanje velikih ciljeva, o ljudima, mestima, stvarima, informacijama, obuci, organizacijama, prijateljima, porodici, profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, o tome šta biste savetovali dobrom prijatelju, o sopstvenim snagama i iskustvu).

Napravite spisak rešenja.

Rešenja

Korak 5. Donošenje odluke

Mlada osoba treba da se odluči za jedno ili dva rešenja koja će isprobati; u tome joj može pomoći spisak razloga „za” i „protiv” za svako rešenje.

Rešenje	Za	Protiv

Korak 6. Razrada i sprovođenje plana

Rezultati ovog plana treba da budu postavljanje cilja vezanog za odabrano rešenje koji je konkretan, merljiv, ostvarljiv, relevantan i vremenski određen (SMART) te pravljenje plana koraka za postizanje tog cilja.

Mlada osoba zatim treba da pristupi sprovođenju plana u delo.

Korak 7. Ocenjivanje napretka

Između susreta treba se osvrnuti na ciljeve.

Ako je došlo do rešenja problema, treba proslaviti uspeh!

Ako nije, plan treba preispitati:

- Da li je bilo previše teško ostvariti plan? — Razbijte plan na manje delove.
- „Rešenje” nije uspeo da reši problem. — Možda su se pojavile nove prepreke ili se prvobitni problem promenio. Ovo je trenutak da se vratite i razvijete plan za postizanje novih ciljeva.

Proslavite uspeh i uspostavite veze između rešavanja problema i osećanja kako biste osnažili dati oblik ponašanja.

B.2. Uvežbavanje komunikacionih veština — asertivni trening

Komunikacijom prenosimo informacije i izražavamo potrebe kako bi one bile zadovoljene. Način prenošenja informacija se razlikuje i zavisi od mišljenja i stavova učesnika. Prikladna komunikacija je socijalna veština koja povećava sposobnost prilagođavanja i omogućava bolju adaptaciju na životne okolnosti kroz odgovarajuće savladavanje životnih situacija i izazova u svakodnevnom funkcionisanju.

Kod mladih dolazi do razvoja znanja i veština u socijalno-emocionalnom domenu, ali se javljaju i poteškoće i emocionalni sukobi usled uspostavljanja identiteta i autonomije. Za decu i adolescente uspostavljanje interpersonalnih relacija predstavlja jedan od centralnih razvojnih zadataka i ogleda se velikim delom u transformaciji odnosa sa roditeljima i vršnjacima. Naime, vremenom odnos sa roditeljima prelazi iz tzv. vertikalnog odnosa (hijerarhijskog, u kome roditelji imaju više znanja i moći od dece) u horizontalni odnos (u kome imamo ravnopravniju i uzajamnu komunikaciju). Vršnjačka grupa postaje sve važnija i relacije sa njom su sve bliskije, uz veće oslanjanje na vršnjake, čime deca pokazuju svoju nezavisnost, naročito adolescenti, pa način komunikacije postaje važan u odgovoru na pritisak vršnjaka.

Asertivnost podrazumeva skup ponašanja koja osoba manifestuje u interpersonalnom kontekstu, a koja izražavaju njena osećanja, stavove, želje, mišljenja ili prava na direktan, odlučan i iskren način, uz poštovanje osećanja, stavova, želja, mišljenja i prava drugih.

Ponašanje koje podrazumeva da slobodno iznosimo svoje stavove, uverenja i osećanja, odnosno da branimo svoja prava ne ugrožavajući ista prava drugih, naziva se samopotvrđno ponašanje. Ono ima povoljne efekte na samopouzdanje, smanjenje strahova u komunikaciji, unapređenje emocionalnih i profesionalnih odnosa te na mentalno zdravlje uopšte.

Asertivnost se uči! Zato je bitno da odrasli koji dolaze u kontakt sa mladima komuniciraju asertivno, jer tako mladi uče po modelu.

Kao što je već spomenuto, asertivni trening se zasniva na dva mehanizma, recipročnoj inhibiciji straha (podrazumeva da svaki asertivni odgovor u interpersonalnim situacijama raskida vezu između situacije koja izaziva socijalne strahove i samog straha) i kognitivnom učenju. On se odvija putem igranja uloga, pri čemu mlada osoba igra sebe, dok profesionalac igra dve uloge — ulogu sagovornika mlade osobe iz

problematične situacije, a iz te uloge uskače u sopstvenu ulogu profesionalca-pomagača kako bi korigovao odgovor mlade osobe (u asertivni).

Glavne zadatke u razvijanju asertivnosti predstavljaju učenje da se razlikuje asertivno od agresivnog i pasivnog ponašanja, učenje da se prepoznaju i prihvate svoja asertivna prava i prava drugih ljudi, redukovanje postojećih kognitivnih i afektivnih prepreka te razvijanje i uvežbavanje asertivnih veština (praktično učenje asertivnih tehnika).

U **pasivnoj** komunikaciji osoba ne brani svoja prava da bi izbegla narušavanje prava drugih. Ona izbegava raspravu, ne iznosi svoje mišljenje, često se izvinjava, ne gleda u oči i čuti („Ja ne vredim, ti vrediš!“).

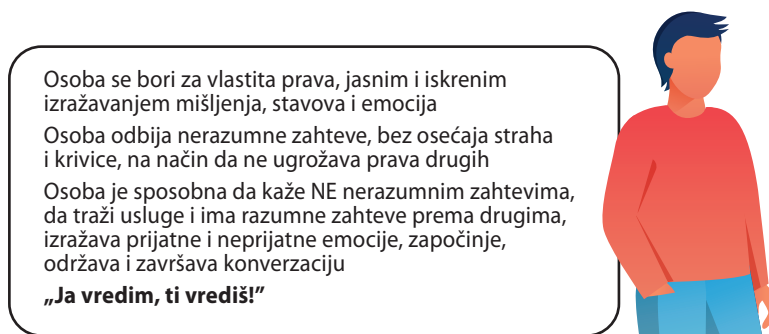
U **agresivnoj** komunikaciji osoba napada tuđe pravo da bi odbranila sopstveno pravo. Ona zahteva nešto od drugih, naređuje drugima, optužuje i krivi druge, usmerena je na ličnost (a ne na ponašanje), ne sluša druge i ne priznaje svoje greške („Ja vredim, ti ne vrediš!“).

Slika 26. Pasivna i agresivna komunikacija



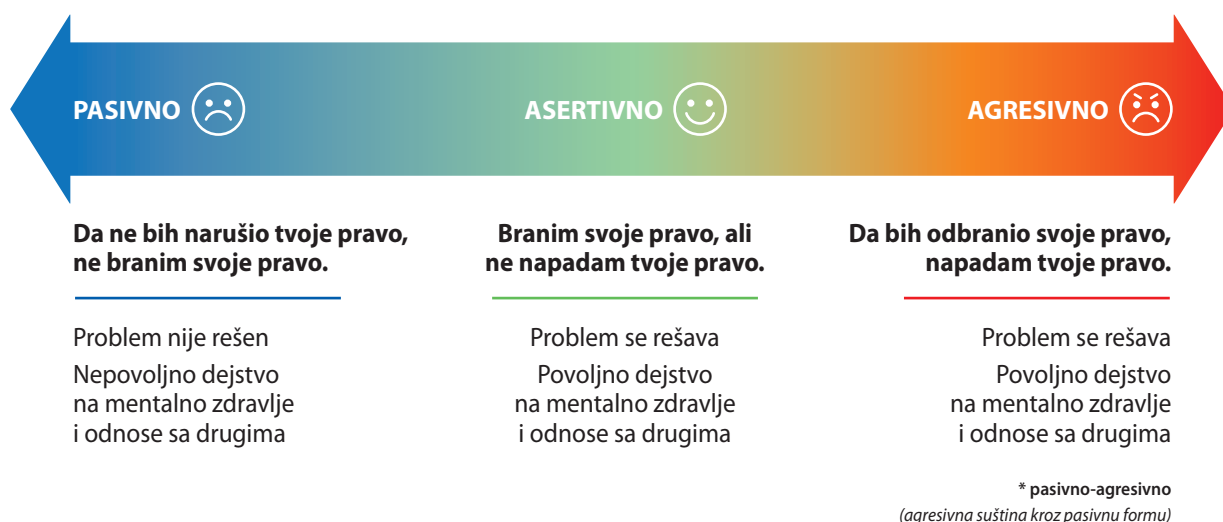
Za razliku od pasivne i agresivne komunikacije, **asertivna** komunikacija predstavlja „zlatnu sredinu“ u kojoj mlada osoba brani svoje pravo ne povređujući prava drugih. Ovaj vid komunikacije, dakle, predstavlja iznošenje sopstvenih osećanja, stavova i želja, mišljenja ili prava na direktan, odlučan i iskren način, uz poštovanje osećanja, stavova, želja, mišljenja i prava drugih („Ja vredim, ti vrediš!“).

Slika 27. Asertivna komunikacija



Asertivna komunikacija ima očiglednih prednosti nad pasivnom i agresivnom komunikacijom. U pasivnoj komunikaciji osoba se boji da ne naruši tuđe pravo i zato ne brani svoje pravo. Ovo vodi do situacije nerešavanja problema, a posledica toga je nepovoljan uticaj na mentalno zdravlje i odnose sa drugima. U agresivnoj komunikaciji, s druge strane, osoba napada pravo sagovornika da bi odbranila svoje pravo. To može voditi pogoršavanju problema, a posledica takođe može biti nepovoljan uticaj na mentalno zdravlje i odnose sa drugim ljudima. Za razliku od pasivnog i agresivnog, asertivno ponašanje, u kome osoba brani svoje pravo, a ne napada pravo sagovornika, zapravo vodi ka razrešenju problema i ima povoljan uticaj na mentalno zdravlje i odnose sa drugima.

Slika 28. Pasivna, agresivna i asertivna komunikacija



Važno je napomenuti da agresivnu komunikaciju ne čine samo ružne reči, povišen ton, otvoreni napad. Agresivnost se može izraziti i kao neprijatan neverbalni izraz, sarkazam i ironija, „držanje lekcija” ili kao ponašanje koje „tiho” osujećuje saradnju mada verbalni izraz odgovara pasivnoj komunikaciji (pasivno-agresivni oblik).

Koja su naša univerzalna asertivna prava?

- Imam pravo da bez straha izrazim prijatna i neprijatna osećanja.
- Imam pravo da čuvam sopstvenu nezavisnost.
- Imam pravo da promenim mišljenje.
- Imam pravo da se ne složim sa nečijim mišljenjem.
- Imam pravo da kažem „ne”.
- Imam pravo da pravim greške i da budem odgovoran za njihove posledice.
- Imam pravo da kažem „ne znam” i „ne razumem”.
- Imam pravo da kažem „ne zanima me”.
- Imam pravo da ne dajem razloge i izgovore koji bi opravdali moje ponašanje.

- Na meni je da procenim da li sam dužan/na da rešavam tuđe probleme ili da se žrtvujem za tuđe dobro.
- Imam pravo da tražim od drugih ljudi (bez pritiska) da izađu u susret mojim potrebama.

Ponekad misli i osećanja sprečavaju da budemo asertivni:

- Strahujemo kako će nas sagovornik proceniti, da li ćemo pogoršati problem ili imamo doživljaj da svoje mišljenje treba da zadržimo za sebe.
- Ponekad neispunjenje naših potreba doživljavamo kao nepravdu i osećamo bes koji nas onemogućava da postupamo racionalno.
- Zbog toga ne branimo svoja prava pa naše potrebe ostaju nezadovoljene, a problem ostaje nerešen, ili pak napadamo prava drugih pa se problem pogoršava.

Može biti od pomoći:

- Ako razumemo poziciju sagovornika, tj. zašto tako komunicira. Koje potrebe sagovornik želi da zadovolji?
- Ako se jave intenzivna osećanja ljutnje (kada postoji izražena fiziološka pobuđenost), reakciju treba odložiti i najpre raditi na smirenju intenziteta emocije.

Važno je zapamtiti:

- **U komunikaciji treba koristiti ton poštovanja — odlučan i iskren, a ne agresivan.**
- **Neverbalne poruke su važne.**
- **Agresivnost ne čine samo podignut ton, ružna reč ili namrgođen izraz lica, nego i indirektno agresivne poruke koje se izražavaju kao ironija i sarkazam, „držanje lekcija” i sl.**
- **Lažna opravdanja (kada nam je teško da kažemo „ne”) predstavljaju pasivno ponašanje.**

Asertivne tehnike

U nastavku se opisuju najvažnije tehnike kojima se u komunikaciji postiže asertivnost. Svaka tehnika se odnosi na neki tip konteksta za koji je najefikasnija, ali treba imati na umu da retko kada samo jedna tehnika dovodi do željenog rezultata, pa je poželjno da se one kombinuju.

Tehnika otvaranja. Ovom tehnikom izražavamo pozitivna i negativna osećanja u odnosu na situaciju sa sagovornikom. Ona koristi „JA govor”, odnosno podrazumeva korišćenje izraza poput „JA se osećam...”, a ne „TI si...” („Čini me nervoznim/om”, „Ne dopada mi se”, „Uznemirava me”). Time se skreće fokus sa ličnosti na konkretno ponašanje sagovornika i na to kakva osećanja u nama izaziva to ponašanje; tako sagovorniku omogućavamo da nas bolje razume, da saoseća sa nama te da možda zaista nešto i učini po tom pitanju. Kada izrazimo sopstvena osećanja povodom ponašanja sagovornika, iznećemo predlog promene i pitaćemo sagovornika da li se slaže s predlogom, odnosno šta misli o predlogu. Tako osiguravamo da se poštuju njegova prava prilikom zajedničkog donošenja odluka.

Primer

Umesto „TI si užasan partner jer provodimo vrlo malo vremena zajedno” treba reći „JA se osećam tužno što provodimo vrlo malo vremena zajedno. Volela bih da se to promeni. Šta misliš o tome da tri večeri nedeljno provodimo šetajući pored reke?”

Tehnika zamagljivanja. Predstavlja tehniku u okviru koje osoba uči da prihvati deo istine, ali zadržava svoju procenu situacije. U prvom delu rečenice/dijaloga priznaje sagovorniku da ima pravo na sopstvenu istinu (odnosno priznaje mu se deo istine koji mu ide u prilog), dok u drugom delu rečenice/dijaloga osoba brani svoje legalno pravo, odnosno upućuje zahtev i iznosi svoje mišljenje.

Primer

Prijateljica 1: Hoćeš li, molim te, da odeš večeras sa mnom na žurku koja mi je baš važna?

Prijateljica 2: Razumem da ti je ta žurka baš važna i volela bih da mogu da budem uz tebe, ali jako sam umorna i planirala sam da večeras ranije legnem.

Tehnika vraćanja lopte. Kada čujemo manipulativnu kritiku umesto automatizovanih reakcija (kontrana-pad ili bekstvo), pitanjima dovodimo sagovornika do toga da jasno i precizno otkrije šta je zapravo pravi predmet njegove kritike.

Primer

Majka: Ljuta sam jer si užasna ćerka.

Ćerka: Zašto misliš da sam užasna ćerka?

Majka: Nikada ne uradiš ništa što te zamolim.

Ćerka: Podseti me šta si me zamolila a ja nisam uradila.

Majka: Uvek je nešto, ne mogu sada da se setim.

Ćerka: Jako bi mi značilo da se setiš šta to nisam uradila.

Tehnika priznavanja greške. Priznajemo grešku (i suočavamo se sa strahom od odbacivanja i nesavršenosti), što je korisno u ravnopravnim i emocionalnim odnosima (ali treba biti pažljiv oko toga šta zaista jeste naša odgovornost; ponekad u profesionalnim odnosima neko treći treba da proceni šta je čija odgovornost).

Tehnika kompromisa. Kada se stavovi sagovornika razlikuju, konfliktnu situaciju rešavamo kompromisom ako je to moguće (i ako ne nanosi štetu).

Tehnika tajm-auta. Ako sagovornik i pored našeg objašnjenja ima nerealne zahteve od nas ili dođe do situacije afekta, privremeno prekidamo razgovor na tu temu (dijalog na druge teme normalno teče).

Primer

„Najbolje bi bilo da o ovome dalje ne razgovaramo. Na ovo možemo da se vratimo kada nam se smire emocije i kada budemo mogli jedno drugo bolje da razumemo“.

Tehnika pokvarene ploče. Dosledno i uporno zahtevamo da nam sagovornik omogući ostvarenje našeg prava, bez objašnjavanja i produbljivanja problema. Da to ne bi zvučalo iritantno, ova tehnika se kombinuje sa drugim tehnikama. Na primer, u drugom ponavljanju najpre treba uvesti tehniku zamagljivanja, a ako i druga strana primenjuje tehniku pokvarene ploče, onda ćemo mi primeniti tehniku tajm-auta.

Reference

- Accurso EC, Garland AF. Child, caregiver, and therapist perspectives on therapeutic alliance in usual care child psychotherapy. *Psychol Assess*. 2015; 27(1): 347–52.
- Allott K, Bryce S. Orygen. Screening Cognition in Young People. Orygen; 2019 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Cognition/Toolkits/Screening-cognition-in-young-people/orygen-screening-cognition-in-young-people_toolkit.aspx?ext=American%20Psychiatric%20Association. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: Compendium 2006. American Psychiatric Publishing; 2006.
- Armstrong P. Bloom's Taxonomy. Vanderbilt University Center for Teaching; 2010 [cited 2022 Oct]. Dostupno na: <https://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/bloomstaxonomy/>
- ASQ. What is problem solving? Steps, process & techniques [Internet]. Dostupno na: <https://asq.org/quality-resources/problem-solving?srsltid=AfmBOoo8tUNdhlBeyhJ72JrgarvVJqKfShqad0B1lj9r5Zyf-Sr2l1->
- Australijske smernice za fizičku aktivnost i sedentarno ponašanje za mlade 13–17 godina. [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: http://www.usms.rs/kontent/stranicy/sport_info_centar_pzz_FA_publ_prevodi/chess7.pdf
- Australijske smernice za fizičku aktivnost i sedentarno ponašanje za mlade 13–17 godina http://www.usms.rs/kontent/stranicy/sport_info_centar_pzz_FA_publ_prevodi/chess7.pdf
- Beck JS. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. Guilford Press; 2011.
- Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(11): 1503–26.
- Brausch AM, Girresch SK. A review of empirical treatment studies for adolescent nonsuicidal self-injury. *J Cogn Psychother*. 2012; 26(1): 3–18.
- Brooks J. The art of problem solving and its translation into practice. *BDJ In Pract*. 2022; 35(9): 21–3. doi: 10.1038/s41404-022-1714-y.
- Cohen JA, Issues TWGQ, AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49(4): 414–30.
- Connolly SD, Bernstein GA. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46(2): 267–83.
- Craske MG, Barlow DH. Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide. Oxford University Press; 2006.
- Dugas MJ, Robichaud M. Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. Taylor & Francis; 2007.
- Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000; 38(4): 319–45.
- Freeman J, Garcia A, Frank H, Benito K, Conelea C, Walther M, Edmunds J. Evidence base update for psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014; 43(1): 7–26.
- Geller DA, March J. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Focus*. 2012; 10(3): 360–73.
- Gilbert P. The compassionate mind: A new approach to life's challenges. New Harbinger Publications; 2010.
- Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytic psychotherapy versus brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depression (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled trial. 2017 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <https://doi.org/10.3310/hta21120>. (Serbian Translation: Kognitivna bihevioralna terapija i kratkotrajna psihoanalitička psihoterapija nasuprot kratke psihosocijalne intervencije kod adolescenata sa unipolarnom velikom depresijom (IMPACT): multicentrično, pragmatično, randomizovano kontrolisano ispitivanje koje je slepo za posmatrača.)
- Green J. Annotation: The therapeutic alliance — a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(5): 425–35.
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cogn Ther Res*. 2012; 36(5): 427–40.
- James AC, James G, Cowdrey FA, Soler A, Choke A. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 6.
- James IA, Blackburn IM, Reichelt FK. Manual of the revised cognitive therapy scale. Unpublished manuscript, Newcastle Cognitive and Behavioural Therapies Centre, Newcastle, UK; 2001.
- Kaličanin P. Bihevioralna terapija. Institut za mentalno zdravlje; 1991.
- Kancelarija za prevenciju bolesti i promociju zdravlja, Ministarstva za zdravlje i ljudske resurse SAD. [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: http://www.usms.rs/kontent/stranicy/sport_info_centar_pzz_FA_publ_prevodi/chess5.pdf
- Kazantzis N, Luong HK, McDonald HM, Hofmann SG. Contemporary cognitive behavioral therapy. In: Wenzel A, editor. *Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches*. American Psychological Association; 2021. p. 731–56. doi: 10.1037/0000218-025.
- Koštutić Ž, Munjiza A, Todorović D, Lero M, Mitković Vončina M. Umetnost komunikacije — kako se snaći u interpersonalnim relacijama. Psihijat Dan. 2021; 53(1): 69–80.
- Kozak MJ, Foa EB. Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach. Oxford University Press; 2005.
- Materijal Kancelarije za prevenciju bolesti i promociju zdravlja, Ministarstva za zdravlje i ljudske resurse SAD. http://www.usms.rs/kontent/stranicy/sport_info_centar_pzz_FA_publ_prevodi/chess5.pdf
- McDermott B, Baigent M, Chanen A, Fraser L, Graetz B, Hayman N, Proimos J. Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults. beyondblue: The national depression initiative; 2011.
- Mitković-Vončina M. Kognitivno-bihevioralna terapija u školskom okruženju. Psihijatrija danas. 2018; 50(1): 85–96. doi: 10.5937/PsihDan1801085M.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression in children and young people: Identification and management in primary, community, and secondary care. British Psychological Society; 2005.
- National Collaborating Centre for Mental Health, National Collaborating Centre for Primary Care. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care. National Institute for Health and Care Excellence clinical guideline, 113; 2011.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Bipolar Disorder: The assessment and management of bipolar disorder in adults, children and young people in primary and secondary care. British Psychological Society; 2014.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Core interventions in the treatment of obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder (a guideline from the National Institute for Health and Clinical Excellence, National Health Service). British Psychiatric Society and Royal College of Psychiatrists; 2006.

NICE. Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management. NICE clinical guideline 155; 2015.

Orygen. Brief interventions in youth mental health toolkit. Melbourne: Orygen; 2022.

Orygen. Kako kontrolisati i intervenisati za pozitivno kardimetaboličko zdravlje. Orygen; 2019 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <https://www.orygen.org.au/campus/expert-network/resources/free/clinicalpractice/positive-cardimetabolic-health>

Orygen. Praćenje: funkcionalni oporavak u slučaju rane psihoze. EPPIC. Orygen; 2015 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Manuals/Manual-PDF-files/orygen-keeping-on-track-pdf.aspx>

Orygen. Procena i reagovanje na probleme sa spavanjem kod mladih ljudi. Dokazi za praksu. Orygen; 2016 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Physical-and-sexual-health/Evidence-summary/Assessing-and-responding-to-sleep-problems-in-youth/orygen-evidence-to-practice-sleep-problems-mental?ext=>

Padesky CA, Mooney KA. Presenting the cognitive model to clients. Int Cognit Ther Newsl. 1990; 6: 13–4. Dostupno na: <https://www.padesky.com/>

Padesky CA. Socratic questioning: changing minds or guiding discovery? Paper presented at: 1993 European Congress of Behaviour and Cognitive Therapies; 1993 Sep; London. Dostupno na: <http://www.padesky.com/clinicalcorner/>

Pfennig A, Correll CU, Marx C, Rottmann-Wolf M, Meyer TD, Bauer M, Leopold K. Psychotherapeutic interventions in individuals at risk of developing bipolar disorder: A systematic review. Early Interv Psychiatry. 2014; 8(1): 3–11.

Različiti materijali dostupni na stranici Udruženja za sport i medicinu sporta Srbije. <http://www.usms.rs/index.php?jezik=la&strana=sport-info-centar-pzz-FA-publ-prevod>

Reavley N, Allen N, Jorm A, Morgan A, Ryan S, Purcell R. A guide to what works for anxiety. Beyond Blue; 2013.

Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Psychol. 1957; 21: 95–103.

Rosqvist J. Exposure treatments for anxiety disorders. A practitioner's guide to concepts, methods and evidence-based practice. Routledge; 2005.

Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Rosa-Alcázar Á. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. J Anxiety Disord. 2014; 28(1): 31–44.

Sun M, Rith-Najarian LR, Williamson TJ, Chorpita BF. Treatment features associated with youth cognitive behavioral therapy follow-up effects for internalizing disorders: A meta-analysis. J Clin Child Adolesc Psychol. 2019; 48(sup1): S269–S83.

Terjesen MD, Duhning C, Pata AK, Prizer JK. The current status of rational emotive and cognitive behavioral therapy (RE-CBT) research with children and adolescents. In: Bernard M, Terjesen MD, editors. Rational-emotive and cognitive-behavioral approaches to child and adolescent mental health: Theory, practice, research, applications. Springer; 2020. p. 85–96. doi: 10.1007/978-3-030-53901-6_2.

Udruženje za sport i medicinu sporta Srbije. [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <http://www.usms.rs/index.php?jezik=la&strana=sport-info-centar-pzz-FA-publ-prevod>

Vygotsky L. Interaction between learning and development. Readings on the development of children. 1978; 23(3): 34–41.

Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Eckshtain D, Ugueto AM, Vaughn-Coaxum R, et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. Am Psychol. 2017; 72(2): 79–117.

Wenzel A, editor. Handbook of cognitive behavioral therapy: Applications. American Psychological Association; 2021.

World Health Organization. Life skills education for children and adolescents in schools. WHO; 1994 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63552/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf?sequence=1

Wu T-T, Asmara A, Huang Y-M, Permata Hapsari I. Identification of Problem-Solving Techniques in Computational Thinking Studies: Systematic Literature Review. Sage Open. 2024; 14(2). doi: 10.1177/21582440241249897.

Zdravković J. Veštine vladanja sobom. Sven štamparija; 2010.

C. Podrška zasnovana na znanjima o traumi

Podrška zasnovana na znanjima o traumi je višeslojni i sistemski koncept, a odnosi se na okruženje u kome se usluge pružaju tako da se uzimaju u obzir specifične potrebe i osetljivost onih koji su doživeli traumu, kroz strategije i okvire na nivou politika i organizacije. Ovaj koncept ne predstavlja jednu intervenciju, nego pristup u pružanju intervencija onima koji su imali traumatsko iskustvo. Ako dođe do masovnog izlaganja mladih traumi, mogu se primeniti dva pristupa u zavisnosti od trenutka u odnosu na traumatski događaj: psihološka prva pomoć (u akutnoj fazi) i veštine za psihološki oporavak (nakon akutne faze, tokom oporavka). Važno je prepoznati znake traumatskog ispoljavanja kod mladih koje zahteva upućivanje specijalizovanim službama. Ako posumnjaju na zlostavljanje i zanemarivanje dece, profesionalci treba da poštuju protokole kako bi zaštitili mlade od zlostavljanja i zanemarivanja u odgovarajućem sektoru. Važan deo intervencija u traumi podrazumeva posvećivanje pažnje vikarijskoj traumi i brizi stručnjaka o sebi.

Šta je trauma?

Iako postoji veliki broj definicija traume, važno je poznavati osnove i prepoznati znakove traume kod mladih te pružiti negu u skladu sa kapacitetima, a po potrebi posegnuti i za drugim sistemima podrške. Prema vladinoj agenciji *SAD Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*, individualna trauma je posledica događaja, niza događaja ili skupa okolnosti koje pojedinac doživljava kao fizički ili emocionalno štetne ili opasne po život, a koji imaju trajne negativne efekte na funkcionisanje pojedinca te na njegovu mentalnu, fizičku, socijalnu, emocionalnu ili duhovnu dobrobit. Svetska zdravstvena organizacija definiše traumu kao „odloženi ili produženi odgovor na stresni događaj ili stresnu situaciju izuzetno preteće ili dugotrajne prirode, koji će verovatno izazvati sveprisutnu patnju kod skoro svakoga”.

Veliki broj dece u toku odrastanja doživi neki traumatski događaj, kao i različite stresne i bolne situacije. Ne smatraju se, međutim, svi strašni događaji traumatskim niti će svako dete istu situaciju doživeti na isti način, kao traumatsku. Takođe, nemaju svi traumatski događaji dugoročno štetne efekte i većina ljudi se oporavi od efekata traume. Ipak, postoje jasni dokazi da trauma, posebno kod dece, predstavlja snažan faktor rizika za razvoj kasnijih problema sa mentalnim zdravljem, a čini se da neke vrste traume nose veći rizik za razvoj mentalnih tegoba i poremećaja od drugih.

Traumatsko iskustvo

Stres i traumatski događaj razlikuju se po tome što je traumatski događaj većeg intenziteta i priroda događaja je ozbiljnija u odnosu na stresore. Postoji niz faktora koji utiču na to da li će se i kakve poteškoće razviti kod deteta — *uzrast, razvojni stadijum, otpornost, kultura uverenja i značenja, stilovi i veštine prevladavanja te sistemi podrške*. Drugačije reakcije dece postoje jer svako dete razume traumatski događaj na jedinstven način i daje mu značenje u odnosu na sebe i svoj porodični, socijalni i životni kontekst. Na decu posebno utiču međuljudske traume, jer pored straha, tuge i drugih emocija koje predstavljaju reakciju na događaj, deca osećaju i gubitak primarne porodične figure, kao i ugroženost svoje uloge u porodici.

Traumatsko iskustvo je iznenadno i neočekivano, prevazilazi sposobnost osobe da se zaštiti i ugrožava osobu i njene potrebe. Potencijalno traumatsko iskustvo u životu mlade osobe koja se obraća za pomoć treba da bude centralni princip organizacije nege, prakse i pružanja usluga. Iako svest o traumi i tretman traume mogu biti suštinski važni za proces oporavka, u mnogim službama za zaštitu mentalnog zdravlja se trauma retko u potpunosti prepoznaje ili tretira. Stoga je izuzetno važno imati znanja o ovoj temi, jer

se kod dece i mladih kao posledica nepružanja pomoći mogu javiti razvojne poteškoće. Traumatski efekat izaziva svaki događaj koji se doživi kao traumatski, bez obzira na njegove objektivne osobine i intenzitet.

Traumatski događaji obuhvataju sledeće:

- teška nesreća, napad, rat, prirodna katastrofa, seksualni napad ili zlostavljanje,
- svedočenje takvom događaju koji se dešava drugoj osobi,
- saznanje da je voljena osoba iznenada umrla (npr. usled traumatskog događaja), doživela događaj koji je opasan po život ili je ozbiljno povređena.

U Tabeli 14 prikazuju se različiti tipovi trauma.

Tabela 14. Tipovi trauma

Trauma od pojedinačnog incidenta ili trauma tipa I	Sekundarna trauma
Neočekivana, javlja se „iz vedra neba“: • prirodna katastrofa, • nesreća, • teroristički napad, • epizoda napada, zlostavljanja ili svedočenje takvom događaju.	Slušanje o traumatskom iskustvu drugog lica iz prve ruke: • profesionalci koji rade sa traumatizovanim populacijama, • izlaganje traumama preko kolega ili u medijima.
Kompleksna trauma ili trauma tipa II	Međugeneracijska trauma
Dugotrajni ili ponovljeni traumatski događaji koji često počinju u detinjstvu i traju tokom dužeg vremenskog perioda. Događaji se često javljaju u odnosima sa drugim bliskim osobama, npr. zanemarivanje, fizičko i seksualno zlostavljanje. (Van der Kolk i Courtois, 2005)	Trauma koju doživljavaju roditelji i koja se prenosi na decu: • deca izbeglica, • ratni veterani i drugi roditelji koji su i dalje pod uticajem sopstvene traume.

Prema američkoj Nacionalnoj mreži za dečji traumatski stres (*The National Child Traumatic Stress Network — NCTSN*) postoji nekoliko tipova traume kod dece:

- vršnjačko nasilje,
- nasilje u široj društvenoj zajednici,
- kompleksna trauma,
- prirodne katastrofe,
- nasilje u porodici,
- rana trauma kod dece,
- medicinska trauma,
- fizičko nasilje,
- trauma usled rasne diskriminacije,

- izbeglištvo,
- seksualno zlostavljanje i trgovina decom,
- terorizam,
- traumatski gubitak.

Kako mladi reaguju na traumatska iskustva?

Reakcije na traumatski događaj mogu biti različite u smislu intenziteta i prirode, odnosno u smislu vremena kada se javljaju.

Najveći broj reakcija prisutan je *tokom ili neposredno po završetku* traumatskog događaja i može trajati par dana ili nešto duže (do mesec dana), uz opadanje intenziteta. U tom slučaju radi se o neposrednoj (akutnoj) reakciji na stres, što nije neuobičajena pojava, i o prolaznim tegobama, nakon kojih se osoba vraća redovnom funkcionisanju.

Takva reakcija ima zaštitnu ulogu za organizam u celini — ona predstavlja prirodnu reakciju na situaciju koja prevazilazi aktuelne snage i kapacitete osobe.

Znaci takve traumatske reakcije i stresa kod mladih su:

- stalna uznemirenost,
- dugotrajna tuga,
- problem u međuljudskim odnosima,
- problem sa spavanjem, noćne more,
- fizički simptomi (bolovi, stomachne tegobe),
- zloupotreba psihoaktivnih supstanci i alkohola.

Kasnije nakon završetka traumatskog događaja (posle mesec dana ili više meseci) mogu se javiti posttraumatske reakcije, koje opet mogu imati različita ispoljavanja i čiji intenzitet varira. U specifičnoj formi i ako su specifičnog intenziteta one mogu dostići i nivo *posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP)*; tada su neophodni neodložna psihijatrijska procena i lečenje.

Posttraumatske reakcije obuhvataju promene u osećanjima, mislima i ponašanju povezane sa traumatskim događajem. Te promene nastaju naglo i nevoljno, jer se sećanja nameću bez kontrole osobe. Znaci posttraumatske reakcije:

- izbegavanje svega što može biti u vezi sa događajem,
- doživljavanje traume koje se ponavlja — nametnute misli, košmari, flešbekovi (nametanje traumatskih slika protiv volje pojedinca),
- isključivanje kroz „bežanje” u televiziju, društvene mreže, igrice,
- prejedanje,
- promiskuitetno ponašanje,
- zloupotreba psihoaktivnih supstanci i alkohola.

Važno je obratiti pažnju na ova ispoljavanja, a posebno ako je tokom nekoliko nedelja prisutna kombinacija *ponovnog doživljavanja traume kao da se dešava u sadašnjosti* (kroz misli, košmare, flešbekove), *namernog izbegavanja draži koje podsećaju na traumu* (izbegavanje ljudi, razgovora, aktivnosti, situacija, ali i sopstvenih misli i sećanja vezanih za traumatski događaj) i *upornog doživljavanja povećane trenutne pretnje* (stanje prenapregnutosti (*hyperarousal*) i preosetljivosti na stimuluse poput neočekivanih zvukova), koja

dovodi do značajnih problema u ličnim, porodičnim, društvenim, obrazovnim i drugim važnim aspektima *funkcionisanja* mlade osobe, jer su to bitni elementi koji mogu upućivati na PTSP.

Pored ovog standardnog oblika PTSP, važno je spomenuti da postoji i *kompleksni PTSP* i ta dva oblika treba razlikovati. Osobe sa kompleksnim PTSP-om imaju u iskustvu hroničnu traumu, iskustva dugotrajnih međuljudskih traumatskih događaja koji se uglavnom dešavaju u ranom životnom periodu — zlostavljanje, zanemarivanje, nasilje ili svedočenje nasilju.

Pored tri bitna elementa koji karakterišu PTSP, mladi sa kompleksnim PTSP-om imaju i izraženije poteškoće u smislu *lošeg upravljanja emocijama, negativne percepcije sebe i problema u međuljudskim odnosima*. Takođe, kod njih se češće javlja otepljenje od sopstvenih doživljaja (disocijacija), a ponekad i smanjeno reagovanje na stimuluse koji podsećaju na traumu te rizična ponašanja. Negativnu percepciju sebe često prate i doživljaj gubitka nade i bespomoćnost, osećanje krivice i stida te suicidalne misli, namere i planovi. Treba naglasiti da prepoznavanje znakove traume kod mladih može biti složeno jer se traumatski stres može *različito ispoljavati u različitim uzrastima* (Tabela 15).

Tabela 15. Izazovi u prepoznavanju znakova trauma kod mladih (od školskog uzrasta nadalje)

Način pojave tegoba može izgledati drugačije nego kod odraslih, npr. proživljavanje traumatskog iskustva može se manifestovati kroz ponavljanje određenih delova traumatskog događaja u igri. Specifični su i flešbekovi, koji ne izgledaju kao kod odraslih, već se sećanja uglavnom javljaju pogrešnim redosledom ili dolazi do potpunog negiranja da se događaj desio.

Za neke adolescente školskog uzrasta može biti karakterističan ograničeni kapacitet za razmišljanje i izveštavanje o unutrašnjim stanjima, oni mogu biti nevoljni da svoje reakcije na traumatske događaje prijave drugima, pa se više može zaključiti iz njihovog ponašanja kao što je ponovno odigravanje specifično za traumu ili otvoreno izbegavanje. Adolescenti čak mogu poricati doživljaj uznemirenosti u vezi sa ponovnim doživljavanjem traumatskog događaja (navode da nemaju emocionalnu reakciju ili da osećaju druga snažna osećanja, pa i ona koja nisu uznemiravajuće prirode).

Kod adolescenata se može javljati i odsustvo volje da se kreću u smeru razvojnih zadataka (npr. da se stekne autonomija).

Adolescenti uz sliku PTSP-a mogu ispoljavati i rizična ponašanja (upotreba supstanci ili nezaštićeno seksualno ponašanja), impulsivnost, samodestrukciju (samopovređivanje) i sl.

Procena može biti posebno složena kod adolescenata kada je gubitak roditelja ili staratelja povezan sa traumatskim događajem (npr. hronično zlostavljano dete koje je udaljeno iz kuće može staviti veći naglasak na gubitak primarnog staratelja nego na aspekte zlostavljanja).

Kod mladih koji su imali traumatska iskustva može doći, zbog sumnjičavosti, agresivnosti i povučenosti koje se ispoljavaju u ponašanju, do pogrešnog prepoznavanja drugih problema, poput poremećaja ponašanja ili poremećaja protivljenja i prkosa. Otuda se neretko dobijaju i pogrešne intervencije, što retko dovodi do poboljšanja, a može čak i naneti štetu mladoj osobi.

Za praksu pružanja psihosocijalnih intervencija u različitim sistemima, međutim, izuzetno je važna činjenica da *neće sve osobe sa traumatskim iskustvima razviti PTSP* (na sreću, većina ga neće razviti). Ipak, mlade osobe, koje su još uvek u razvoju, mogu imati *tegobe koje ne daju punu sliku PTSP-a* (nisu nužno prisutna sva tri bitna elementa u dovoljnom intenzitetu), ali su povezane sa traumom i svojom

prisutnošću narušavaju funkcionalnost, poput tegoba vezanih za probleme u upravljanju emocijama, u međuljudskim odnosima, u doživljaju sebe, za problem disocijacije ili za smanjenu reaktivnost na stimuluse i doživljaj praznine.

U literaturi se može pronaći i termin „razvojni traumatski poremećaj“ (*developmental trauma disorder — DTD*) koji se karakteriše gore opisanim ispoljavanjima, a ne odgovara punoj slici PTSP-a (ovo nije poremećaj definisan međunarodnim klasifikacijama mentalnih poremećaja, jer se i dalje istražuje).

U svakom slučaju, višestruka ili dugotrajna izloženost interpersonalnoj traumi, koja je nepovoljna po razvoj, može dovesti do pojave poteškoća sa mentalnim zdravljem (kako god one izgledale, kako god se zvale i kolikog god da su intenziteta), što može voditi do problema u funkcionisanju. Zbog toga svi mladi koji su imali traumatsko iskustvo treba da privuku pažnju profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja u smislu procene psihosocijalnog funkcionisanja i aspekata trauma. Mladi sa traumatskim iskustvom imaju specifične potrebe zbog kojih pružanje podrške zahteva specifičnu senzitivnost u pristupu.

Upravo takav pristup predstavlja podrška zasnovana na znanjima o traumi, koja se opisuje u nastavku teksta.

Podrška zasnovana na znanjima o traumi

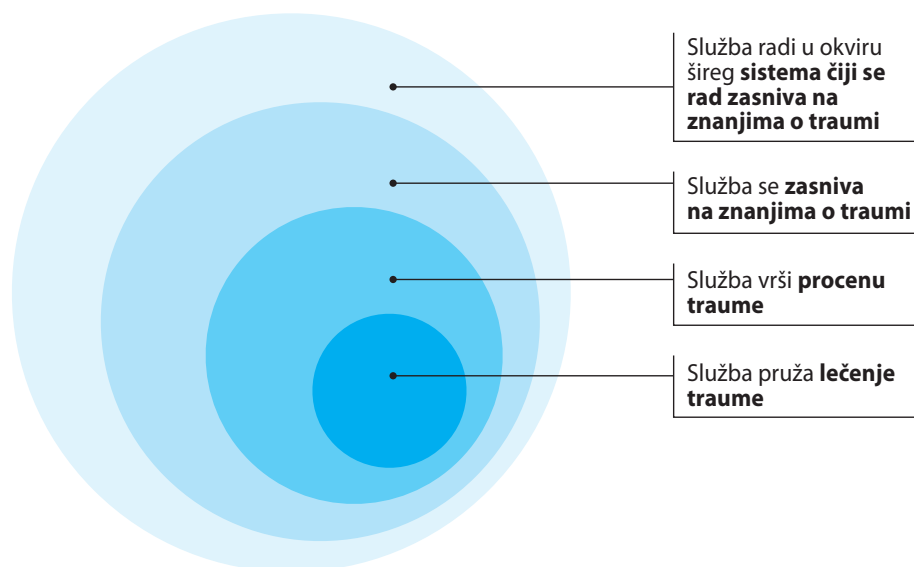
Koncept nege odnosno podrške zasnovane na znanjima o traumi (*trauma informed care — TIC*) predstavlja sveobuhvatni model zaštite mentalnog zdravlja; taj pristup podrazumeva da se osobama koje su imale traumatsko iskustvo obezbedi okruženje u kome će im se podrška pružati tako da bude osetljiva na njihove potrebe. Ovaj koncept se ne fokusira samo na pomoć u smanjenju tegoba i ne odnosi se na jednu specifičnu intervenciju, nego se odnosi na uspostavljanje pristupa za pružanje usluga podrške koji će, kroz strategije i okvire na nivou politika i organizacije, uvažiti specifične potrebe osoba sa traumatskim iskustvom.

Deca i mladi u sistemu socijalne zaštite su često izloženi višestrukim traumatskim iskustvima, kumulativnim nepovoljnim životnim uslovima i nedostatku stabilnog emocionalnog okruženja. Brojne analize (uključujući i UNICEF-ov Izveštaj o stanju dece u sistemu socijalne zaštite, 2018) ukazuju na hroničan nedostatak specijalizovanih usluga mentalnog zdravlja za tu grupu dece, naročito u lokalnim zajednicama i van urbanih centara.

Problem je izraženiji kada se radi o deci koja se suočavaju sa strukturalnim barijerama za pristup uslugama, između ostalog o deci i mladima iz romskih naselja i marginalizovanih grupa, deci i mladima iz siromašnih porodica, deci i mladima u pokretu (izbeglice, tražioci azila i migranti), deci i mladima koji su žrtve nasilja itd. Za ovu ciljnu grupu je posebno važno uspostaviti standardizovane procedure procene i podrške mentalnom zdravlju zasnovane na znanjima o traumi.

Ovo je višeslojni, sistemski pristup koji potiče iz sistema zdravstvene zaštite (nega zasnovana na znanjima o traumi — *trauma informed care*), ali njegovi principi mogu i treba da se primenjuju u svakom okruženju odnosno sektoru u kojem se pruža podrška mentalnom zdravlju mladih (podrška zasnovana na znanjima o traumi). Taj pristup podrazumeva procenu traume i upućivanje na odgovarajući tretman ako je potrebno, ali i nešto mnogo šire od toga — treba da postoji kontinuirana svest o traumi u svim organizacijama, na svim nivoima službi i u svim sistemima koji se bave mladima (Slika 29).

Slika 29. Nega zasnovana na znanjima o traumi kao deo šire mreže ili sistema (Orygen, 2018)



Sistem koji se zasniva na znanjima o traumi:

- razume široko rasprostranjen uticaj traume i potencijalne puteve oporavka,
- prepoznaje znakove i simptome traume kod klijenata, porodica, osoblja i drugih aktera iz sistema,
- reaguje potpunom integracijom znanja o traumi u politike, procedure i prakse,
- nastoji da aktivno spreči ponovnu traumatizaciju.

Glavni principi podrške zasnovane na znanjima o traumi podrazumevaju:

- pronalaženje bezbednog mesta (odnos poverenja),
- osnaživanje mladih i saradnju u odnosu sa mladima,
- komunikaciju i održavanje nade i poštovanja,
- olakšavanje otvaranja bez pritiska i preplavljenosti,
- upoznavanje sa različitim terapijskim tehnikama, odnosno intervencijama,
- posedovanje širokog znanja o traumi i psihoedukaciji,
- razgovore o stilovima i strategijama suočavanja,
- podučavanje mladih ljudi da prate misli te emocionalne i ponašajne odgovore,
- razgovore o interpersonalnim veštinama i asertivnoj komunikaciji.

Organizacije koje žele da svoje usluge bolje utemelje na znanjima o traumi treba da uvažavaju *bitne komponente* ovog modela:

- **univerzalni skrining** — kratko, efikasno i fokusirano ispitivanje ili procena kojima je cilj da se otkrije i identifikuje istorija traume ili rizik od sadašnje ili buduće traume; skrining treba da se obavi univerzalno, da bude dosledan, osetljiv i deo organizacionog procesa;
- **učešće mladih** — mladi ljudi kao aktivni građani učestvuju u donošenju odluka, iznose svoje stavove i imaju moć da donose odluke o tome kako se nega zasnovana na traumi sprovodi u službi;
- **procena traume** — koja se odvija na neformalan i bezbedan način; proces procene treba da se odvija odgovarajućim tempom i može trajati različito u zavisnosti od potreba mlade osobe;
- **formulacija** — proizilazi iz procene i predstavlja razvoj zajedničkog razumevanja između profesionalca i mlade osobe o tome kako trauma utiče na njene trenutne teškoće;
- **intervencije (tretman)** — sa mladima treba jasno razgovarati o opcijama tretmana koje se mogu ostvariti u datim uslovima (specijalizovane usluge);
- **kulturna osetljivost** — primena nege zasnovane na traumi razlikovaće se u zavisnosti od kulturnog nasleđa mladih ljudi koji dolaze u službu; kada se razmatra međugeneracijska trauma, treba razumeti specifične kulturne potrebe mladih ljudi te uticaj traume na zajednice;
- **politika** — trebalo bi izraditi pisane/vidljive politike i protokole zasnovane na traumi, a organizacija treba da deli svoje vrednosti i viziju sa svim zainteresovanim stranama;
- **obuka i razvoj radne snage** — obuka o podršci/nezi zasnovanoj na traumi je izuzetno važna i u njoj treba da učestvuju neklinički profesionalci te administrativni i vršnjački radnici;
- **evaluacija i praćenje napretka** — kritičan korak u prilagođavanju nege zasnovane na znanjima o traumi vašoj usluzi; preporučuje se da se uspostavi sistem za aktivno praćenje i evaluaciju napretka, koji bi trebalo da obuhvati i mlade ljude i njihove porodice;
- **upravljanje i liderstvo** — organizacije treba da identifikuju šampione i lidere u podršci zasnovanoj na znanjima o traumi;
- **životna sredina** — treba da bude fizički bezbedna, prijatna i da promoviše psihološku bezbednost; trebalo bi da je zajednički osmisle mladi ljudi i trebalo bi da uzme u obzir rodno specifičnu bezbednost;
- **partnerstva** — trebalo bi da postoje putevi i procesi upućivanja; diskusija o podršci zasnovanoj na traumi sa partnerima koji upućuju mladu osobu ili kojima se upućuje mlada osoba važna je da bi se obezbedilo da služba funkcioniše na principima podrške zasnovane na znanjima o traumi;
- **nadzor** — suštinski je važno da se obezbedi da sve osoblje ima redovan pristup superviziji;
- **dokumentacija i poverljivost** — pristup informacijama i čuvanje informacija treba eksplicitno objasniti mladima, i usmeno i u pisanoj formi.

Fokus podrške zasnovane na znanjima o traumi u okviru zaštite mentalnog zdravlja mladih odnosi se na elemente prikazane na Slici 30 (Orygen, 2022; iz perspektive australijskih sistema).

Kada je u pitanju *upravljanje* u organizacijama koje pružaju podršku mentalnom zdravlju mladih, treba uspostaviti kulturu koja se odnosi na informisanost o traumi i principima podrške zasnovane na znanjima o traumi. Uspostavljanje takve kulture podrazumeva da se promena odvija *odozgo nadole*, da je potrebna podrška za promene unutar organizacije, da je potrebna samoeфикаsnost u podršci sistemu osetljivom na traumatska iskustva te da se u praksi uspostave politike i smernice, planovi, procedure i evaluacija u ovom domenu.

Slika 30. Fokus podrške zasnovane na znanjima o traumi u okviru zaštite mentalnog zdravlja (Orygen, 2022)**Bezbednost**

Širom organizacije, osoblje, mladi ljudi i porodice kojima se pružaju usluge, osećaju se fizički i psihički bezbedno; fizičko okruženje je bezbedno, a međuljudske interakcije promovišu osećaj sigurnosti.

Saradnja i uzajamnost

Postoji pravo partnerstvo i jednakost u moći između osoblja i mladih ljudi, a osoblje organizacije prepoznaje da je lečenje moguće kada postoje odnosi smislene podele moći i donošenja odluka. Ovo podrazumeva saradnju između zdravstvenog osoblja, mladih ljudi i porodica u organizaciji i planiranju lečenja.

Glas i izbor

Organizacija ima za cilj da ojača iskustvo izbora za mlade ljude, članove porodice i osoblje. Ona prepoznaje da je iskustvo svake osobe jedinstveno i zahteva individualizovan pristup.

Poverenje i transparentnost

Usluge i odluke organizacije se sprovode transparentno i sa ciljem izgradnje i održavanja poverenja među mladim ljudima, članovima porodice, zaposlenima i drugim licima koja su uključena u organizaciju. Ovo podrazumeva stvaranje jasnih očekivanja kod mladih ljudi o tome šta će tretmani uključivati, ko će pružati usluge i kako će se pružati nega.

Osnaživanje

U celoj organizaciji, među mladim ljudima i porodicama kojima se pružaju usluge, snage pojedinaca se prepoznaju, nadograđuju i uvažavaju. Nove veštine se razvijaju po potrebi. Snage mladih se koriste da ih osnaže u razvoju ili lečenju.

Kulturološka, istorijska i rodna pitanja

Organizacija ima uspostavljene politike, protokole i procese koji odgovaraju rasnim, etničkim i kulturnim potrebama pojedinaca kojima se pružaju usluge, koji su rodno responzivni i koji se fokusiraju na traumatično iskustvo. Na primer, u australijskom okruženju, posebno je važno sa mladim ljudima i porodicama Aboridžina i stanovnika Toresovog moreuza raditi na kulturološki senzitivnom način. (Jackson et al, 2017)

Adaptirano iz: Menschner & Maul, 2016
i SAMHSA, 2015

Podrška zasnovana na znanjima o traumi u različitim sistemima kao obaveznu komponentu podrazumeva i omogućavanje upućivanja odnosno *upućivanje na odgovarajuće intervencije*.

Intervencije usmerene na traumu kod mladih

Prilikom pružanja podrške mladima u različitim sektorima važno je držati se principa podrške zasnovane na znanjima o traumi, koji podrazumevaju i procenu traume i odgovarajuće korake odnosno intervencije.

Ako se *profesionalcima u redovnom radu* za pomoć obrate mladi sa teškoćama mentalnog zdravlja, tokom psihosocijalne procene važno je, pored procene nivoa funkcionalnosti i aktuelnih tegoba koje je narušavaju, obratiti pažnju i na informacije o iskustvima koja bi mogla biti traumatskog tipa (a sa kojima bi tegobe mogle biti povezane). Ako se prepoznaju znaci traume (a naročito znaci PTSP-a ili kompleksnog PTSP-a), mladu osobu treba uputiti na procenu u zdravstveni sistem (nivo primarne zdravstvene zaštite koji će dalje omogućiti psihijatrijsku procenu).

U *neposrednim traumatskim situacijama*, npr. kada dođe do izlaganja masovnim traumama, neke intervencije kao neposredni odgovor na njih mogu primenjivati i osobe koje nisu zdravstveni radnici i saradnici, npr. intervencije koje mogu pomoći da se osnaži veština nošenja sa traumatskom situacijom u daljem periodu.

Masovna izloženost traumi (poput tragedije u beogradskoj osnovnoj školi i u naseljima u okolini Beograda i Smedereva u maju 2023. godine) predstavlja složeni problem koji može da izazove tegobe kod velikog broja mladih osoba i porodica, ali i zaposlenih u okruženju u kojem se izloženost dešava. Neke tegobe mogu se javiti u ranoj fazi, dok se drugi problemi javljaju u daljem toku, po završetku traumatskog događaja. Mladima treba pružati odgovarajuću podršku u svim fazama kako bi se na što bolji način omogućio njihov doživljaj kontrole nad sopstvenim životom i povratak u funkcionalnost te kako bi se sprečile moguće posledice.

Ovde ćemo spomenuti dva pristupa koja se mogu primeniti u zavisnosti od toga koliko je vremena prošlo od traumatskog događaja:

- prva psihološka pomoć (primenjuje se u neposrednoj fazi) i
- veštine za psihološki oporavak (primenjuju se nakon neposredne faze, tokom faze oporavka).

Prva psihološka pomoć odnosi se na pružanje prvog talasa pomoći tokom ili neposredno nakon incidenta, a obuhvata sledeće komponente:

1. *Kontakt i angažovanje* — profesionalac započinje kontakt sa mladom osobom uz saosećanje i nena-metljivost, a zatim preduzima korake za pružanje pomoći.
2. *Bezbednost i uteha* — za mladu osobu je važno da joj se pruže doživljaj bezbednosti i uteha kroz postav-ljanje pitanja, aktivno slušanje te rad na žalovanju/traumi; treba obratiti pažnju na rizična ponašanja.
3. *Stabilizacija* — stabilizacija je važna kod vremenski bliskih trauma, a podrazumeva smirivanje snažnih emocija i stvaranje prostora za izražavanje onih koje su potisnute; treba obratiti pažnju i na fizičke simptome i njihovu povezanost sa traumom.
4. *Prikupljanje informacija — trenutne potrebe i brige* — profesionalac prati aktuelno stanje, informiše se dodatno o mladoj osobi, traumi i sistemu upućivanja i planira dalji tok intervencija.
5. *Praktična pomoć* — profesionalac može pomoći mladoj osobi u vezi sa dokumentacijom, zakazivanjem termina, može joj pružiti informacije, uputiti je na dodatne resurse i sl.
6. *Povezanost sa socijalnom podrškom* — izuzetno je važno pomoći da se kontaktiraju sve osobe koje bi mogle da pruže podršku (roditelji, nastavnici, prijatelji itd.).
7. *Informacije o suočavanju* — profesionalac edukuje mladu osobu i porodicu o stresu, reakcijama na stres i načinima za borbu protiv stresa.
8. *Saradnja sa drugim službama* — korisno je povezati mladu osobu sa ustanovama i uslugama koje tre-nutno ili u budućnosti mogu da joj pruže pomoć i podršku.

Ovaj vid podrške mogu pružati i osobe koje nisu profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja (ali su empatične, spremne da slušaju i uteše), koje imaju senzitivan, saosećajan i fleksibilan od-nos prema onima koji su bili izloženi traumi te koje ih podstiču da izraze osećanja i da ponovo uspostave svakodnevnu rutinu kako bi povratili doživljaj kontrole nad svojim životom.

Više detalja o psihološkoj prvoj pomoći u školama možete naći [ovde](#).

Veštine za psihološki oporavak ne predstavljaju formalni tretman iz domena mentalnog zdravlja, već je to model selektivne prevencije, prelazna intervencija za smanjenje stresa, za identifikaciju postojećih veština suočavanja, za poboljšanje funkcionisanja i potencijalno smanjenje potrebe za formalnim tretma-nom mentalnog zdravlja (na koje se mlada osoba upućuje ako ova intervencija ne pomogne). Intervencija sadrži sledeće komponente:

1. Rešavanje problema,
2. Upravljanje reakcijama,

3. Podsticanje korisnog razmišljanja,
4. Ponovna izgradnja zdravih socijalnih veza,
5. Pozitivne aktivnosti.

Mogu je pružati profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i zdravstveni radnici sa iskustvom u kontinuiranoj podršci mladima koji su izloženi traumama, njihovim porodicama i odraslima u okviru organizovanog odgovora na katastrofalne događaje. Pružaoci ove usluge treba da prođu osnovni kurs koji se bavi radom sa traumatskim stresom ili odgovorom na katastrofalne događaje.

Više detalja o veštinama za psihološki oporavak možete naći [ovde](#).

Od velike je važnosti i pomoći adekvatno informisanje roditelja, mladih i šire javnosti o oblicima traumatskog ispoljavanja i koracima koje treba preduzeti ako mlada osoba ima traumatske tegobe. U tome mogu pomoći sledeći izvori:

- [UNICEF publikacija o traumatskim situacijama i mentalnom zdravlju dece](#)
- [Za nastavnike: kako brinuti o sebi tokom kriznih situacija](#)
- [Preporuke kako pomoći deci, roditeljima i nastavnicima u kriznim situacijama](#)

Mlade osobe kod kojih se sumnja na PTSP (kao i one sa traumatskim tegobama koje ne ispunjavaju potpunu sliku PTSP-a) treba uputiti, kao što je spomenuto, u zdravstveni sistem kako bi dobile psihijatrijsku procenu i tretman. Tretman traumatskih tegoba je specifičan i zahteva dodatnu obuku pa je preporuka da se takva podrška pruža u službama u kojima postoje kapaciteti i koje su obučene za to.

Kada su u pitanju psihosocijalne intervencije zasnovane na dokazima za traumatske tegobe, još uvek nema dovoljno dokaza zasnovanih na istraživanjima. Iako su dalja istraživanja preporučena za više pristupa, kada je u pitanju PTSP, preporuke upućuju na razvojno prilagođenu *kognitivno-bihevioralnu terapiju fokusiranu na traumu* (*Trauma Focused CBT — TF-CBT*), uz uključivanje izabranog roditelja odnosno staratelja (onog koji nije zlostavljač) u terapijski proces. Za primenu te metode neophodna je odgovarajuća obuka, a iz informativnih razloga ovde navodimo osnovne detalje o sadržaju intervencije. Glavne komponente su: 1) detaljni prolazak kroz iskustvo traume (izlaganje), 2) identifikacija i korekcija pogrešnih uverenja o traumi, npr. „ja sam kriv“ (kognitivno restrukturiranje) i 3) psihoedukacija o efektima trauma. Kada je u pitanju kompleksni PTSP, postoje razmatranja o tome da su potrebne dodatne intervencije mimo onih za PTSP. Mnogi autori predlažu fazni pristup kompleksnoj traumi, koji sadrži komponente TF-CBT, ali obuhvata i prethodnu fazu koja priprema mladu osobu da se poveže sa traumom i upravlja distresom koji bi iz toga mogao da izađe (i obično traje duže nego kod klasičnog PTSP-a). Mlade osobe kod kojih je otkriveno zlostavljanje i koje prođu procenu i tretman obično moraju da prođu ovaj proces više puta kako prelaze u mlado odraslo doba, jer će se uticaj traume pojavljivati na različite načine u različitim uzrastima i stadijumima razvoja (što će zahtevati da terapijski prođu kroz traumu više od jednom).

Zlostavljanje i zanemarivanje te zaštita dece i adolescenata od nasilja

Osnovno pravo svakog deteta i svake mlade osobe je zaštita od svih oblika nasilja, zlostavljanja, zlostotrebna ili zanemarivanja kojima se ugrožavaju ili narušavaju fizički, psihički i moralni integritet njihove ličnosti. Pravo na život, opstanak i razvoj je garantovano Konvencijom o pravima deteta i predstavlja jedan od četiri glavna principa Konvencije. U svakom sistemu mora se delovati preventivno kako bi se sprečili zlostavljanje i zanemarivanje dece i mora se omogućiti da se, kada dođe do zlostavljanja i zanemarivanja, pokrenu postupci kojima će se loša postupanja zaustaviti. Da bi se to dogodilo, neophodna je koordinisana aktivnost u svim sistemima u kojima borave deca i mladi (zdravstvo, obrazovanje, socijalna zaštita, policija,

pravosuđe i dr.). U ovoj publikaciji posebno izdvajamo zlostavljanje, zanemarivanje i zloupotrebu odnosno svaki vid nasilja nad decom i mladima jer je to u značajnoj meri povezano sa mentalnim zdravljem i može znatno da naruši temeljne izvore bezbednosti, da pogorša postojeće stanje zdravlja ili da postane okidač za akutne krize mentalnog zdravlja i traumatizaciju.

Zlostavljanje dece odnosi se na sve oblike fizičkog i/ili emocionalnog zlostavljanja, seksualnu zloupotrebu, zanemarivanje ili nemaran postupak te komercijalnu ili drugu eksploataciju, što sve dovodi do stvarnog ili potencijalnog narušavanja detetovog zdravlja, njegovog preživljavanja, razvoja ili dostojanstva u okviru odnosa koji podrazumeva odgovornost, poverenje ili moć (prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije i Opšteg protokola za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja). Važno je napomenuti da zanemarivanje, koje se odnosi na propuštanje da se zadovolje potrebe deteta u meri koja značajno utiče na njegov fizički i psihički razvoj, nije uvek namerno i da granica kada zanemarivanje počinje nije uvek potpuno jasna. I zlostavljanje i zanemarivanje predstavljaju značajan problem javnog zdravlja i jedan su od glavnih uzroka morbiditeta i mortaliteta. Posledice zlostavljanja i zanemarivanja mogu biti telesne i psihološke te akutne ili dugotrajne, a mogu se protezati i na odraslo doba.

Glavne prepreke za efikasniju zaštitu dece i mladih predstavljaju nedovoljno jasni koraci u procesu zaštite te nejasne uloge učesnika u tom procesu. Novi Opšti protokol za zaštitu dece od nasilja usvojen je 2022. godine, a 2024. godine Ministarstvo prosvete je usvojilo novi Pravilnik o protokolu postupanja u ustanovi u odgovoru na nasilje, zlostavljanje i zanemarivanje, usklađen sa odredbama Opšteg protokola. Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja usvojilo je 2024. godine Poseban protokol za zaštitu dece od nasilja u sistemu socijalne zaštite, uz podršku UNICEF-a, koji je inoviran tako da se, između ostalog, odnosi na sve ustanove socijalne zaštite i sve pružaoce u sistemu, a ne samo na ustanove za smeštaj dece. Druga resorna ministarstva nisu usvojila nove posebne protokole.

Tokom 2019. godine u Srbiji je sprovedena studija na uzorku od 2792 ispitanika koja je istraživala negativna iskustva u detinjstvu (*Adverse Childhood Experience — ACE*) gde je zlostavljanje i zanemarivanje jedno od najprominentnijih iskustava. Kod 40% ispitanika je utvrđeno da su imali 4 i više blažih negativnih iskustava u detinjstvu, a oko 20% teži oblik takvih negativnih iskustava (česta negativna iskustva u detinjstvu). Veći broj negativnih iskustava u detinjstvu značajno je korelirao sa nizom ponašanja vezanih za zdravlje i zdravstvene probleme (respiratorni, gastrointestinalni i kardiovaskularni problemi, neurološki simptomi), što pokazuje da je veća raznolikost negativnih iskustava u detinjstvu povezana sa većom verovatnoćom pojave fizičkih zdravstvenih problema. Veći broj negativnih iskustava u detinjstvu je takođe bio značajno povezan sa većim intenzitetom različitih problema mentalnog zdravlja povezanih sa traumom, kao što su disocijacija, poremećaji sna i seksualni problemi.

Više o toj studiji možete pogledati [ovde](#).

Istraživanje koje je sprovedeno 2020. godine na uzorku od 1186 roditelja u Srbiji pokazalo je da je više od dve trećine roditelja bilo psihološki agresivno prema detetu barem jednom tokom prethodne godine, a dva najčešća razloga su bila to što je dete je bilo neposlušno (22%) odnosno što je dete bilo u opasnoj situaciji (23%). Većina roditelja je odgovorila da su prvi put tukli dete kada je ono imalo između dve i tri godine (47%). Samo mali broj roditelja (3% za period od prethodnih godinu dana i 2% za ceo život deteta) izjavio je da su koristili teže oblike fizičkog nasilja. Veoma težak (ekstremni) oblik fizičkog nasilja (udaranje deteta iznova i iznova iz sve snage, hvatanje deteta za vrat i davljenje, namerno izazivanje opekotina kod deteta, pretnja detetu nožem ili pištoljem) priznalo je manje od 2% roditelja.

Više o toj studiji možete pogledati [ovde](#).

Osnovni oblici zlostavljanja i zanemarivanja

Fizičko zlostavljanje je ono ponašanje odraslih koje dovodi do stvarnog ili potencijalnog fizičkog povređivanja deteta usled činjenja ili nečinjenja za koje se razumno može smatrati da spada u domen kontrole od strane roditelja/staratelja kao osobe koja je u položaju da ima odgovornost, moć ili poverenje u odnosu na dete, pri čemu treba praviti razliku između zlostavljanja i nenamerne ozlede, odnosno fizičkih znakova i simptoma koji ukazuju na namerno ozleđivanje, ali su u stvari posledica organskih stanja od kojih dete pati ili su potpomognuti tim stanjima. Akti nasilja mogu biti jednokratni ili višekratni. U fizičko zlostavljanje spadaju udaranje, šutiranje, trešenje (sindrom protrešenog deteta — kada odrasli trese odojče tako da mu glava nekontrolisano leti napred-nazad), davljenje, bacanje, trovanje, paljenje, posipanje vreloom vodom, izlaganje delovanju vrele pare, hladnoće i sl. U fizičko zlostavljanje spada i namerno izazivanje simptoma bolesti kod deteta od strane roditelja/staratelja (ranije *Munchausen syndrome by proxy*, a sada medicinsko zlostavljanje).

Emocionalna zloupotreba ili zlostavljanje odnosi se na propuštanje da se obezbedi razvojno prikladna, podržavajuća sredina u kojoj postoji i primarna figura afektivne vezanosti kako bi dete moglo da razvija stabilne emocionalne i socijalne sposobnosti koje odgovaraju njegovom ličnom potencijalu. Emocionalna zloupotreba obuhvata i postupke kojima se dete omalovažava, ocrnjuje, okrivljava bez razloga, kojima se pretilo detetu, kojima se ono zastrašuje, kojima se ograničava kretanje deteta, sprovodi diskriminacija nad njim, kojima se dete ismeva ili kojima se upražnjavaju drugi oblici nefizičkog, neprijateljskog ili odbacujućeg ponašanja.

Seksualno zlostavljanje predstavlja uključivanje deteta u seksualnu aktivnost koju ono ne shvata u potpunosti, sa kojom nije saglasno ili za koju nije razvojno doraslo pa nije u stanju da se sa njom saglasi (ili ne saglasi), odnosno onu kojom se krše zakoni ili socijalni tabui društva. Seksualna zloupotreba deteta ispoljava se kao aktivnost između deteta i odrasle osobe ili drugog deteta koje se, zbog svog uzrasta ili razvoja, nalazi u položaju koji mu daje odgovornost, poverenje ili moć, pri čemu aktivnost ima za cilj da pruži uživanje drugoj osobi (počinocu) ili da zadovolji njene potrebe. Seksualnom zloupotrebom deteta smatra se i navođenje ili primoravanje deteta na učešće u seksualnim aktivnostima, bilo da se radi o kontaktnim (npr. seksualni odnos, seksualno dodirivanje i sl.) ili nekontaktnim aktivnostima (npr. izlaganje pogledu, egzibicionizam odrasle osobe pred detetom i sl.), te eksploatatorsko korišćenje deteta za prostituciju ili druge nezakonite seksualne radnje.

Zanemarivanje (tj. zapostavljanje, *neglect*) predstavlja propuštanje pružaoca nege (staratelja) da neguje dete, čak i tokom kraćeg vremena (npr. bebisiter/ka) te da obezbedi razvoj deteta u svim oblastima (zdravlja, obrazovanja, emocionalnog razvoja, ishrane, smeštaja i bezbednih životnih uslova, a u okviru razumno raspoloživih sredstava porodice ili drugog pružaoca nege), što narušava ili može, sa velikom verovatnoćom, da naruši detetovo zdravlje, odnosno njegov fizički, mentalni, duhovni, moralni ili društveni razvoj. Ovo se odnosi i na propuste u obavljanju pravilnog nadzora i zaštite deteta od povređivanja u onoj meri koliko je to izvodljivo.

Komercijalna ili druga vrsta eksploatacije deteta odnosi se na korišćenje deteta za rad ili za druge aktivnosti (ratna dejstva, kriminal, zloupotrebu supstanci i sl.) u korist drugih osoba. To obuhvata rad dece i prostituciju dece, kidnapovanje dece i/ili prodaju dece u svrhe radne ili seksualne eksploatacije, eksploatatorsko korišćenje dece za pornografske predstave i materijale i dr. Ove aktivnosti imaju za posledicu narušavanje detetovog fizičkog ili mentalnog zdravlja, obrazovanja te moralnog, socijalnog i emocionalnog razvoja.

Pored ovih oblika zanemarivanja i zlostavljanja, Opšti protokol o zaštiti dece od nasilja iz 2022. godine eksplicitno definiše i sledeće vidove nasilja nad decom: trgovina decom, iskorišćavanje deteta za prosjače-

nje, iskorišćavanje deteta za prostituciju, iskorišćavanje deteta za pornografiju, zloupotreba dečijeg rada, trgovina detetom radi usvajanja, zloupotreba deteta u medicinske ili naučne svrhe, socijalna eksploatacija deteta (mediji, reklame, političke kampanje), nasilje u porodici, svedočenje deteta nasilju u porodici, nasilje među decom (vršnjačko nasilje), digitalno nasilje, nasilje nad detetom u sportskom kontekstu, rodno zasnovano nasilje, dečji brak, institucionalno nasilje i tortura nad detetom. Posebno se ističu deca u riziku poput nestale dece i dece u pokretu.

Posledice zlostavljanja i zanemarivanja na mentalno zdravlje

Pošto zlostavljanje izaziva visok stepen stresa kod pojedinca, ono može ometati zdrav razvoj mozga. Zbog toga su osobe koje su preživele zlostavljanje u detinjstvu izložene povećanom riziku od fizičkih i mentalnih zdravstvenih problema. Osim smrti ili ozbiljnih fizičkih povreda, deca i mladi koji doživljavaju zlostavljanje su u opasnosti i od brojnih drugih problema. To obuhvata rizično ponašanje, gojaznost, upotrebu droga i alkohola te ranu trudnoću. Uticaj zlostavljanja se proteže i dalje od pojedinca; zlostavljanje izaziva traumatično talasanje u celoj porodici i može sprečiti stvaranje zdravih veza, što ima negativne uticaje i na nivou celog društva.

Važno je napomenuti da se neće kod sve zlostavljane dece i svih mladih razviti neprilagođena ponašanja odnosno posledice. Mehanizmi prevladavanja stresa su različiti, rezilijentnost svakog pojedinca je različita, a pomoć bar jednog negovatelja od poverenja je neprocenjiva. Neka deca i mladi imaju urođeni osećaj optimizma koji im pomaže da prevladaju stres.

Kod dece i mladih koji doživljavaju zlostavljanje postoji veća verovatnoća da će se razviti anksioznost, depresija i problemi sa pamćenjem. Blokiranje traumatskih sećanja može dovesti do problema sa pamćenjem i drugih problema koji utiču na oblasti života izvan zlostavljanja. Mogu se javiti stid i krivica, pri čemu mladi ponekad sami sebe okrivljuju za situaciju ili sebe smatraju na neki način izmenjenima. Ljudi koji su doživeli zlostavljanje u detinjstvu mogu imati simptome PTSP-a. Zlostavljanje takođe može dovesti do emocionalnog otupljenja, socijalne izolacije i panike.

Mogu, takođe, postojati fizičke reakcije koje ometaju normalno funkcionisanje tela i narušavaju mentalne i fizičke procese.

Brojne studije proučavaju efekte zlostavljanja i zanemarivanja na pojedinca i one se grupišu u odnosu na vrstu zlostavljanja, uzrast kad se to desilo, evidentirane posledice i sl. Zlostavljanje u detinjstvu je češće i povezano je sa većim rizikom od pojave prve depresivne epizode ili ponovljene epizode; takođe, veći je i rizik od suicidalnih ideja i pokušaja suicida. Zlostavljanje dovodi do promene u sistemu organizma za odgovor na stres (veza između hipotalamusa, hipofize i nadbubrežne žlezde) i u imunološkim mehanizmima (inflamatorni citokini), što može doprineti da osoba bude podložna brojnim bolestima ili dovesti do neizvesnijeg i težeg toka bolesti. Uočeni su i neki geni te faktori životne sredine (npr. upotreba alkohola i supstanci) koji mogu promeniti ranjivost pojedinca koji je bio izložen zlostavljanju, a u tome posreduju neke neurobiološke veze.

Važno je da deca na zdrav način rešavaju posledice zlostavljanja. Ona to, u idealnom slučaju, mogu učiniti pod nadzorom profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja.

Slika 31 prikazuje najčešće posledice zlostavljanja i zanemarivanja.

Slika 31. Posledice zlostavljanja i zanemarivanja tokom životnog veka

Posledice zlostavljanja

Problemi fizičkog zdravlja	Problemi psihičkog zdravlja	Problemi socijalnog funkcionisanja
Zastoj u rastu i razvoju	Depresija	Problemi interpersonalnih odnosa
Povrede, smrt, trajna invalidnost	Anksiozni poremećaji, PTSP	Maloletnička trudnoća
Psihosomatske bolesti	Zloupotreba PAS	Delinkvencija
Problemi reproduktivnog zdravlja	Disocijativni poremećaji	Transgeneracijsko prenošenje zlostavljanja i nasilja uopšte
Zapostavljanje lečenja bolesti	Limbička iritabilnost	
Ubrzano starenje — kraće telomere	Poremećaji ličnosti	
Niz hroničnih bolesti tokom života (kardiovaskularne bolesti, karcinom, dijabetes, gojaznost)	Psihoza, bipolarni afektivni poremećaj	
	Samopovređivanje, suicid	

Više o transgeneracijskom prenošenju zlostavljanja te o različitim biološkim, psihološkim i socijalnim posledicama zlostavljanja možete pronaći [ovde](#) (tekst na engleskom).

Proces zaštite dece i adolescenata od zlostavljanja i zanemarivanja

**SVAKA OSOBA KOJA IMA SAZNANJA O NASILJU, ZLOSTAVLJANJU I ZANEMARIVANJU
OBAVEZNA JE DA REAGUJE!**

U procesu zaštite deteta od zlostavljanja i zanemarivanja treba da učestvuju ustanove i pojedinci iz različitih sistema (zdravstvo, obrazovanje, socijalna zaštita, policija, pravosuđe), svi u okviru svojih nadležnosti. Da bi se postigla efikasna zaštita i unapređenje dobrobiti deteta, između njih treba da postoji dobra saradnja te jasno definisane uloge i koraci u procesu zaštite. Ulogu koordinatora u procesu zaštite dece po Opštem protokolu iz 2022. trebalo bi da ima centar za socijalni rad koji je, u našem društvu, osnovna služba za zaštitu dece i koji, istovremeno, vrši poslove organa starateljstva.

Prvi korak u zaštiti jeste otkrivanje zlostavljanja i zanemarivanja deteta i sve osobe koje su u neposrednom kontaktu sa decom imaju priliku da posumnjaju na zlostavljanje i zanemarivanje deteta. Zlostavljanje i zanemarivanje se najčešće otkriva *prepoznavanjem znakova povrede* na detetu ili prepoznavanjem ponašanja deteta i porodice koje ukazuje na mogućnost zlostavljanja i zanemarivanja deteta te *poveravanjem* deteta ili mlade osobe koje može biti *direktno* (kada se poverava dete samo) ili *indirektno* (kada se poveravaju druge osobe, npr. roditelj ili drugi član porodice, komšije, vršnjaci, nastavnici).

Poželjno je da profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji je zabrinut za dobrobit deteta neposredno po pojavi sumnje obavi *konsultacije unutar same službe* sa svojim kolegama koje su iskusnije ili su obučene za rad na zaštiti od zlostavljanja i zanemarivanja, a po mogućstvu i sa svojim pretpostavljenim. U ovom koraku postupa se u skladu sa ranije definisanim posebnim protokolima u sistemima u kojima profesionalci rade.

Za dalji proces zaštite veoma je važno da se precizno zabeleže podaci do kojih je profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja došao kad je u pitanju zlostavljanje i zanemarivanje, jer u daljem postupku zaštite deteta ta dokumentacija može biti jedini pouzdan izvor informacija i dokaz o zlostavljanju. Treba naglasiti i značaj prevencije sekundarne viktimizacije u procesu dokumentovanja nasilja.

Prema Opštem protokolu, sve dečje, zdravstvene i obrazovne ustanove, ustanove socijalne zaštite, pravosudni i drugi državni organi, udruženja i građani imaju pravo i dužnost da obaveste javnog tužioca ili organ starateljstva o razlozima za zaštitu prava deteta. Prijavljuje se sumnja na zlostavljanje i zanemarivanje, a svi profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i nakon prijavljivanja sumnje na zlostavljanje i zanemarivanje treba aktivno da pomažu nadležnim organima. Neodložnu intervenciju treba preduzeti ako su život i zdravlje deteta ili mlade osobe neposredno ugroženi ili ako postoji razuman povod da se veruje da će nepreduzimanjem hitnih mera zaštite život ili zdravlje deteta biti neposredno ozbiljno ugroženi.

Koraci postupanja u sistemu obrazovanja

Pravilnikom o protokolu postupanja u ustanovi u odgovoru na nasilje, zlostavljanje i zanemarivanje *precizno su definisani* sadržaj i način sprovođenja preventivnih i interventnih mera i aktivnosti, uslovi za procenu rizika i način procene, način zaštite od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja te praćenje efekata preduzetih mera i aktivnosti u obrazovno-vaspitnim ustanovama.

Svaka obrazovno-vaspitna ustanova je u obavezi da ima:

- godišnji program zaštite od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja i
- tim za zaštitu od diskriminacije, nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja (*preventivna i interventna uloga*).

Tim za zaštitu je, pravilnikom koji operacionalizuje protokol, ovlašćen da procenjuje da li je neophodno da se tokom trajanja vaspitno-disciplinskog postupka učenik udalji iz procesa neposrednog obrazovno-vaspitnog rada i ostalih oblika obrazovno-vaspitnog rada, najkraće pet dana, a najduže do okončanja vaspitno-disciplinskog postupka, uz uvažavanje rizika, dosadašnjeg ponašanja učenika i izrečenih mera, posledica i okolnosti situacije, bezbednosti, uzrasta i razvojnih karakteristika deteta i sl. Preciziran je i proces prikupljanja informacija o događaju i uzimanje izjava učenika u toku vaspitno-disciplinskog postupka. U skladu sa novim pojavama nasilja prema zaposlenima, precizirano je postupanje u situacijama kada učenici izvrše nasilje prema zaposlenima i/ili povredu ugleda, časti i dostojanstva; tada se primenjuju mere i aktivnosti propisane za treći nivo vršnjačkog nasilja.

Pravilnikom su precizno definisani koraci postupanja:

- u slučajevima nasilja ili sumnje da se nasilje dešava među decom (učenicima),
- u slučajevima kada je dete (učenik) izloženo nasilju ili postoji sumnja da je dete (učenik) izloženo nasilju od strane odrasle osobe zaposlene u ustanovi,
- u slučajevima kada je dete (učenik) izloženo nasilju ili postoji sumnja da je dete (učenik) izloženo nasilju od strane odrasle osobe koja nije zaposlena u ustanovi.

Za obrazovni sistem je posebno važno pitanje vršnjačkog nasilja, koje može imati različite oblike — fizičkog, seksualnog, emocionalnog i digitalnog nasilja. *Vršnjačko nasilje se dešava na putu do škole, u školi, sportskim organizacijama, dečijem dnevnom boravku, smeštaju, parku, na igralištu.* Dinamika vršnjačkog nasilja podrazumeva sledeće moguće aktere:

- decu koja su počinila nasilje (deca oba pola, sa mogućom slabijom kontrolom ponašanja i impulsivnosti, ona koja češće gledaju nasilje na filmu i u igricama, koja imaju oponentno ponašanje, koja često

učestvuju u tučama, izostaju sa časova, mlađa deca koja ometaju tuđe aktivnosti, imaju slabiju pažnju i koncentraciju, adolescenti koji češće koriste alkohol i PAS),

- decu koja su doživela nasilje (deca iz osetljivih društvenih grupa, deca koja su slabije konstitucije, submisivnija deca, deca koja nemaju socijalne veštine, stidljiva, povučena i čutljiva deca, mlađa deca koju je lakše zastrašiti i zbuniti),
- reaktivne žrtve (zlostavljani zlostavljači),
- posmatrača,
- odrasle (nastavnici i škola).

Isti oblici nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja mogu da se jave na više nivoa, ali se razlikuju po intenzitetu, stepenu rizika, učestalosti, posledicama i učesnicima. Procena nivoa nasilja se donosi na osnovu analize intenziteta, stepena rizika, trajanja i učestalosti ponašanja, posledica, broja učesnika, uzrasta i karakteristika razvojnog perioda deteta, odnosno učenika. Nivo nasilja i zlostavljanja uslovljava i preduzimanje određenih interventnih mera i aktivnosti.

Na prvom nivou, aktivnosti po pravilu preduzima samostalno odeljenjski starešina, nastavnik, odnosno vaspitač, u saradnji sa roditeljem, u smislu pojačanog vaspitnog rada sa vaspitnom grupom, odeljenjskom zajednicom, grupom učenika i individualno. Izuzetno, ako se nasilno ponašanje ponavlja, ako vaspitni rad nije bio delotvoran, ako su posledice teže, ako je u pitanju nasilje i zlostavljanje koje sprovodi grupa prema pojedincu ili ako isto dete odnosno učenik trpi ponovljeno nasilje i zlostavljanje za situacije prvog nivoa, ustanova interveniše aktivnostima predviđenim za drugi, odnosno treći nivo, što podrazumeva uključivanje tima za zaštitu.

Na drugom nivou, aktivnosti po pravilu preduzima odeljenjski starešina, odnosno glavni vaspitač u domu učenika, u saradnji sa pedagogom, psihologom, timom za zaštitu i direktorom, uz obavezno učešće roditelja, u smislu pojačanog vaspitnog rada. Ako pojačani vaspitni rad nije delotvoran, direktor pokreće vaspitno-disciplinski postupak i izriče meru, u skladu sa zakonom.

Na trećem nivou, aktivnosti preduzima direktor sa timom za zaštitu, uz obavezno angažovanje roditelja i nadležnih organa, organizacija i službi (centar za socijalni rad, zdravstvena služba, policija te druge organizacije i službe). Kada su izvršioci nasilja učenici starosti do 14 godina protiv kojih se ne može podneti prekršajna ili krivična prijava niti pokrenuti prekršajni i krivični postupak, na ovom uzrastu se isključivo primenjuju mere iz nadležnosti obrazovno-vaspitnog sistema, zdravstvenog sistema i sistema socijalne zaštite. U radu sa učenikom do 14 godina roditelj ima obavezu da se uključi u pojačan vaspitni rad, odnosno vaspitni rad koji je po intenzitetu primeren potrebama učenika. Ako prisustvo roditelja nije u najboljem interesu učenika, tj. može da mu šteti, ugrozi njegovu bezbednost ili ometa postupak u ustanovi, direktor obaveštava centar za socijalni rad, odnosno policiju ili javnog tužioca. Na ovom nivou obavezni su vaspitni rad koji je po intenzitetu primeren potrebama učenika te pokretanje vaspitno-disciplinskog postupka i izricanje mere, u skladu sa zakonom. Ako je za rad sa učenikom angažovana i druga organizacija ili služba, ustanova ostvaruje saradnju sa njom i međusobno usklađuju aktivnosti. Aktivnosti vaspitnog rada se precizno definišu operativnim planom zaštite učenika.

Koraci postupanja u sistemu socijalne zaštite

Posebni protokol u oblasti socijalne zaštite propisuje postupanje kada se nasilje dešava u kontekstu ustanova socijalne zaštite, kod pružaoca usluga socijalne zaštite ili tokom pružanja ovih usluga. Protokol predviđa formiranje internih timova u svakoj ustanovi ili organizaciji koja pruža usluge socijalne zaštite, koji su dostupni i operativni za brzu reakciju po prijemu prijave ili po saznanju da se desilo nasilje nad detetom u kontekstu ustanove u okviru koje deluju. Interni timovi su dužni da odmah po prijemu prijave

ili po saznanju da se desilo nasilje nad detetom u kontekstu ustanove preduzmu mere osiguranja bezbednosti deteta ili dece, prikupe i sačuvaju dokaze o nasilju i o tome izveste nadležni centar za socijalni rad, koji obavlja detaljnu procenu i preduzima mere iz svoje nadležnosti. Interni tim ustanove može, takođe, preduzeti hitne mere udaljenja nasilnika, posebno ako se radi o zaposlenom licu u ustanovi ili drugom odraslom licu koje je u kontaktu sa detetom, odvojiti mladu osobu koja vrši nasilje ako se radi o vršnjačkom nasilju, obavestiti policiju ili pokrenuti postupak kod nadležnih organa. Ako se ne može isključiti rizik od ponovnog nasilja, tim ustanove donosi plan bezbednosti za adolescenta koji trpi nasilje, ali i za adolescenta koji čini nasilje u kontekstu ustanove, posebno zato što to uznemirava i druge vršnjake u ustanovi i može ih retraumatizovati.

Posebni protokol za oblast socijalne zaštite, takođe, predviđa obavezno preduzimanje mera i aktivnosti na prevenciji nasilja nad decom i u okruženju dece. Preventivne aktivnosti treba da informišu decu i odrasle koji brinu o njima te sve one koji dolaze u kontakt sa decom o tome šta predstavlja nasilje nad decom, u bilo kom vidu, zanemarivanje, zlostavljanje ili zloupotrebu, na koji način se dete može zaštititi da ne dođe do nasilja, kako se nasilje može sprečiti ili kako da se umanje posledice nasilja, kako da se ono prijavi, šta su odgovornosti svih aktera u tom procesu te da ukaže na razlike između adekvatnih i neadekvatnih postupaka prema deci tamo gde u praksi postoje nejasnoće, npr. razlike između upoznavanja deteta sa posledicama i pretnji, između angažovanja deteta u sređivanju svog prostora i radnog iskorišćavanja, između profesionalne razmene informacija o detetu među odgovornima za dete i ogovaranja i sl. Preventivne aktivnosti se mogu realizovati u formi edukativnih radionica, tribina, dijaloga, savetodavnog rada, deljenja pisanog materijala, obuke, supervizije te na različite kreativne načine, npr. kao dramsko izvođenje, likovno predstavljanje, kroz igru i sl. Važan element u širem preventivnom delovanju predstavlja i informisanje javnosti.

Koraci postupanja u sistemu zdravstvene zaštite

Prema Posebnom protokolu sistema zdravstvene zaštite, čija je poslednja verzija iz 2019. godine, svaki zdravstveni radnik i saradnik dužan je da prepozna, zbrine, dijagnostikuje i dokumentuje stanje deteta i da utvrdi pokazatelje koji ukazuju na njegovo stanje. Svaka zdravstvena ustanova je, takođe, dužna da formira stručni tim. Zadatak zdravstvene ustanove jeste i da ima plan usluga i mera zdravstvene zaštite te da prijavi sumnju i neposrednu opasnost od zlostavljanja i zanemarivanja deteta nadležnim ustanovama i organima — tužilaštvu, odnosno centru za socijalni rad. Posebnim protokolom je istaknuta potreba saradnje sa drugim sistemima.

Kako se eventualne povrede nastale zlostavljanjem i zanemarivanjem vrlo često najpre otkriju u zdravstvenom sistemu, prva i osnovna stvar unutar zdravstvenog sistema jeste medicinsko zbrinjavanje povreda i stanja u skladu sa dobrom kliničkom praksom. Posle zbrinjavanja sledi dokumentovanje povreda i stanja deteta.

Protokolom je naznačena i neophodnost zaštite deteta od sekundarne viktimizacije te izbegavanje ponovljenih intervjuova i pregleda deteta. Dokumentacija o sumnji na zlostavljanje i zanemarivanje dece zahteva primenu mera vezanih za poverljivost i zaštitu prava pacijenata i svaki zdravstveni radnik i saradnik imaju obavezu da se toga pridržavaju.

Zadatak zdravstvenih radnika jeste i procena izloženosti deteta zlostavljanju i zanemarivanju te stanja i potreba deteta i porodice kroz konsultacije sa članovima stručnog tima, ali je naznačeno da procenu sveukupnih rizika ne mogu da obave sami zdravstveni radnici. Oni mogu samo da procene zdravstvene posledice koje treba sanirati, ali ne i činjenice koje se tiču uslova u kojima dete živi, njegovih porodičnih prilika, činjenica o osobi koja vrši nasilje prema detetu i drugih okolnosti koje spadaju u domen drugih službi. Ovim se zapravo dokazuje značaj i neophodnost multidisciplinarnog pristupa.

Svaka zdravstvena ustanova mora da ima unapred pripremljen plan mera zdravstvene zaštite za dete koje obuhvataju mere za dete i porodicu koje se mogu obezbediti u okviru ustanove i mere za čiju realizaciju je neophodno da se dete ili porodica upute u druge ustanove sistema zdravstvene zaštite te plan mera zaštite za čiju realizaciju je neophodno uspostaviti saradnju sa drugim sistemima (centrom za socijalni rad, policijom, pravosudnim sistemom).

Na kraju, važno je napomenuti da se svi registrovani slučajevi zlostavljanja i zanemarivanja prijavljuju Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut” putem posebno definisane platforme, a stručni timovi svake godine dostavljaju svoje izveštaje (primer izveštaja možete pronaći [ovde](#)).

Šta posle 18. godine?

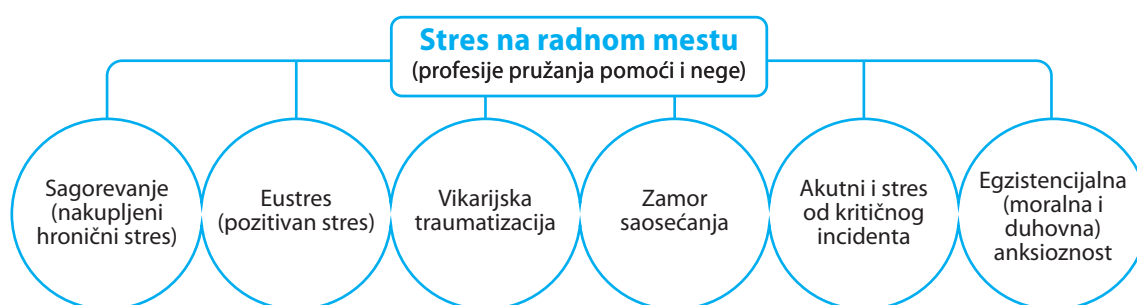
Na kraju ovog dela važno je istaći da, iako se zlostavljanje i zanemarivanje dece i adolescenata u pravnom smislu ne odnosi na one starije od 18. godina, treba imati na umu da je populacija uzrasta 18–25 godina, kao što je spomenuto, i dalje u periodu razvoja te da posledice nasilja mogu da budu posebno štetne po nju (naravno, nasilje je štetno i za odrasle osobe tokom čitavog života). Na saznanje o nasilju odnosno na sumnju o bilo kom obliku nasilja treba reagovati prijavljivanjem nadležnim organima, a kada su u pitanju žene, onda se to radi uz konsultacije i saradnju sa timovima za zaštitu žena pri institucijama koje ih imaju (po odgovarajućem protokolu kakav je, na primer, Posebni protokol Ministarstva zdravlja RS za zaštitu i postupanje sa ženama koje su izložene nasilju).

Vikarijska trauma i briga o sebi

Lazarus i Folkman pod stresom podrazumevaju posebnu kategoriju iskustva za koju je karakteristično da osoba procenjuje kako situacija zahteva veće ulaganje napora u adaptaciju, tj. da osoba opaža nesklad između svojih kapaciteta i zahteva situacije te da se, u skladu s tim, javljaju karakteristične promene na psihološkom i fiziološkom planu. Osoba ne mora uvek biti direktno izložena stresu, već to može biti i posredno (dovoljno je da radi sa mladim ljudima koji su doživeli traumu i/ili nepravdu). Stoga je važno kako službe i osoblje razumeju ove mlade ljude i reaguju na njih te kakve sposobnosti pružanja usluge ispoljavaju. Sposobnost pružanja dobre, trajne, odgovarajuće nege i podrške treba da se dešava u prostoru senzitivnom na traumu i da zavisi od zdravog funkcionisanja službe i dobrobiti osoblja.

Vrste stresa na radnom mestu u profesijama pružanja pomoći i nege navode se na Slici 32.

Slika 32. Vrste stresa na radnom mestu u profesijama pružanja pomoći i nege



Vikarijska trauma — sekundarni traumatski stres

Vikarijska trauma i sekundarni traumatski stres se često koriste kao sinonimi. Rezultati istraživanja pokazuju da posledice po mentalno zdravlje mogu postojati i kada osoba nije direktno izložena traumi, već joj je izložena posredno. Sekundarna traumatizacija najčešće se povezuje sa tzv. pomagačkim profesijama (psihoterapeut, lekar, socijalni radnik), ali istraživanja porodica osoba obolelih od PTSP-a ukazuju na sekundarnu traumatizaciju i kod njih. Kasnije su se razvili pojmovi poput sekundarnog traumatskog stresa, zamora saosećanja, vikarijske traume ili sagorevanja, koji se često koriste kao sinonimi. Posledice posredne traumatizacije moguće su kod svih koji su se na različite načine brinuli o traumatizovanim osobama.

Vikarijska traumatizacija nastaje kao rezultat izlaganja detaljima traume/trauma te empatičnog pristupa mladoj osobi i njenoj patnji. Može se ispoljavati kao duboka, negativna promena koju osoblje doživljava u svom pogledu na sebe, u odnosima sa drugima i u pogledima na svet kada rade sa mladim ljudima koji su doživeli traumu. Osoblje takođe može razviti niz drugih znakova i simptoma, od kojih su neki slični znacima koje prepoznamo kod traumatizovane osobe.

Zamor saosećanja

Zamor saosećanja predstavlja duboku emocionalnu i fizičku iscrpljenost koja se može, kao odgovor na stres od saosećanja, razviti kod profesionalaca koji pružaju pomoć i negu. Generalno se odnosi na izraženu promenu u sposobnosti profesionalaca da oseća empatiju odnosno saosećanje prema mladim osobama. Zamor saosećanja utiče na sposobnost saosećanja na radnom mestu, ali može uticati i na lični život osobe. Generalno se smatra ozbiljnijim stanjem od jednostavno „nakupljenog stresa”.

Emocionalni zamor se javlja kada pojedinac prevaziđe svoju sposobnost da izdrži produženi emocionalni stres. Uobičajeno je da ljudi koji pate od njega nisu svesni svojih tegoba, jer demotivisanost i emocionalni zamor, karakteristični za ovaj fenomen, izazivaju ponašanje izbegavanja i odbacivanja sopstvenih emocija. Ova vrsta umora manifestuje se fizičkim i psihološkim simptomima kao što su:

- niska tolerancija na stres ili stresne situacije,
- nedostatak pažnje,
- nedostatak motivacije i nezainteresovanost u životu,
- fizički zamor ili gubitak energije,
- depersonalizacija.

Emocionalni zamor dovodi do problema u ličnom blagostanju i u interpersonalnim odnosima. Te poteškoće mogu izazvati tegobe iz spektra depresije usled „nedostatka kontrole” koji oseća osoba sa emocionalnim zamorom. Načini suočavanja sa emocionalnim zamorom su različiti. Prvi korak jeste prepoznavanje emocionalnog zamora i okolnosti koje ga izazivaju.

Sagorevanje (nakupljeni/hronični stres)

Sagorevanje (*burnout*) predstavlja stanje emocionalne, mentalne i fizičke iscrpljenosti čiji je uzrok ogroman i dugotrajan stres, a to podrazumeva i nagomilavanje kumulativnog odnosno hroničnog stresa. Ispoljava se kao iscrpljenost, doživljaj cinizma i odvojenosti od posla te kao doživljaj neefikasnosti i nedoraslosti visokim zahtevima i kao nizak doživljaj kontrole i podrške.

Ovo stanje nema traumatski element, ali kada profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja rade u okruženju osetljivom na traumu, neki tvrde da se ono može razumeti kao „etički ili duhovni bol”.

Uticaj stresa, sagorevanja i sekundarne traumatizacije na profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja

Kako sami prepoznamo efekte stresa, sagorevanja i sekundarne traumatizacije?

Uobičajeni znaci stresa i sagorevanja kod profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja jesu emocionalni znaci, promene u ponašanju, fizički, kognitivni i duhovni znaci.

- *Emocionalni znaci* podrazumevaju tugu, manju sposobnost regulisanja emocija, razdražljivost, uznemirenost, anksioznost, bes, doživljaj manje sigurnosti itd.
- *Promene u ponašanju* se manifestuju kao problemi sa spavanjem i/ili promene u apetitu, kao izbegavanje radnih zadataka odnosno ljudi, kao izolovanje, veća upotreba supstanci itd.
- *Fizički znaci* su glavobolje, iritacije kože, tikovi, mučnina, tegobe u vidu anksioznosti itd.
- *Kognitivni znaci* se prepoznaju kao poteškoće sa koncentracijom, pamćenjem, donošenjem odluka, kao smanjeni poriv za delovanjem, kao višak rigidnosti, negativnosti, kao osećanje bezvrednosti, nemoći, bespomoćnosti itd.
- *Duhovni znaci* su osećaj da ništa nema smisla ili svrhu, cinizam, krivica, beznađe, ljutnja na svet, smanjena kreativnost itd.

Pored niza reakcija povezanih sa kumulativnim stresom i sagorevanjem, u specifičnija iskustva spadaju:

- intruzivne priče o traumi,
- stanje prenadraženosti (*hyperarousal* — visoka „pobuđenost“, nadražljivost),
- disocijativni momenti,
- izbegavanje, krivica, strah.

Pobuđenost (*arousal*) predstavlja stanje koje, ako je optimalno, utiče na povećanje performansi i uspešnost zadatka, ali ako je premalo ili preveliko, utiče na smanjenje performansi i dovodi do loših rezultata.

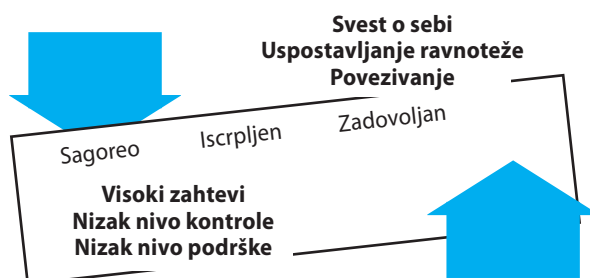
Ono što možemo uočiti kao posledice navedenih tegoba jesu:

- promene u sposobnosti pokazivanja empatije prema mladoj osobi,
- promene u doživljaju sposobnosti da se osoba nosi sa zahtevima u različitim delovima života,
- promene u vremenu i energiji za brigu o sebi,
- promene u efikasnosti na poslu.

Ovde je važno da se sebi postavi sledeće pitanje:

Gde sam ja (gde je tim) na kontinuumu između, s jedne strane, visokih zahteva, niskog nivoa kontrole i podrške i, s druge strane, svesti o sebi, uspostavljanja ravnoteže i povezivanja?

Slika 33. Kontinuum efekata stresa (Orygen, 2022)

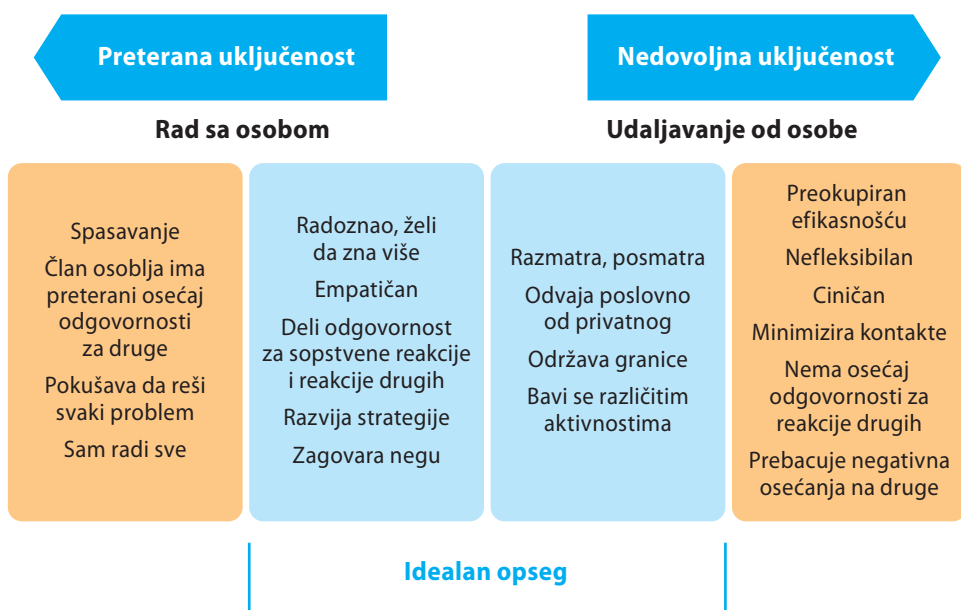


Nizak nivo kontrole, sa malo podrške i visokim zahtevima, dovodi do iscrpljenosti, a u dužem vremenskom periodu i do sagorevanja na poslu (*burnout*).

Kako ovo utiče na profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja?

Na Slici 34 prikazuju se karakteristike uticaja stresa, od zamora saosećanja, sagorevanja i vikarijske traume, preko idealnog opsega doživljaja, odnosa i ponašanja profesionalaca u radu sa mladom osobom, do karakteristika koje vode ka preteranoj, odnosno nedovoljnoj uključenosti.

Slika 34. Uticaj stresa, sagorevanja i vikarijske traume na profesionalce

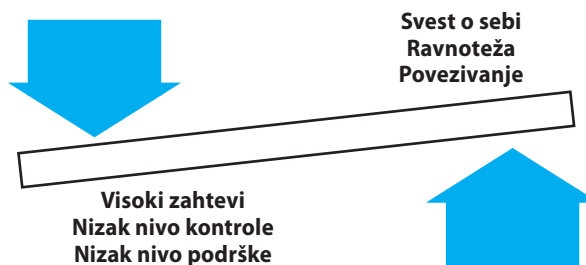


Može se pojaviti egzistencijalna (moralna, duhovna) anksioznost koja nastaje kada postoje nedoslednosti između uverenja profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i njihovih postupaka u praksi. Ne radi se o grubom kršenju profesionalne etike (što bi zahtevalo intervenciju rukovodioca), nego o tome da doživljavamo da na neki način postupamo protiv sopstvene etike (npr. kada smatramo da je intervencija neprimerena, da finansijski i resursi nisu prikladni) uz čest osećaj nemoći.

Briga o sebi

Iako deluje da se to podrazumeva, profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja ponekad nisu svesni toga da li i kako brinu o sebi, odnosno šta znači briga o sebi. Pođimo od toga šta *nije* briga o sebi — raditi još više, ponašati se sebično, individualizovati odgovornosti, aktivirati plan za reagovanje u vanrednim situacijama tek kada stres postane preveliki i sl.

Slika 35. Briga o sebi



Briga o sebi počinje pitanjima „Gde sam ja (gde je tim) na ovom kontinuumu u svakom trenutku?” (što predstavlja svest o sebi) i „Koje intervencije treba da primenim(o)? (što predstavlja uspostavljanje ravnoteže, povezivanje).

Briga o sebi podrazumeva sledeće principe:

- *svest o sebi* — odnosi se na posmatranje, razmišljanje i prilagođavanje sopstvenim potrebama, granicama, emocijama, znacima stresa; radi se o praktikovanju svesnosti i prihvatanja;
- *uspostavljanje ravnoteže* — odnosi se na održavanje i regulisanje ravnoteže te na brigu o ravnoteži između sopstvenih aktivnosti (rad, odmor i razonoda) i potreba (fizičkih, emocionalnih, psiholoških, društvenih i duhovnih);
- *povezivanje* — odnosi se na povezivanje sa sobom, sa drugima, sa onim što je osobi važno (vraćanje tih veza); takođe se radi o komuniciranju naših nada, potreba, našeg bola, ali i o smanjenju izolacije, nepovezanosti i povećanju doživljaja uvažavanja i podrške.

Razvoj svesti o sebi:

- treba imati redovnu rutinu praćenja i pregleda, npr. utvrditi dobrobit koja vam odgovara;
- kako reagujete na stres, šta su znaci stresa kod vas,
- koji znaci ukazuju na to da idete ka sagorevanju (*burnout*),
- postoje li specifični znaci vikarijske traumatizacije,
- identifikacija „saveznika” i „prijatelja” (kolege sa posla, kolege iz nadzora, prijatelji, porodica, lekari ili druge profesije, onlajn zajednice).

Važno je koristiti dostupne resurse koji nam mogu ponuditi smernice za brigu o sebi. Jedan od takvih resursa je Poslužavnik za zdrav um (Dan Sigel) prikazan u daljem tekstu.

Poslužavnik za zdrav um, Dan Sigel

1. **Društveni život** — Kada se povezujemo sa drugim ljudima, najbolje uživo, i kada odvojimo vreme da cenimo našu povezanost sa prirodnim svetom oko nas, aktiviramo i jačamo relacije sinapse mozga.
2. **Vežbanje** — Kada pokrećemo telo, aerobno ako je medicinski moguće, jačamo mozak na mnogo načina (to je dobro za raspoloženje, kogniciju i neurogenezu); to, takođe, pomaže da se snize vrednosti hormona stresa kortizola i pomaže pri spavanju.
3. **Ishrana** — Sve je više i više dokaza koji ukazuju na važnost dobre ishrane za funkcionisanje mozga i tela.
4. **Spavanje** — Kada mozgu damo odmor koji mu je potreban, konsolidujemo učenje i oporavljamo se od iskustava iz proteklog dana.
5. **„Time in“** — Kada iznutra tiho razmišljamo, fokusirajući se na senzacije, slike, osećanja i misli, pomažemo da se mozak bolje integriše.
6. **Vreme za fokusiranje** — Kada se fokusiramo na zadatke tako da budemo orijentisani ka cilju, preuzimamo izazove koji stvaraju duboke veze u mozgu.
7. **Vreme za igru** — Kada dozvolimo sebi da budemo spontani ili kreativni i da zaigrano uživamo u novim iskustvima, pomažemo u stvaranju novih veza u mozgu.
8. **Zastoji** — Kada nismo fokusirani, kada nemamo nikakav određeni cilj i kada pustimo um da luta ili da se jednostavno opusti, pomažemo mozgu da se napuni.

Od značaja je i zajednička etička odgovornost koja zahteva pristup iz više perspektiva (pojedinaac, tim, organizacija), tako da nije u pitanju samo briga o sebi, već i briga o organizaciji. Organizacije treba da konceptualizuju stres na radnom mestu i vikarijsku traumu duž kontinuuma kontekst–promena–ciljane reakcije.

Važna je i podrška na radnom mestu. Menadžeri su odgovorni za pružanje podrške svom osoblju u stvaranju i održavanju zdravog radnog okruženja i treba da budu svesni da njihovo ponašanje može imati veliki uticaj na dobrobit osoblja (i pozitivan i negativan). Osim toga, oni treba „stručno“ da prate dobrobit tima, ne treba da prave pretpostavke i treba da prilagode zahteve na radnom mestu (broj mladih osoba sa kojima se radi, realna očekivanja) i fizički prostor (treba da bude udoban, bezbedan, stabilan i da promoviše koheziju). Takođe, značajno je da se neguje kultura podrške i brige u timu (formalno i neformalno), da se sprovodi supervizija (pojedinačna, timska), da se ostavi prostora za refleksiju u okviru redovne prakse (od „časkanja“ do regularnih sastanaka), da se omoguće obuka i stručno usavršavanje te da se obavlja nadzor nad funkcionisanjem tima i nad angažovanjem na kontinuumu od prekomerne i do nedovoljne uključenosti.

Na kraju, kako se treba nositi sa vikarijskom traumatizacijom? Sebi treba postaviti pitanje „Kako treba da brinem o sebi prilikom rada sa mladom osobom?“, održavati svest o sebi u prostoru sa mladom osobom, održavati „osećaj za sebe“ u prostoriji (vizuelizacijom, strategijama smirivanja), poboljšati svoje procenjivanje nivoa uzbuđenja, odnosno kada ga treba smanjiti ili zadržati te održavati svest i razmišljanje o tome šta treba raditi sa pričama mladih koje „ostaju“ sa profesionalcem i kada se razgovor završi.

Reference

- Aas M, Dazzan P, Mondelli V, Touloupoulou T, Reichenberg A, Di Forti M, et al. Childhood trauma and cognitive function in first-episode affective and non-affective psychosis. *Schizophr Res.* 2011; 129(1): 12–9.
- Adams RE, Boscarino JA, Figley CR. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *Am J Orthopsychiatry.* 2006; 76(1): 103–8.
- Advocate Aurora Health. LiveWell [Internet]. Dostupno na: <https://www.advocateaurorahealth.org/livewell/>. Pristupljeno 24. avgusta 2024.
- Alempijević Đ, Vidojević O, Lakić A, Mažibrada I, Milojković O, Mitković Vončina M, et al. Priručnik za primenu Posebnog protokola Sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. 3rd ed. Pejović-Milovančević M, Kalanj D, Minčić T, editors. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2019. Dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/12971/file/Priuru%C4%8Dnik%20za%20za%C5%A1titu%20dece%20od%20zlostavljanja%20i%20zanemarivanja.pdf>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Anderson CM, Teicher MH, Polcari A, Renshaw PF. Abnormal T2 relaxation time in the cerebellar vermis of adults who were maltreated in childhood: potential evidence for persistent changes in neurodevelopment? *Biol Psychiatry.* 2002; 52(4): 371–376.
- Bailey T, Alvarez-Jimenez M, Garcia-Sanchez AM, Hulbert C, Barlow E, Bendall S. Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2018; 44(5): 1111–22.
- Bendall S, Eastwood O, Cox G, Farhall J, Galletly C. A systematic review and synthesis of trauma-informed care within outpatient and counseling health settings for young people. *Child Maltreat.* 2020; 25(1): 1077559520927468.
- Bendall S, Galletly C, Jackson HJ, Cotton SM, Halpin SA, Filia K, et al. Childhood trauma increases the risk of post-traumatic stress disorder in response to first-episode psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2012; 46(1): 35–9.
- Bendall S, Phelps A, Browne V, Metcalf O, Cooper J, Rose B, et al. Trauma and young people: Moving toward trauma-informed services and systems. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health; 2018.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *J Psychiatr Res.* 2010; 44(11): 732–40. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.01.004.
- Berry K, Ford S, Jellicoe-Jones L, Haddock G. PTSD symptoms associated with the experiences of psychosis and hospitalisation: A review of the literature. *Clin Psychol Rev.* 2013; 33(4): 526–38.
- Boon S, Steele K, Van Der Hart O. Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists. 1st ed. New York: WW Norton & Company; 2011.
- Braehler C, Valiquette L, Holowka D, Malla AK, Joobor R, Ciampi A, et al. Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatry Res.* 2013; 210(1): 36–42.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68(5): 748–66.
- Briere J. Trauma symptom checklist for children. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1996.
- Cameron RP, Gusman D. The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics. *Prim Care Psychiatry.* 2003; 9(1): 9–14.
- Cawson P, Wattam C, Brooker S, Kelly G. Child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of abuse and neglect [Internet]. London: NSPCC; 2000. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/265233029_Child_Maltreatment_in_the_United_Kingdom_a_Study_of_the_Prevalence_of_Abuse_and_Neglect
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). Trauma-informed care in behavioral health services. 2014.
- Child Welfare Information Gateway. How to parent a child who has experienced trauma. Dostupno na: <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/child-trauma.pdf>
- Cohen E, MacKenzie RG, Yates GL. HEADSS, a psychosocial risk assessment instrument: implications for designing effective intervention programs for runaway youth. *J Adolesc Health.* 1991; 12(7): 539–44.
- Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2017.
- Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med.* 2001; 31(7): 1237–47.
- Damian AJ, Gallo J, Leaf P, Mendelson T. Organizational and provider level factors in implementation of trauma-informed care after a city-wide training: an explanatory mixed methods assessment. *BMC Health Serv Res.* 2017; 17(1): 750. doi: 10.1186/s12913-017-2695-0.
- Figley CR. Treating compassion fatigue. New York: Routledge; 2002.
- Foa EB, Tolin DF. Comparison of the PTSD symptom scale–interview version and the clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress.* 2000; 13(2): 181–91.
- Forbes D, Fletcher S, Parslow R, Phelps A, O'Donnell M, Bryant R, et al. Trauma at the hands of another: longitudinal study of differences in the posttraumatic stress disorder symptom profile following interpersonal compared with noninterpersonal trauma. *J Clin Psychiatry.* 2012; 73(3): 372–6.
- Gertel Kraybill O. Experiential training to address secondary traumatic stress in aid personnel. 2015.
- Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: A critical review. *Clin Psychol Rev.* 2011; 31(6): 883–99.
- Harris M, Fallot RD, editors. New directions for mental health services. Using trauma theory to design service systems. San Francisco: Jossey-Bass/Wiley; 2001.
- Harris M, Fallot RD. Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol. Washington, DC: Community Connections; 2009. Dostupno na: <https://www.theannainstitute.org/CCTICSELFASSPP.pdf>
- Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress.* 1992; 5(3): 377–91.
- Herzog JI, Schmahl C. The association between secondary trauma and mental health outcomes among adolescents: Findings from a nationally representative cross-sectional survey. *Traumatology.* 2016; 22(4): 307–13.
- Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, et al. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand.* 2017; 136(3): 200–209.
- Institut za mentalno zdravlje. Kako pružiti podršku deci nakon traumatskih događaja. Dostupno na: <https://imh.org.rs/data/d/02715.pdf>
- Institut za mentalno zdravlje. Preporuke za psihološku pomoć deci u kriznim situacijama. Dostupno na: <https://imh.org.rs/data/d/02714.pdf>
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995; 52(12): 1048–60.

- Knežević M, Hinek M. Sekundarna traumatizacija: razvoj konstrukta, mjerni instrumenti i dostupni tretmani. Psihol Teme. 2023; 32(2): 303–23. <https://doi.org/10.31820/pt.32.2.4>
- Kraybill K. Renewal & resiliency in our work. Nashville (TN): National Health Care for the Homeless Council; 2002 Feb [cited 2024 Aug 25]. Dostupno na: <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/February2002HealingHands.pdf>
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 57–86.
- Lazarus RS, Folkman S. The concept of coping. In: Monat A, Lazarus RS, editors. Stress and Coping: An Anthology. 3rd ed. New York: Columbia University Press; 1991.
- Lippard ETC. Stress sensitivity and psychosis risk. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6939135/>
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001; 52: 397–422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.
- McCann L, Pearlman LA. Psychological trauma and adult survivor theory: Therapy and transformation. 1st ed. New York: Routledge; 1990. doi: 10.4324/9781315803715
- McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013; 52(8): 815–24.e14.
- Ministarstvo prosvete Republike Srbije. Posebni protokol za zaštitu dece i učenika od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja u obrazovno-vaspitnim ustanovama. Beograd: Ministarstvo prosvete Republike Srbije; 2007.
- Ministarstvo prosvete Republike Srbije. Preporuke za nastavnike u kriznim situacijama. Dostupno na: https://prosveta.gov.rs/wp-content/uploads/2023/05/Za-nastavnike_cyr_web.pdf
- Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike Republike Srbije. Posebni protokol za zaštitu dece u ustanovama socijalne zaštite od zlostavljanja i zanemarivanja. Beograd: Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike; 2006.
- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2018.
- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Preporuke: Kako pomoći deci, roditeljima i nastavnicima u kriznim situacijama. Dostupno na: <https://www.zdravlje.gov.rs/vest/377826/preporuke-kako-pomoci-deci-roditeljima-i-nastavnicima-u-kriznim-situacijama.php>
- Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Priručnik za primenu Posebnog protokola zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2012.
- Mirović T, Tomašević M. Trauma, naša priča. Beograd: Centar za shema terapiju; 2019.
- Mitkovic Voncina M, Pejovic Milovancevic M, Maravic Mandic V, Lecic Tosevski D. Timeline of intergenerational child maltreatment: The mind-brain-body interplay. Curr Psychiatry Rep. 2017; 19(8): 50.
- Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. Br J Clin Psychol. 2003; 42(4): 331–53.
- Morrison AP. The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. Behav Cogn Psychother. 2001; 29(3): 257–76.
- Myers J, Chiverton P, Tope DM. Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. 2002.
- Nacionalna mreža za traumatski stres kod dece, Nacionalni centar za PTSP. Psihološka prva pomoć za škole. 2023.
- Nacionalna mreža za traumatski stres kod dece, Nacionalni centar za PTSP. Veštine za psihološki oporavak. 2023.
- Orygen. Brief interventions in youth mental health toolkit. Melbourne: Orygen; 2022.
- Orygen. Trauma and young people: moving toward trauma-informed services and systems [Internet]. Parkville (Australia): Orygen. Dostupno na: https://www.orygen.org.au/Orygen-Institute/Policy-Reports/Trauma-and-young-people-Moving-toward-trauma-info/Orygen_trauma_and_young_people_policy_report
- Peach N, Alvarez-Jimenez M, Cropper S, Bendall S. Trauma and the content of hallucinations and post-traumatic intrusions in first-episode psychosis. Psychol Psychother. 2020.
- Pearlman LA, Saakvitne KW. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: WW Norton & Co; 1995.
- Posebni protokol za zaštitu dece u ustanovama socijalne zaštite od zlostavljanja i zanemarivanja. U izradi.
- Read J. Child abuse and severity of disturbance among adult psychiatric inpatients. Psychiatr Serv. 1998; 49(3): 368–73.
- Reynolds V. Living Well: Website. Dostupno na: <https://www.livingwell.org.au>
- Reynolds V. Resisting burnout [Internet]. Vikki Reynolds. Dostupno na: <https://vikkioreynolds.ca/resisting-burnout/> Pristupljeno 24. avgusta 2024.
- Rothschild B. Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma. New York: W W Norton & Co; 2006.
- Sayed S, Iacoviello BM, Charney DS. Risk factors for the development of psychopathology following trauma. Curr Psychiatry Rep. 2015; 17(8): 1–7.
- Schroeder K, Langeland W, Fisher HL, Huber CG, Schäfer I. Dissociation in patients with schizophrenia spectrum disorders: What is the role of different types of childhood adversity? Compr Psychiatry. 2016; 68: 201–8.
- Siegel D. Healthy Mind Platter [Internet]. Dr. Dan Siegel. Dostupno na: <https://drdansiegel.com/healthy-mind-platter/> Pristupljeno 24. avgusta 2024.
- Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: a longitudinal community study. Child Abuse Negl. 1996; 20(8): 709–23. doi: 10.1016/0145-2134(96)00059-2.
- Služba za zdravlje i usluge građanima iz Uprave za decu u Vašingtonu. Kako biti roditelj detetu koje je doživelo traum. Informativna služba za zaštitu dece; 2014.
- Sl. glasnik RS, br. 11/2024.
- Steel C. Psychological interventions for working with trauma and distressing voices: The future is in the past. Front Psychol. 2017; 7: 2035.
- Subica AM. Psychiatric and physical sequelae of childhood physical and sexual abuse and forced sexual trauma among individuals with serious mental illness. J Trauma Stress. 2013; 26(5): 588–96.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Trauma-informed care in behavioral health services. 2014.
- Sun P, Su L, Wang S, Luo X. Does dissociation mediate the relationship between childhood trauma and hallucinations, delusions in first episode psychosis? Compr Psychiatry. 2018; 84: 68–74.
- Teicher MH, Anderson CM, Polcari A. Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. Proc Natl Acad Sci U S A. 2004; 101(49): 17372–17377.
- Teicher MH, Samson JA. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. J Child Psychol Psychiatry. 2016; 57(3): 241–266.
- UNICEF Srbija. ACE studija u Srbiji. Dostupno na: https://www.unicef.org/serbia/media/10711/file/Studija_negativnih_iskustava_u_detinjstvu_ACE.pdf
- UNICEF Srbija. Istraživanje primene vaspitne discipline nad decom u porodici u Srbiji. 2020. Dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/16611/file/Istra%C5%BEivanje%20o%20disciplinovanju%20dece%20u%20porodici%20u%20Srbiji.pdf>

UNICEF Srbija. Traumatične situacije i mentalno zdravlje dece. Dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/traumaticne-situacije-i-mentalno-zdravlje-dece>

UNICEF. Trauma-informed approach. 2022. Dostupno na: <https://www.unicef.org/publications/trauma-informed-approach>

University of York. Coping with trauma. Dostupno na: <https://www.york.ac.uk/ciceap/wellbeing/trauma-coping>

Van der Kolk BA, Courtois CA. Complex trauma: Definitions, diagnoses, and treatment. J Trauma Stress. 2005; 18(5): 389–99.

Van der Kolk BA, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. J Trauma Stress. 2005; 18(5): 389–99.

Van der Kolk BA. Telo sve beleži. Mozak, um i telo u isceljenju trauma. Beograd: Centar za shema terapiju; 2021.

Verese F, Maccabe JH, Molnar M, Egerton A, Seedat S, Murray RM. Childhood adversities increase risk of psychosis: A meta-analysis of patient control, prospective and cross-sectional studies. Schizophr Bull. 2012; 38(4): 661–71.

Vlada Republike Srbije. Opšti protokol za zaštitu dece od nasilja. Beograd: Vlada Republike Srbije; 2021.

Vlada Republike Srbije. Opšti protokol za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja. Beograd: Vlada Republike Srbije; 2022.

Vuković S. Posebni protokol za zaštitu dece i učenika od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja u obrazovno-vaspitnim ustanovama. Beograd: Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije; 2024.

Vuković S. Upravljanje stresom u procesu vaspitanja i obrazovanja: modeli i prevencija. Beograd: JNIP Prosvetni pregled; 2005. ISBN 86-7055-056-3.

Webster G, Baylis F. Moral residue. In: Rubin SB, Zoloth L, editors. Margin of Error: The Ethics of Mistakes in the Practice of Medicine. Hagerstown, MD: University Publishing Group; 2000. p. 103–18.

Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. Acta Psychiatr Scand. 2008; 118(4): 281–290.

Wilson JP, Lindy JD. Countertransference in the treatment of PTSD. New York: Guilford Press; 1994.

Wilson JP, Lindy JD. QPASTT. Compassion fatigue, burnout and vicarious trauma: a Queensland Program of Assistance to Survivors of Torture and Trauma (QPASTT) guidebook. 2016.

World Health Organization (WHO). International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006. Report No.: ISBN 978-92-4-159436-3.

World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2019.

World Health Organization (WHO). Report of the consultation on child abuse prevention, 29–31 March 1999, WHO, Geneva. Geneva: World Health Organization; 1999. Report No.: WHO/HSC/PVI/99.1.

D. Porodične intervencije

Porodice treba uključivati u brigu o mladima kada god je to moguće, uz transparentan razgovor o poverljivosti i poštovanju zakonskih ograničenja. Porodica predstavlja faktor podrške i podsticaja u intervencijama, ali može da predstavlja i kamen spoticanja. Ovo poglavlje opisuje razloge za uključivanje porodice i važnost uključivanja porodice te glavne karakteristike porodičnog sistema. U njemu se daju opšti principi rada sa porodicom, odlike sistemskog i porodično senzitivnog pristupa, nivoi i forme u kojima se mogu pružati intervencije te značajni kulturološki aspekti. Praktični aspekti rada sa porodicom koji su opisani u ovom poglavlju odnose se na uključivanje porodice, procenu potreba, psihoedukaciju te na tehnike, resurse i pristupe. Profesionalci koji rade sa mladima i porodicama treba da poznaju novi model pozitivnog roditeljstva „Budi ruka koja voli i reč koja sokoli” i da pomažu porodicama da uspostave funkcionalno roditeljstvo kroz svakodnevni kontakt sa njima.

Zašto je važno uključiti porodicu

Porodica je prirodno okruženje u kome odrastaju deca i adolescenti. Ona se zasniva na bliskim vezama, obično krvnim (srodničkim) ili izabranim (partnerski odnosi, usvojenja, poveravanje deteta). U porodici se zadovoljavaju osnovne i razvojne potrebe mlade osobe: pružaju joj se doživljaj vrednosti, podrška, nega, ljubav, uteha i validacija; mlade osobe u porodici uče životne veštine, veštine regulacije emocija, kako treba da se odnose prema ljudima, prema sebi, prema svom zdravlju, prema okruženju itd. Ova vrsta moći je prvi razlog zbog koga je važno da porodica učestvuje u intervencijama, jer su ti izvori podrške veoma važni za oporavak kada se jave teškoće u mentalnom zdravlju. Članovi porodice bi trebalo da učestvuju u intervencijama, da nam budu saveznici i da se pridržavaju planova u intervencijama. Oni mogu da daju osnovne informacije te da podstiču mladu osobu da dolazi na savetovanje sa profesionalcem iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i da radi zadatke u okviru intervencija. Porodica može i nepovoljno da utiče na tok i ishod intervencija sa mladim osobama (stigmatizacija, sabotiranje, nepodržavanje rada na sebi ili podržavanje prekida rada na sebi, pogrešno učešće u zadacima u okviru intervencija). Ovo je drugi razlog da se uključi porodica, jer ona velikim delom može biti odgovorna za razvoj i zdravlje mlade osobe i samo ako dođe do promena u porodičnom okruženju, moći će da se uspostave promene koje sveobuhvatno i održivo doprinose razvoju i zdravlju deteta.

Važno je, takođe, sve vreme imati u vidu da porodica i njeni članovi pojedinačno nastaju i žive u širem društvenom okruženju, koje izuzetno snažno deluje na njih, pa deo odgovornosti za zdravlje dece snosi i zajednica.

Porodica obično ima priliku da među prvima primeti znake teškoća u mentalnom zdravlju mlade osobe. Obično roditelji ili drugi članovi porodice iniciraju odlazak kod lekara ili psihologa. Roditelji odnosno staratelji su dužni da se odazovu na poziv profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade sa njihovim adolescentima, a i profesionalci su dužni da obaveste ili pozovu porodicu kada primete promene u ponašanju kod mlade osobe, u skladu sa već pomenutim uslovima davanja pristanaka. Porodica je, takođe, izvor informacija o mnogim aspektima značajnim za procenu i tretman te za ukupni tok podrške mladoj osobi sa teškoćama u mentalnom zdravlju. Ona je značajan saradnik u tretmanu jer podržava mladu osobu u primeni terapije i drugih preporučenih aktivnosti tokom funkcionalnog oporavka.

Praksa pokazuje da su šanse mlade osobe da se oporavi i funkcioniše stabilno znatno veće kada se uključi porodica, a uspostavljene promene su dugoročnije ili trajne.

Porodični sistem

Porodica se smatra primarnom zajednicom biološkog, psihološkog i socijalnog karaktera iz nekoliko razloga. Biološki faktori kao što su genetika, zdravstveno stanje i predispozicije članova porodice igraju važnu ulogu u formiranju identiteta i mentalnog zdravlja. Porodica ima dubok uticaj na psihološki razvoj individue — unutar porodice se formiraju emocionalne veze, oblikuju se obrasci ponašanja i uče se socijalne veštine, što sve zajedno utiče na razvoj ličnosti i mentalnog zdravlja članova porodice. Porodica igra bitnu ulogu i u socijalizaciji individue: kroz interakciju unutar porodice mladi uče društvene norme, vrednosti, običaje i očekivanja, a to ih priprema za interakciju sa širom društvenom zajednicom. Kada se integrišu ovi biološki, psihološki i socijalni aspekti, porodica postaje temelj za formiranje identiteta, mentalnog zdravlja i dobrobiti pojedinca.

Struktura porodice. Porodica je kompleksan sistem koji ima unikatnu strukturu i organizaciju, sastavljenu od različitih podsistema koji su međusobnoj interakciji. Tri temeljna podsistema porodice čine bračni podsistem, roditeljski podsistem i podsistem braće i sestara. *Bračni podsistem* čine partneri ili supružnici unutar porodice. To je osnovna jedinica porodičnog sistema i često predstavlja osnovu porodične strukture. Odnosi unutar bračnog podsistema utemeljuju porodične vrednosti, komunikaciju i podršku. Kvalitet bračnog odnosa može imati snažan uticaj na celokupnu porodičnu dinamiku. *Roditeljski podsistem* obuhvata odnos između roditelja i dece. Taj podsistem određuje obrasce vaspitanja, disciplinovanja, podrške i emocionalne dinamike unutar porodice. Roditelji igraju važnu ulogu u podsticanju razvoja i rasta dece te u prenošenju vrednosti i normi porodične zajednice. *Podsistem braće i sestara* čine odnosi između braće i sestara unutar porodice. Taj podsistem omogućava razvoj socijalnih veština, učenje saradnje, deljenje i razumevanje međusobnih potreba. Razumevanje i održavanje ravnoteže između ovih podsistema izuzetno je važno za funkcionalnost i dobrobit cele porodice. Porodična funkcionalnost ogleda se u odgovarajućim granicama unutar i između podsistema, u raspodeli moći, uloga i odgovornosti te u snagama i slabostima porodice. Kritičko sagledavanje snaga (poput podrške, ljubavi, zajedništva i emocionalne povezanosti) i slabosti porodice (nedostatak komunikacije, nedostatak granica ili nezdravi obrasci) omogućava članovima da prepoznaju svoje pozitivne aspekte i područja za unapređenje.

Funkcionalnost porodice. Funkcionalnost porodice je sposobnost porodice da zadovolji potrebe svojih članova, da se efikasno nosi sa promenama i krizama te da održava harmoniju unutar sistema. Porodice prolaze kroz različite faze životnog ciklusa, a svaka faza nosi sa sobom specifične izazove i promene na koje porodica mora da se adaptira kako bi očuvala stabilnost i blagostanje. Pri sagledavanju i proceni funkcionisanja porodice značajne su dimenzije kohezije, fleksibilnosti i komunikacije. Emocionalna veza koja postoji kod članova porodice se definiše kao *porodična kohezija* i označava nivo bliskosti, povezanosti i osećaja zajedništva među članovima porodice. *Porodična fleksibilnost* predstavlja sposobnost porodice da se prilagodi promenljivim situacijama, izazovima i zahtevima kako bi očuvala funkcionalnost i blagostanje. *Komunikacija* i stilovi komunikacije predstavljaju dimenziju koja parovima i porodicama omogućava da ostvare koheziju i fleksibilnost kroz veštine slušanja, veštine razgovora i sposobnost za održavanje kontinuiteta i poštovanja između članova. Porodična komunikacija predstavlja temelj svake funkcionalne porodice i igra bitnu ulogu u oblikovanju odnosa, rešavanju konflikata i uspostavljanju poverenja između članova porodice. Aktivno slušanje, jasno izražavanje, postavljanje granica i pravilna interpretacija neverbalne komunikacije predstavljaju glavne elemente zdrave porodične komunikacije. Kada međusobno komuniciraju, članovi porodice razvijaju veze, rešavaju nesuglasice, podržavaju jedni druge i grade osećaj pripadnosti. Važno je imati na umu da koncept porodice ne obuhvata samo trenutnu strukturu i dinamiku porodice, nego i obrasce koji se ponavljaju transgeneracijski (obrasce ponašanja, odnosa, verovanja ili emocionalnih reakcija), tj. koji se prenose kroz generacije, kao i obrasce odnosa koji se formiraju unutar porodice (kako članovi porodice komuniciraju, rešavaju konflikte, podržavaju jedni druge

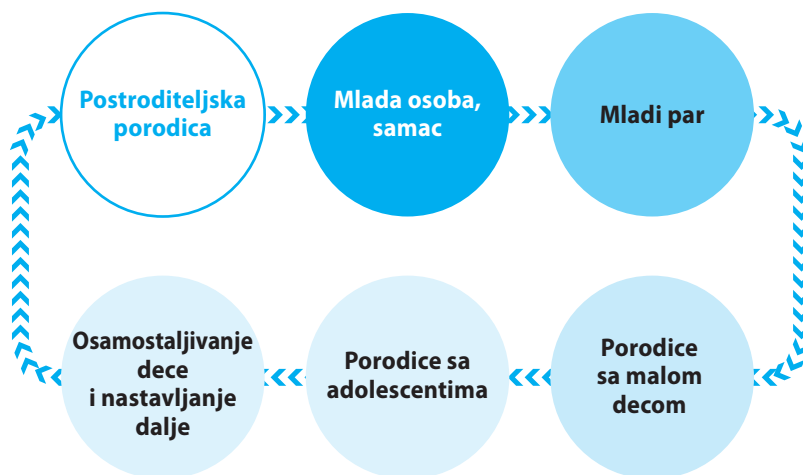
i izražavaju svoje emotivne potrebe), a koji mogu biti više ili manje povoljni pa je njihovo sagledavanje važno za unapređenje funkcionalnosti.

Optimalna porodica

Optimalna porodica predstavlja temelj za rast, razvoj i osećanje blagostanja svim svojim članovima. Kroz podršku, razumevanje i otvorenu komunikaciju, ona omogućava članovima da istraže svoje potencijale i razviju svoje talente. Stvaranje bezbednog i podržavajućeg okruženja unutar porodice pruža osećaj pripadnosti i emotivnu stabilnost, što je veoma važno za emocionalno blagostanje. Članovi porodice moraju osećati da su prihvaćeni i da mogu slobodno da izražavaju svoje misli, osećaje i potrebe, bez straha od osude. Otvorena komunikacija, poštovanje individualnosti i podsticanje samorealizacije svakog člana porodice doprinose pozitivnom razvoju ličnosti i osećaju zadovoljstva. Kroz vrednovanje različitosti i podršku različitim interesima, optimalna porodica stvara osnovu za odrastanje u zdravom, podržavajućem okruženju. Osim toga, jasno definisane granice i uloge unutar porodice doprinose balansu moći, očuvanju privatnosti i održavanju harmonije. Funkcionalne porodice takođe karakteriše sposobnost rešavanja konflikata na adaptivan način, tako što se uzimaju u obzir potrebe i perspektive svakog člana porodice. Kroz fleksibilnost putem dogovora, spontane interakcije, radost, humor, otvorenost za učenje i kontinuirani rad na poboljšanju odnosa i inicijativu, funkcionalne porodice stvaraju bezbedan, podržavajući i podsticajan okvir za rast i razvoj svakog člana porodice.

Životni ciklus. Životni ciklus porodice čine bitne faze kroz koje porodica vremenom prolazi, a svaka faza nosi sa sobom specifične izazove i zadatke. Te faze obuhvataju sve, od formiranja bračnog para, dolaska dece, preko njihovog odrastanja, adolescencije, odlaska iz roditeljskog doma, do starosti roditelja i eventualne smrti jednog od partnera.

Slika 36. Životni ciklus



Svaka etapa životnog ciklusa zahteva prilagođavanje i reorganizaciju porodične strukture i dinamike kako bi se uspešno prevazišli novi izazovi. Stoga različite faze mogu različito da utiču na emocionalne odnose i funkcionalnost porodice. Na primer, prilikom formiranja porodice, roditelji uče da se prilagode novim ulogama i odgovornostima pa dolazak novorođenčeta može doneti radost, ali i stres zbog novih odgovornosti

i promena u bračnom odnosu. Tokom adolescencije konflikti između roditelja i tinejdžera postaju česti, jer dolazi do suočavanja sa potrebom za autonomijom i identitetom, što zahteva prilagođavanje u komunikaciji i očekivanjima. Odlazak dece iz kuće može izazvati sindrom praznog gnezda, a to zahteva ponovno prilagođavanje bračnog odnosa i redefinisane uloga i može izazvati osećaje usamljenosti i gubitka, dok ponovno povezivanje može predstavljati priliku za obnovu veza i zajedničko otkrivanje novih interesa.

Kada je u pitanju *porodica adolescenta*, ona se susreće sa različitim izazovima — sa hormonskim promenama kod adolescenta i efektima tih promena, sa novim izazovima u roditeljstvu, posebno ako najstarije dete ima probleme sa adolescentnim ponašanjem ili mentalnim zdravljem (prvi susret) u porodici sa više dece, sa sukobima adolescenta u vezi ili sa raskidom veze, sa sukobima u vezi s roditeljstvom, sa izazovima upravljanja obavezama na poslu i kod kuće. Za mlade osobe uzrasta 15–17 godina razvojna putanja podrazumeva „individuaciju — međusobnu povezanost — međuzavisnost“, pregovaranje o granicama i konflikt, zbog čega je važno povećati mogućnosti za porodično povezivanje. Za mlade ljude koji „stasavaju“ (18–25 godina) tranzicija ka glavnim ulogama i zrelost u odnosima predstavljaju specifična polja izazova, pa je važno razmotriti ova pitanja sa porodicom (posebno ako mlada osoba živi samostalno).

Adaptacija na faze životnog ciklusa (a ovde posebno naglašavamo važnost adaptacije na adolescentno i postadolescentno razvojno doba) zahteva fleksibilnost, otvorenu komunikaciju, međusobno poštovanje i podršku unutar porodice.

Teorija vezivanja. Sigurna vezanost može pružiti podlogu na kojoj dete i mlada osoba, a zatim i odrasla osoba, istražuju svet i komuniciraju s njim na zdrav, adaptivan način. Teorija vezivanja (ili teorija afektivnog vezivanja, privrženosti, *attachment theory*), koju je utemeljio britanski psiholog Džon Boulbi sredinom 20. veka, predstavlja jedan od najuticajnijih pristupa razumevanju razvoja emotivnih odnosa između dece i njihovih primarnih staratelja. Boulbi je verovao da su te rane veze suštinski važne za emocionalni i socijalni razvoj pojedinca te da pružaju osnovu za buduće odnose i ponašanja. Teorija vezivanja se temelji na ideji da deca, od samog rođenja, poseduju urođeni nagon da traže blizinu i sigurnost kod svojih negovatelja, posebno u trenucima stresa ili pretnje.

Bolbijeve rad je dalje razvila Meri Ejnsvort, koja je na osnovu svojih istraživanja (uključujući poznati eksperiment „Strange Situation“) identifikovala tri osnovna stila vezivanja kod dece: siguran, izbegavajući i anksiozno ambivalentan. Deca sa *sigurnim* stilom vezivanja osećaju se bezbedno i samopouzdana jer su njihovi negovatelji dosledno prisutni i responzivni. Deca sa *izbegavajućim* stilom teže da izbegavaju bliskost i emocionalne veze usled iskustava nesigurnog ili odbacujućeg ponašanja staratelja, dok deca sa *anksiozno ambivalentnim* stilom često pokazuju izražen strah od odvajanja i nesigurnost zbog nepredvidljivog odgovora staratelja. Kasnija istraživanja su dodala i četvrtu kategoriju: *dezorganizovani* stil vezivanja, koji se često manifestuje kod dece koja su doživela traumu ili zlostavljanje i koja pokazuju zbunjujuće ili protivrečne obrasce ponašanja.

Teorija vezivanja je veoma značajna za razumevanje ljudskog ponašanja i mentalnog zdravlja. Odrasli kod kojih su se razvili sigurni stilovi vezivanja tokom detinjstva skloni su razvoju zdravih, stabilnih odnosa i boljeg upravljanja emocijama. Nasuprot tome, nesigurni stilovi vezivanja mogu dovesti do problema u odnosima, niskog samopoštovanja i različitih problema mentalnog zdravlja. Rana životna iskustva su formativna, ali ne moraju nužno biti definitivna. Upravo adolescencija može biti prilika da se mozak restrukturiše na sličan način na koji se neuronska mreža obrazuje (*pruning*) u ranom detinjstvu i priprema za dalji razvoj. U kontekstu pružanja podrške mentalnom zdravlju mladih, teorija vezivanja nudi korisne uvide mladima jer im pomaže da prepoznaju i razumeju svoje obrasce vezivanja i kako oni utiču na njihove aktuelne odnose. Intervencija može doneti promenu koja će omogućiti razvoj sigurnijeg načina vezivanja, što vodi ka zdravijim, funkcionalnijim odnosima i boljem emocionalnom blagostanju.

Rad sa porodicom — opšti principi

Etos porodične podrške kod mladih naglašava ideju da porodice treba uključivati u brigu o mladima kada god je to moguće, uz transparentan razgovor o poverljivosti. Kao što je opisano u prvom delu publikacije, profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da usaglasi sa mladom osobom koje će se tačke otvarati pred porodicom, a koje ne, i šta su ograničenja poverljivosti. Važno je imati na umu da adolescentima i mladim ljudima, koliko god deluje da se oni distanciraju od porodice u sklopu svojih razvojnih manifestacija ili kompleksne porodične dinamike (i pokazuju otpor prema uključivanju porodice), i dalje trebaju funkcionalan odnos sa roditeljima, stimulativno porodično okruženje i adekvatna pomoć odraslih koji su im najbliži. Zato treba uložiti napore da se i mladi i porodica motivišu na saradnju i zajedničko ulaganje u bolju funkcionalnost.

Rad sa porodicom može pomoći da se bolje razumeju problemi mentalnog zdravlja, njihov tok i intervencije te da se objasni kako se tegobe manifestuju u ponašanju mlade osobe, može pomoći porodici da ojača postojeće i razvije nove načine suočavanja sa problemima, da uspostavi ravnotežu između ohrabivanja i podrške osobi, s jedne strane, i njene infantilizacije, s druge strane, a može pomoći i članovima porodice da se brinu o sebi.

U radu sa porodicom prepoznaju se različita osećanja, brige i pitanja koje porodice mogu imati, kao i to da su porodicama potrebni vreme i prilika da bi se izborile sa krizom i faktorima stresa koji će uslediti. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da čuje i razume objašnjenja koja porodice imaju za ono što se dogodilo (i treba da zna da je porodicama potreban okvir za razumevanje).

Sistemski pristup podrazumeva da se u radu sa porodicama razmišlja o dva glavna principa: 1) da svaki podsistem utiče na drugi podsistem i 2) da svaka promena dovodi do neravnoteže koja zahteva prilagođavanja. Prema konceptu Marija Bouena, tegobe ili problemi u porodici mogu se tumačiti kao neuspeh u adaptaciji članova na stresne situacije ili promene unutar sistema, a tegoba se ne posmatra kao problem pojedinca, već kao odraz šireg porodičnog sistema. Razumevanje da je tegoba pojedinca odraz porodične dinamike i da se, kada jedna osoba u porodičnoj ili drugoj vezi doživljava poteškoće, to prenosi na sve članove porodice odnosno sistema, predstavlja jednu od osnovnih teorijskih premisa tog koncepta. Takođe, treba biti svestan da svi članovi porodice mogu doprineti rešenju, treba znati da je važno da se članovima porodice pruži prilika da uspostave jače i pozitivnije odnose jedni sa drugima i treba imati na umu celu porodicu kroz povezivanje, ostvarivanje odnosa i razmatranje svih perspektiva. Cilj sistemskog pristupa je osnaživanje članova porodice da prepoznaju svoje uloge, preuzmu odgovornost za svoje emocionalne reakcije i uspostave zdravije veze među sobom. Kroz proces intervencija porodica dobija priliku da razume obrasce ponašanja, da unapredi unutrašnje međusobne odnose i da se efikasnije nosi sa izazovima, čime se stvara osnova za zdraviju i funkcionalniju porodičnu dinamiku.

Porodično senzitivn pristup

Praktičari kojima je namenjen ovaj priručnik rade sa mladima koji imaju životne teškoće na različitim nivoima i u različitim fazama podrške, što prikazuje piramida brige o porodici (Slika 37). Većina praktičara se, kada su u pitanju mladi, angažuje na prva tri navedena nivoa: kontakt i procena, opšta edukacija i psihoedukacija. Značajno je da se porodica uključi već na ovim nivoima ili u ovim fazama podrške. Da bi podrška bila efikasna, treba uspostaviti dobar radni savez sa roditeljima odnosno porodicom, a za formiranje i čvrstinu tog saveza izuzetno je važno da porodici pristupimo na senzitivn način.

Porodično senzitivn pristup predstavlja opštu poziciju vrednovanja učešća porodice, bez obzira na vrstu usluge. U Tabeli 16 navode se osnove pristupa roditeljima, starateljima, odnosno članovima porodice i konkretni postupci u primeni elemenata senzitivnog pristupa.

Tabela 16. Osnove primene elemenata senzitivnog pristupa

- Izražavati duboko poštovanje prema roditeljima, starateljima i odraslima koji brinu o deci, odnosno prema roditeljstvu kao takvom.** Treba izričito naglasiti da odgajanje deteta i adolescenta, pored radosti i ponosa, nosi puno odgovornosti, stresa, briga i da „nije lako biti roditelj”. Uz to, treba prepoznati konkretne teškoće na koje se u roditeljstvu nailazi i priznati ih kao izazove, kao i (ne)uspešne načine kako ih roditelji prevazilaze, jer „to je ono što oni u ovom trenutku najbolje umeju”.
- Poći od onog što pojedinci smatraju svojom porodicom.** Treba ih pitati ko čini njihovu porodicu. Ako nam nije potpuno jasno zašto nekog smatraju ili ne smatraju članom porodice, treba ih zamoliti da nam to objasne.
- Pristupiti roditeljima/starateljima kao osobama koje imaju složen identitet i više životnih uloga (defokusiranje isključive uloge roditelja/staratelja).** Njima se treba obraćati kao ličnostima, a ne samo kao roditeljima (imenom, a ne porodičnom funkcijom). Takođe, treba ih pitati za druge njihove životne uloge: čime se bave, čime se ponose, šta ih još brine osim deteta, šta je sa njihovim roditeljima, šta ih opušta, kako se oni osećaju u porodici.
- Vraćati roditeljima/porodici odgovornost kao moć da deluju i utiču.** Treba izričito reći koliko je značajno što su se uključili, jer sa njima možemo mnogo više da postignemo na oporavku deteta odnosno mlade osobe. Uz to, treba im objasniti da se ne bavimo pitanjima krivice, već odgovornosti prema budućim postupcima i dešavanjima u porodici koje mogu da učine boljim. Sveukupnim stavom treba stavljati do znanja roditeljima i članovima porodice da oni najviše brinu o svom detetu odnosno o mladoj osobi, drugim rečima, ne treba da stavljamo sebe u poziciju da brinemo o njihovoj deci više nego sami roditelji i članovi porodice.
- Poći od stava da podrška porodici predstavlja najefikasniji način da se podrže dete, adolescent i mlada osoba.** Treba se zadržati na problemima/izazovima/teškoćama roditelja i članova porodice, koji nisu u direktnoj vezi sa funkcionisanjem deteta odnosno mlade osobe. Takođe, iz svoje zone odgovornosti treba podržavati roditelje i članove porodice u rešavanju tih problema/izazova/teškoća.
- Imati na umu da su porodice nastale i funkcionišu u širem društvenom okruženju, da same trpe stres te da su često i članovi porodice traumatizovani.** Treba tragati za spoljnim uticajima na roditelje i članove porodice, razumeti ih i normalizovati. Uz to, treba raditi na smanjenju stresa i traumatizovanosti roditelja i članova porodice i treba ih podržavati u tome da brinu o sebi.
- Poći od činjenice da nisu sve porodice jednako „doprinele” teškoćama mentalnog zdravlja svoje dece i izbegavati stav okrivljavanja unapred.** Treba istražiti i druge faktore koji mogu uticati na zdravlje i ponašanje deteta, između ostalog i one koji su u vezi sa samim detetom te sa neposrednim i širim okruženjem. Zajedno sa roditeljima i članovima porodice treba istražiti šta sve utiče na zdravlje deteta i u kojoj meri, što se odnosi i na njihov „doprinos”.
- Stvarati odnos (poverenja) sa roditeljima, starateljima i članovima porodice kao što bi oni trebalo da stvaraju odnos sa detetom, adolescentom i mladom osobom.** Sa roditeljima i članovima porodice treba razgovarati staloženo, s poštovanjem, iskreno i direktno. Takođe, treba preduzimati svaku meru iz svoje nadležnosti, pa i posredovanje kod drugih pružalaca usluga, iz čega će se jasno videti da smo posvećeni rešavanju njihovog problema.
- Izabrati osobu u koju porodica ima poverenja da više zastupa porodicu, a ne samo dete, adolescenta i mladu osobu.** Treba razmeniti sa porodicom informacije u koju profesionalnu osobu iz okruženja porodica ima posebnog poverenja. Profesionalac treba da preuzme tu ulogu ili da se dogovori sa saradnicima da je neko preuzme.
- Negovati i vraćati poverenje porodice u sistem društvene podrške.** Treba pružiti priliku porodici da govori o svojim iskustvima sa sistemom (u različitim sektorima); sve to treba staviti u određeni kontekst i dati mu značenje. Treba davati lični primer posvećenog, doslednog i profesionalnog pristupa porodici i detetu odnosno mladoj osobi sa teškoćama u mentalnom zdravlju te povezivati porodicu sa pouzdanim, posvećenim i profesionalnim pružaocima drugih usluga.

11. **Umanjiti porodične doživljaje stresa/pritiska, straha/panike, nepoverenja, nemoći, malodušnosti, slabljenja vere u promenu, ljutnje, konfliktnosti, ogorčenosti, stida, traumatizovanosti.** Treba podržati roditelje i članove porodice da iznose svoje doživljaje i emocije i normalizovati ih u porodičnom i širem kontekstu. Roditelje i članove porodice treba učiti kako da ublaže ove doživljaje, treba jačati njihove snage, treba ih prihvatati, razumeti i podržati da uspeju u nečemu kako bi povratili doživljaj moći, treba ih ohrabrivati da veruju u sebe i porodicu i da održavaju veru u promenu.
12. **Sagledavati porodicu kao celinu — svi članovi porodice su značajni i deluju u zajedničkom polju.** Treba ispitati na koji način svi članovi porodice funkcionišu u porodici. Osim toga, treba razmotriti svaku, pa i sasvim posrednu vezu sa funkcionisanjem „identifikovanog pacijenta“ (deteta odnosno mlade osobe).
13. **Prepoznavati i razumevati interese, potrebe i motive roditelja, staratelja i članova porodice.** Treba pitati roditelje i članove porodice kako oni vide situaciju sa detetom odnosno mladom osobom te šta je njima potrebno da bi se osećali bolje i da bi osetili da dobijaju veću podršku.
14. **Uvažavati lične, porodične, familijarne i kulturne obrasce nastale kroz istoriju porodičnih odnosa i događanja te konteksta u kome su nastali i funkcionišu.** Treba pitati roditelje i članove porodice kako obično rešavaju probleme koje imaju. Uz to, treba normalizovati primenjivane obrasce iz ugla porodične istorije, kulture kojoj pripadaju, naučenog ponašanja, kao i funkcije koju su imali za opstanak porodice.
15. **Normalizovati emocije i ostale aspekte doživljaja roditelja i staratelja kao neke od mogućih ljudskih iskustava (bez obzira na etičke, pravne i druge aspekte).** Treba omogućiti roditeljima i članovima porodice da slobodno iznose svoja osećanja, bez naše reakcije koja bi to na bilo koji način otežala ili presekla. Treba normalizovati emociju u kontekstu u kome se javlja („prirodno je da se uplašimo kada vidimo uznemirenost kod deteta“, „dešava se da se naljutimo kada osetimo da neko manipuliše nama“ i sl.).
16. **Pomoći porodici da sagleda ponašanje deteta kao komunikacioni čin.** Treba postaviti pitanje „Kako ste vi razumeli takvo ponašanje deteta?“, „Hajde da se zapitamo šta je dete htelo da nam poruči svojim ponašanjem“ ili „Šta vam govori takvo ponašanje deteta?“. Treba da pozovete roditelje i članove porodice da zajednički istražite opcije kako se može odgovoriti na poruku koju nam dete šalje svojim ponašanjem.
17. **Podržati roditelje i staratelja da unaprede vlastite veštine regulacije emocija.** Kada normalizujemo emocionalne i ponašajne reakcije roditelja i članova porodice, treba da istražimo posledice koje njihove reakcije imaju. Treba istražiti kako sve roditelji i članovi porodice mogu da reaguju u situacijama koje ih brinu ili uznemiravaju i potražiti one najuspešnije reakcije. Pozovite roditelje i članove porodice da se prisete dobrih primera kada su adekvatno reagovali te primera kako pojedini ljudi iz okruženja regulišu svoje emocije.
18. **Osvestiti sopstvene emocionalne reakcije nas kao profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja na roditelje, staratelje i članove porodice.** Treba se zapitati u kojoj meri na našu emocionalnu reakciju na roditelje i članove porodice utiču naša iskustva koja nemaju direktne veze sa roditeljima i članovima porodice. Treba razmeniti stavove o tome sa kolegama iz tima tokom supervizije ili intervizije.
19. **Prepoznati „nedostajući deo porodice“ (tzv. „fantomski ud“ porodice).** Treba sačiniti „genogram“ porodice, ispitati šta je sa članovima porodice o kojima se ne priča (npr. sa drugim roditeljem) i razmotriti sa porodicom na koji način taj član porodice postoji za ostale, a posebno za dete odnosno mladu osobu.
20. **Uspostavljati prirodnu hijerarhiju porodičnih odnosa i uloga.** Pitanja i poruke treba upućivati i slati članovima porodice kojima to po prirodnoj hijerarhiji odnosa pripada i treba insistirati da oni odgovore (a ne neko drugi); pri tom iz stava tela i izraza lica treba da bude jasno da se obraćate toj osobi. Sa roditeljima i članovima porodice treba razmatrati šta je čiji „posao“ iz „prirodne zone odgovornosti“ (npr. nadzor, odlazak kod lekara, pratnja prilikom odlaska kod lekara, podsećanje, uzimanje lekova, vođenje dnevnika aktivnosti i sl.).
21. **Prepoznavati i jačati snage porodice.** I kod sebe i kod porodice treba da osvestimo svaku, pa i najmanju snagu ili mogućnost koja postoji. Sa roditeljima i članovima porodice treba razmotriti kako određene mogućnosti koje imaju mogu da se pretoče u snagu koja im je potrebna za pozitivnu promenu.

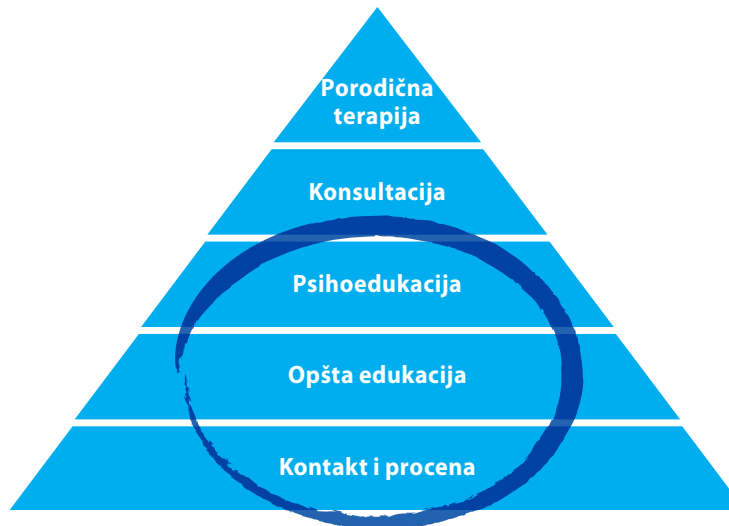
22. **Podržati porodicu u stvaranju i jačanju familijarnih veza i socijalne mreže.** Sa porodicom treba razmotriti koga sve imaju u svom okruženju, bez obzira na to da li te osobe trenutno mogu da doprinesu funkcionisanju porodice ili možda ometaju funkcionisanje porodice i deteta odnosno mlade osobe. Porodicu treba motivisati da iskoristi svaki resurs porodične i socijalne mreže (izraditi eko-mapu i akcioni plan).
23. **Podržati porodicu u zadovoljavanju njenih osnovnih potreba (materijalnih, zdravstvenih, društvenih itd.).** Treba iskoristiti svoje profesionalne kontakte i povezivati porodicu sa pružaocima usluga koji mogu da pomognu u zadovoljavanju potreba porodice. U porodični plan treba uneti konkretne korake koje sama porodica može da preduzme radi zadovoljenja sopstvenih potreba.
24. **Pronaći ulogu porodice u funkcionalnom oporavku deteta, adolescenta i mlade osobe sa teškoćama u mentalnom zdravlju.** Roditeljima i članovima porodice treba objasniti šta je to funkcionalni oporavak osobe sa teškoćama u mentalnom zdravlju i šta treba uraditi da bi se on postigao. Treba sačiniti plan akcije za porodicu, odnosno dogovoriti se šta će svako od članova porodice raditi kako bi se podržao funkcionalni oporavak deteta odnosno mlade osobe sa teškoćama u mentalnom zdravlju.
25. **Podržati dete odnosno mladu osobu u izgradnji što sigurnijeg obrasca afektivne vezanosti.** Treba raditi na tome da postoji i bude dostupna primarna figura afektivne vezanosti i negovati odnos deteta odnosno adolescenta sa njom, bez obzira na životni aranžman. Zajedno sa porodicom ili širom porodicom treba tragati za bliskim odnosima sa odraslima koji su dovoljno sigurni i podržavajući za dete odnosno mladu osobu.
26. **Stvarati tim saradnika za podršku porodici s obzirom na potrebe porodice koju podržavamo.** Treba da uspostave direktnu komunikaciju sa saradnicima iz neposrednog okruženja i šire zajednice koji mogu da pruže porodici profesionalnu podršku koju vi ne možete. Takođe, treba posredovati u ostvarivanju kontakata porodice sa drugim pružaocima usluga te pratiti i podržavati te kontakte.
27. **Na vreme ukazati roditeljima i članovima porodici na neprimerene ili nedovoljno primerene postupke.** Uporedo sa razumevanjem i normalizacijom osećanja roditelja i članova porodice, svako neprimereno ponašanje prema detetu treba primetiti, ukazati na njega i objasniti kako ono šteti ili može štetiti detetu odnosno adolescentu. Roditelje i članove porodice treba uputiti da razmotre na koji drugi način može da se utiče na dete odnosno adolescenta u pravcu njegove dugoročne dobrobiti i oporavka, a zatim treba pratiti i podržavati promenu.

Ovo bi bile opšte preporuke praktičarima za rad u oblasti podrške mladima:

- sagledajte sveukupno polje deteta odnosno mlade osobe šire od svoje profesionalne pozicije,
- planirajte i delujte u sopstvenoj zoni odgovornosti,
- preuzmite ličnu i profesionalnu odgovornost koja vam pripada,
- ne propustite da učinite „ono malo što možete”,
- uspostavite saradnju i sopstvenu mrežu profesionalne podrške,
- konsultujte se (sa timom, tokom supervizije, intervizije itd.),
- budite autentični u kontaktu i izražavanju svega onoga što razmenjujemo sa porodicom.

Nivoi intervencija koje se mogu pružati porodici prikazani su na *Piramidi brige o porodici* (Slika 37); opštiji nivoi odnosno intervencije manjeg intenziteta pružaju se većem broju porodica, dok se specijalizovani odnosno intenzivniji vidovi intervencija pružaju manjem broju porodica. Smatra se da svim porodicama treba omogućiti uključivanje (povezivanje) i procenu, opštu edukaciju i psihoedukaciju. Za neke to neće biti dovoljno i sa njima treba obaviti konsultacije, a ako nijedna od prethodnih intervencija ne pomogne, preporučuje se formalna porodična terapija (za mali broj porodica).

Slika 37. Piramida brige o porodici



Kulturološki aspekti savremene porodice i rada sa porodicom

Razlike u kulturološkim obrascima postoje između različitih, posebno geografski, istorijski i sociološki vrlo udaljenih kultura, ali i unutar istih kultura omeđenih zajedničkom teritorijom i/ili etničkom pripadnošću. Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da budu otvoreni za različite porodične strukture i kulturne obrasce kako bi adekvatno podržali mlade osobe (npr. istopolni brakovi, pitanje surogat roditeljstva, odnosi izvan braka itd.). Takođe, porodice su definisane i formalnim i neformalnim društvenim statusima i pravilima koja regulišu određeni propisi: brak, vanbračna zajednica, razvod, regulisano viđanje dece, poveravanje deteta, starateljstvo, podeljena briga i dr. U praksi, a posebno kod nekih mladih koji su traumatizovani i imaju teškoće u mentalnom zdravlju, sreću se i situacije kada su roditelji nepoznati, preminuli, napustili decu i porodicu, odsutni fizički i psihički (emocionalno), nedostupni, nezreli, defokusirani, međusobno zaraćeni, oboleli itd. U svim tim situacijama porodica na neki način i dalje postoji za mladu osobu i neizbežno je sastavni deo intervencije, a uloga profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja jeste da bude otvoren za svaku od tih situacija i da stvara bezbednu atmosferu u kojoj se vrednuju i ovi aspekti.

Rad sa porodicom — praktični aspekti

Uključivanje porodice

Uključivanje porodice u porodično senzitivnom pristupu predstavlja suštinski korak ka uspešnom rešavanju problema i poboljšanju porodične dinamike. To je najvažniji zadatak u prvim nekoliko seansi (ako se uopšte dobije nekoliko seansi). Proces obično započinje inicijalnim sastankom tokom kojeg profesionalci upoznaju porodicu i prikupljaju osnovne informacije o odnosima u porodici, izazovima i ciljevima intervencije. I pri prvom i pri svakom sledećem sastanku profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba, pored definisanja ciljeva na kojima radi, da postavi moguće hipoteze, plan rada i važne teme, da prati svoja osećanja i održava samorefleksivnost. Jedan od prvih zadataka profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja jeste da stvori bezbedno i podržavajuće okruženje u kome se svi članovi porodice osećaju slobodno da iznose misli i osećanja. Svakog člana porodice treba uključiti u rad sa porodicom (tj. svakom članu porodice se treba pridružiti). To često nije lako i javljaju se brojne *barijere* u pokušajima da se ostvari više od jedne seanse kada se radi o uključivanju porodice sa adolescentima.

Jednu od velikih prepreka predstavlja *otpor adolescenata*, koji intervencije često doživljavaju kao nametnutu obavezu ili vid kritike, što može rezultirati njihovim odbijanjem da se uključe ili da otvoreno komuniciraju. Takođe, njihova prirodna identifikacija sa vršnjacima u tom periodu vodi do većeg otpora u povezivanju sa roditeljima kroz intervencije. Pored toga, roditelji mogu biti nesigurni ili defanzivni, naročito ako osećaju da će terapija otkriti njihove greške u roditeljstvu ili dovesti do osude njihovih postupaka. Značajne barijere predstavljaju i *nedostatak vremena* i *logistički problemi*, jer porodične obaveze i gusti rasporedi često otežavaju pronalaženje zajedničkog termina za održavanje sesija. Neke porodice su skeptične u pogledu *poverljivosti podataka* i *razmene informacija* (bilo sa profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja bilo međusobno, npr. porodične tajne). Druge porodice pak *sumnjaju u to koliko intervencije zaista mogu da im pomognu*, sumnjičave su prema profesionalcima ili imaju sumnje zbog prethodnih negativnih iskustava. *Finansijska ograničenja* takođe mogu predstavljati problem, jer neke porodice možda nemaju mogućnosti da redovno plaćaju terapijske usluge. *Kulturni faktori* i *stigmatizacija* mentalnog zdravlja dodatno otežavaju uključivanje, jer neke porodice mogu imati negativan stav prema intervencijama ili osećati sramotu zbog traženja stručne pomoći. Ove barijere zahtevaju pažljivo razmatranje i kreativne strategije profesionalca kako bi se uspostavila saradnja i stvorio bezbedan prostor u kome svi članovi porodice, pa i adolescenti, mogu aktivno da učestvuju u intervencijama. O postojanju ovih barijera važno je razmišljati na početku rada sa porodicom, pa treba istražiti nepovoljnosti, uspostaviti poverenje i ostaviti dovoljno vremena i prostora za rad na barijerama i otporima. Teško je definisati koliko je vremena potrebno nekoj porodici da savlada prepreke u procesu intervencija. Porodični kapaciteti su vrlo različiti, kao i individualni, pa u umeće profesionalca spada to da razmišlja o ovim preprekama i radi na njima sa porodicom, jer je to ključ ka uspostavljanju čvrstog radnog saveza. Ponekad i *uslovi službe* i *tehnička ograničenja* mogu predstavljati barijeru. Preporuke za rad sa barijerama u navedenim situacijama barijera navode se u Tabeli 17.

Tabela 17. Preporuke za rad sa barijerama

- *Mlada osoba možda neće biti voljna da uključi porodicu.* U toj situaciji ne treba vršiti pritisak na mladu osobu, nego treba saslušati njene razloge, stavove i osećanja u vezi sa uključivanjem porodice. Mladom osobi treba strpljivo objasniti zašto je za nju važno da se porodica uključi. Zatim treba istražiti u koga u porodici ima najviše poverenja, definisati uslove pod kojima će se porodica uključiti (npr. šta ćemo podeliti sa porodicom, koje odgovornosti ostaju na mladoj osobi, ko će prisustvovati razgovoru, u kakvim uslovima će se razgovor obaviti, koju ulogu ima porodica u podršci mladoj osobi i sl.). Ako smo po zakonu obavezni da obavestimo porodicu, to treba objasniti mladoj osobi i realizovati.
- *Porodica se možda neće biti rada da se uključi u proces (plaši se, ne želi da preuzme osećanje krivice ili odgovornost, nema više snage itd.).* Porodicu svakako treba kontaktirati. Ako porodica ne odgovara na pozive, u dogovoru sa mladom osobom treba naći načina da joj se šalju relevantne informacije. Treba uspostaviti saradnju sa praktičarima koji imaju kontakt sa porodicom. Primenjujte senzitivni pristup porodici.
- *Problemi sa prisustvom (vremenski pritisci, geografska lokacija, nefleksibilan posao).* Treba pažljivo saslušati porodicu u vezi sa obavezama članova porodice i njihovim mogućnostima prisustva. Kada imamo mogućnost ili smo nadležni da to uradimo, poseta porodici, ustanovi ili organizaciji koja je bitna za porodicu može značajno da doprinese našoj proceni i olakšavanju teškoća koje imaju porodica i dete. Ako nemamo mogućnosti ili nismo nadležni, treba pomoći porodici da je posete oni koji su nadležni. Sa porodicom treba napraviti plan kontakata (razgovora), uvažavajući i vreme porodice i naše vreme. Treba razmisliti o uvođenju termina otvorenih vrata izvan standardnog radnog vremena (primer porodičnog saradnika). Kod nadležnih treba posredovati da podrže dolazak porodice ako to podrazumeva dodatne troškove.
- *Problemi u vezi sa poverljivošću i razmenom informacija.* Odmah u početku treba jasno definisati pravilo poverljivosti i situacije kada, u skladu sa zakonom, dolazi do ograničavanja poverljivosti. To pre svega treba učiniti sa mladom osobom, ali i sa članovima porodice koji su uključeni u rad. Treba istražiti razloge ako ne postoji volja da se informacije dele; o tome treba pregovarati i ne sme se odustajati jer je to izuzetno značajno za uspostavljanje odnosa poverenja.
- *Sumnje u pogledu profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja / prethodna loša iskustva.* Treba se predstaviti porodici i posebno navesti svoje osnovne reference i profesionalne uloge, nadležnosti i mogućnosti. Ukratko, porodici treba predstaviti svoj način rada. Svaki korak u saradnji sa porodicom treba učiniti predvidljivim za porodicu. Porodici treba dati slobodu da izražava svoje stave i donosi odluke.
- *Prethodno negativno iskustvo.* Porodici treba omogućiti da iznese svoje prethodno iskustvo sa sistemom podrške odnosno drugim profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, bez iznošenja sopstvenog stava. Treba normalizovati otpore i nepoverenje u kontekstu u kome su oni nastajali i postoje. Sa porodicom treba stvarati odnos poverenja.
- *Sukob unutar porodice.* Treba zauzeti objektivnu poziciju, vodeći računa o primarnim interesima porodice kao celine i, pre svega, mlade osobe, ali se nikako ne smeju zanemariti pojedinačni interesi drugih članova, jer to može značajno da ometa primarne interese. Treba nastojati da se razume pozadina sukoba. Ako su sukobi dugotrajni i snažni, porodici treba pružiti podršku da prihvati tretman odnosa kod drugih pružalaca usluga. U pojedinim situacijama je moguće samo kontrolisati posledice sukoba po mladu osobu.
- *Kulturno i jezički raznolike porodice.* Ako ne uspevamo da razumemo jezik i kulturu iz koje dolaze mlada osoba i njena porodica, treba potražiti podršku saradnika koji će to moći.
- *Ograničenja službi — vreme lekara, dostupnost termina van radnog vremena.* Najvažnije je da se obezbedi razumevanje i podrška menadžmenta. Treba dobro objasniti potrebu za primerenim uslovima rada, radno vreme i definisane profesionalne uloge. Takođe, treba poznavati zakonom propisane uslove i standarde rada i koristiti podršku strukovnih udruženja.

Pozicija braće i sestara u porodično senzitivnom pristupu, posebno u kontekstu porodica koje se suočavaju sa mentalnim tegobama adolescenata, često je složena i može biti važna za uspeh intervencija. Braća i sestre često zauzimaju jedinstvenu ulogu u porodičnoj dinamici i preuzimaju različite uloge kao zaštitnici, saradnici ili čak konkurenti. Neretko usled povezanosti počinju da brinu da će i njima biti loše te narušeno mentalno zdravlje brata odnosno sestre dožive kao traumu. Njihove potrebe i osećanja često se zapostavljaju kada je fokus na adolescentu sa mentalnim poteškoćama. U kontekstu intervencija je važno da profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja prepoznaju i vrednuju iskustva i emocije braće i sestara te da im daju prostora da izraze svoje brige, frustracije i strahove. Braća i sestre mogu, s jedne strane, osećati povećani pritisak ili odgovornost da budu „dobri” kako ne bi dodatno opterećivali roditelje, a s druge strane, mogu se osećati ljubomorno i zapostavljeno zbog pažnje koja se poklanja adolescentu sa problemima. Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da rade na osnaživanju braće i sestara, da prepoznaju njihove potrebe za podrškom i razumevanjem te da promovišu zdrave odnose i komunikaciju između svih članova porodice. Uključivanjem braće i sestara u proces ne poboljšava se samo celokupna porodična dinamika, nego se pruža i dodatna podrška adolescentu sa mentalnim tegobama, što doprinosi oporavku i stabilnosti porodice.

Porodice često imaju razumljive *strahove u vezi sa intervencijama i službama* i niz faktora može dovesti do sukoba ili uznemirenosti u prostoriji (ti strahovi se mogu odnositi na to da mlada osoba neće oprostiti staratelju što se obratio službi, da se stvari neće poboljšati, da profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja neće obezbediti adekvatno praćenje nakon procesa procene, da će mlada osoba biti hospitalizovana bez dovoljno sagledavanja i konsultovanja). Rad sa *anksioznošću unutar prostorije* za porodično senzitivni pristup zahteva pažljiv i strateški pristup kako bi se stvorilo bezbedno okruženje u kome članovi porodice mogu otvoreno da iznose svoje brige i osećanja. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja mora najpre da identifikuje izvore anksioznosti kod pojedinaca i u celoj porodici, što može podrazumevati strahove vezane za međusobne odnose, očekivanja ili spoljne stresore. Koristeći tehnike poput aktivnog slušanja, empatije i refleksije, profesionalac pomaže članovima porodice da se osećaju shvaćeno i podržano. Takođe, profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja često koriste metode poput vođenih vežbi disanja, progresivnog opuštanja mišića i majndfulness tehnika kako bi smanjili fizičke znake anksioznosti i promovisali emocionalnu stabilnost. Pored individualnih intervencija, značajan aspekt rada sa anksioznošću u porodičnoj terapiji predstavlja facilitiranje otvorene i konstruktivne komunikacije između članova porodice. Jasno komunicirana svrha sastanka često predstavlja konstruktivan način da se smanje tenzije u prostoriji, kao i tehnike potvrđivanja, slušanja i normalizacije iskustva svakog člana porodice. Zadatak profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja je da zadrži model mirnog ponašanja u krizi i omogući članovima porodice da čuju perspektive jedni drugih. Tokom intervencije profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može koristiti različite metode, npr. genograme za mapiranje porodičnih odnosa, igranje uloga za simulaciju konflikata i razvoj komunikacionih veština te zadatke za domaći rad koji pomažu porodici da identifikuje obrasce ponašanja i emocionalne dinamike koji doprinose anksioznosti. Edukacija o anksioznosti i njenim efektima na svakodnevni život može pomoći porodici da razvije zajedničko razumevanje i strategije za upravljanje stresom. Radeći zajednički, članovi porodice uče kako da pružaju jedni drugima podršku i kako da se zajedno suočavaju sa anksioznošću na zdrav način. Otuda intervencija ne samo da smanjuje trenutnu anksioznost već i jača porodične resurse i veštine za efikasno rešavanje budućih izazova. Ponašanje profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja takođe nudi model kako se treba ponašati u krizi.

Kada je u pitanju zajedničko donošenje odluka, ono može uključivati i porodicu, uz saglasnost mlade osobe, ali je važno voditi računa o već pomenutim aspektima poverljivosti i zakonskih propisa.

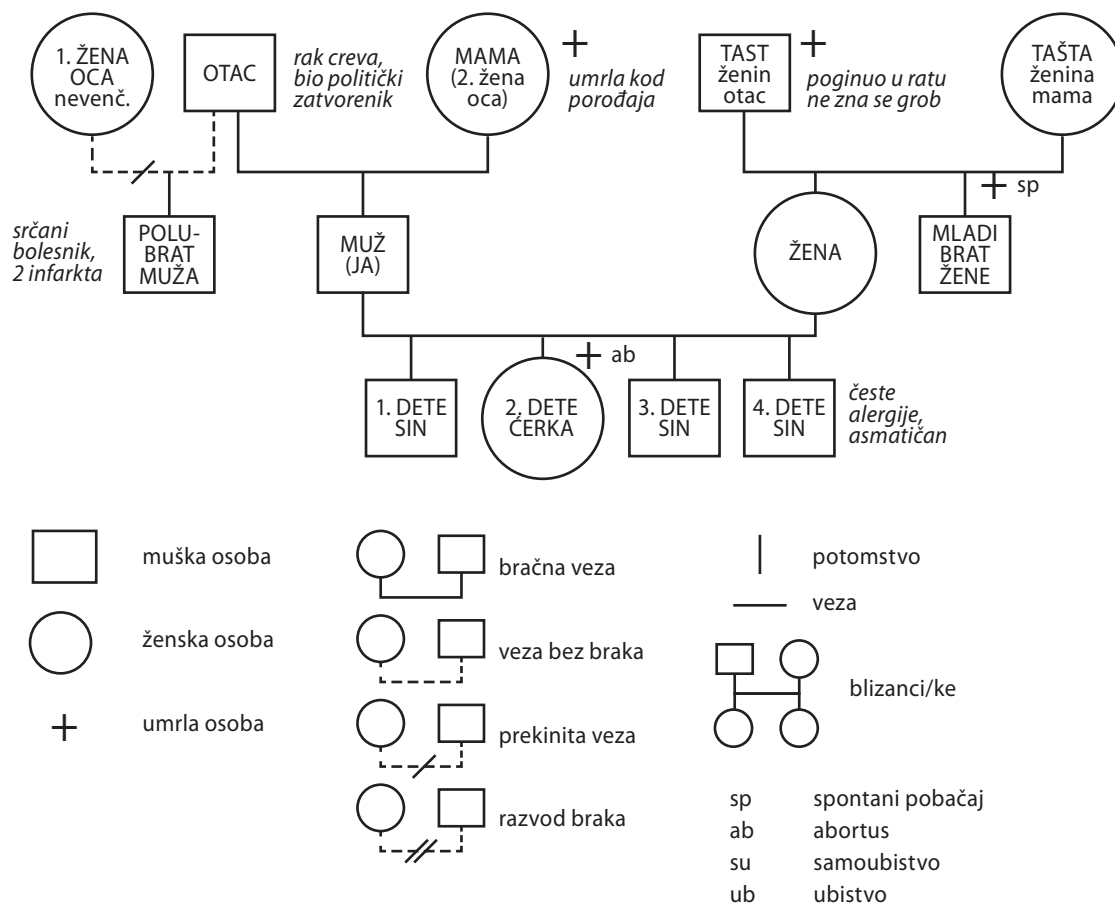
Procena i moć prvog susreta

Kada se porodica uključi već na početku, važno je identifikovati njene potrebe, odnosno definisati ciljeve za procenu i rad sa porodicom. Treba identifikovati najvažnije oblasti podrške za mladu osobu i njenu porodicu. Prvi intervju sa porodicom predstavlja glavni korak u procesu razumevanja dinamike i problema unutar porodice, a istovremeno ima neprocenjivi značaj tokom dalje saradnje i prilikom formiranja radnog saveza. Za vreme prvog intervjua profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja ima priliku da upozna članove porodice, stekne uvid u njihove perspektive te da identifikuje važne oblike komunikacije, konflikte, obrasce ponašanja i forme interakcije među članovima. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja tokom prvog intervjua uspostavlja osnovu poverenja sa porodicom, pruža porodici podršku i ohrabruje svakog člana da izrazi svoje misli, osećaje i brige. Imperativ je kreiranje atmosfere u kojoj se svi dobro osećaju i spremni su za dalji rad, a profesionalac treba da vodi računa da se pridruži svim članovima. Stoga je važno da svaki član porodice dobije priliku da saopšti svoje viđenje. Već na prvom intervjuu profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja započinje proces istraživanja dubljih uzroka problema, identifikaciju resursa unutar porodice te usmeravanje na zajedničke ciljeve i na strategije za prevazilaženje izazova. Pristup prvom intervjuu podrazumeva strukturirane metode prikupljanja podataka, postavljanje hipoteza, identifikaciju problema i formiranje planova za dalji rad.

Genogram. Genogram je grafički prikaz porodičnog stabla koji vizuelno beleži ne samo osnovne podatke o članovima porodice i njihovim međusobnim vezama, nego i informacije o emocionalnim i zdravstvenim aspektima tih odnosa u najmanje tri generacije. Genogramski intervju može započeti za vreme prvog intervjua ili se može razvijati tokom prvih nekoliko seansi. Specifičnost genogramskog intervjua je da se vodi paralelno sa konstrukcijom crteža. Figurama se simbolično predstavljaju članovi porodice, a linijama njihovi odnosi. Genogramski simboli su prikazani na Slici 38. Prilikom konstruisanja genograma uvek se polazi od nuklearne porodice i u genogram se upisuju demografske informacije (uzrast, zanimanje, obrazovanje, datumi rođenja, smrti, venčanja, mesta porekla i boravka), funkcionalne informacije (zdravlje, bolesti, lečenje, ponašanje i osećanja članova porodice) i kritični porodični događaji (migracije, preseljenja, uspesi, gubici itd.).

Uz pomoć različitih simbola i linija genogram pruža dublji uvid u generacijske obrasce i omogućava profesionalcima (terapeuti, lekari i socijalni radnici) da identifikuju i analiziraju potencijalne probleme unutar porodice. Ta alatka je naročito korisna za razumevanje prenošenja i/ili ponavljanja određenih bolesti, ponašanja i dinamika kroz generacije. Takođe, genogramskim prikazom detaljnije sagledavamo i porodičnu strukturu (što je, na primer, značajno za neobične porodične konfiguracije), obrasce odnosa i trouglova (npr. muž–žena i svekrva), porodične balanse i disbalanse. Genogram koristimo u terapiji, pri eksploraciji porodice, u istraživanju ili pri edukaciji.

Slika 38. Simboli genograma



Psihoedukacija

Psihoedukacija je intervencija kojom treba započeti svaki proces podrške i rad na promeni. Psihoedukacija porodice adolescenta veoma je važna za osnaživanje svih članova porodice da bolje razumeju i podrže adolescenta tokom njegovog razvoja i za suočavanje sa mentalnim izazovima. Psihoedukacija podrazumeva *procenu znanja članova* porodice o poteškoćama sa kojima se njihov član suočava i pružanje detaljnih informacija o specifičnim mentalnim problemima. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja objašnjava *tegobe, potencijalne uzroke i načine na koje mentalni problem može uticati* na ponašanje i emocionalno stanje adolescenta, što pomaže porodici da umanju nesporazume i stigmatu vezanu za mentalne teškoće.

Tokom psihoedukacije roditelji te braća i sestre uče *efikasne strategije podrške, načine komunikacije i tehnike suočavanja* koje mogu pomoći adolescentu da oseti da dobija više podrške i da se oseća bezbednije. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koristi različite metode, npr. interaktivne radionice, diskusije, pisane materijale, vizuelne alate i sadržaje sa interneta, kako bi informacije učinio pristupačnim i razumljivim za sve članove porodice, ali i kako bi se sama mlada osoba osnažila u ulozi „profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja”. Sa mladom osobom treba razgovarati

o tome koje informacije ona voli da deli i često se treba vraćati na pitanje deljenja informacija, pri čemu mora biti jasno gde su granice poverljivosti.

Edukacija takođe podrazumeva praktične savete o načinu prepoznavanja kriznih situacija i reagovanja na njih te informacije o dostupnim resursima i opcijama za dodatnu podršku. Članovima porodice treba pomoći da nauče kako da reaguju na mladu osobu i kako da izbegnu da je okrivljuju za njihovo ponašanje. Njima treba pomoći da razumeju i prihvate kako da postupaju sa nedoumicama i nepoznanicama u procesu oporavka, jer postoji velika varijabilnost u stepenu i stopi oporavka u odnosu na karakteristike tegoba i odgovora na intervencije. Stoga informacije treba da budu relevantne za dati trenutak i da se ponavljaju kako bi se pomoglo porodicama da ih obrade i konsoliduju.

Psihoedukacija o oporavku pomaže porodici da razume faze oporavka, da postavi realna očekivanja i da razvije veštine potrebne za pružanje podrške adolescentu. Važno je podsetiti članove porodice da su oni u intervencijama aktivni „saveznici” tima. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da objasni da je oporavak često nejednak i da se usponi i padovi podrazumevaju; na taj način se porodica priprema za eventualne izazove koji mogu nastati. Porodice treba informisati da oporavak ne znači samo smanjenje tegoba, nego i funkcionalni oporavak. Fokus u porodičnom pristupu je na oporavku, što zahteva vreme, pri čemu nije moguće predvideti budući tok i trajanje oporavka, a rane intervencije znatno povećavaju verovatnoću oporavka i povratka na normalnu putanju razvoja te daju nadu.

Psihoedukacija omogućava porodici da postane aktivni partner u procesu funkcionalnog oporavka i povećava šanse za dugoročnu stabilnost i uspešno rešavanje problema sa kojima se adolescent suočava.

Tehnike, resursi i pristupi

Tehnike i resursi u porodično senzitivnom pristupu obuhvataju širok spektar pristupa i alata koji profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koriste kako bi rešavali kompleksnu dinamiku i izazove unutar porodice. O nekima smo već pisali, npr. o genogramu kao o jednoj od osnovnih tehnika koja predstavlja vizuelni prikaz porodičnih odnosa i pomaže da se identifikuju obrasci ponašanja i emocionalne veze kroz generacije.

Tokom rada sa porodicom koriste se *tehnike aktivnog slušanja i refleksije*, koje podstiču članove porodice da otvoreno komuniciraju i bolje razumeju jedni druge. *Igranje uloga (role-playing)* ili *simulacija situacija* omogućava članovima porodice da vežbaju nove načine interakcije u bezbednom okruženju. Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, kao što je ranije spomenuto, mogu koristiti *tehnike opuštanja* kako bi smanjili stres i poboljšali upravljanje osećanjima kod članova porodice. *Grupne aktivnosti i zadaci za domaći rad* takođe igraju važnu ulogu, jer omogućavaju porodici da primeni naučene veštine u svakodnevnom životu.

Pored ovih tehnika, profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja često koriste i specifične pristupe i tehnike poput karata snaga ili kratke terapije usmerene na rešenje i tehnika koje su se iz nje izdvojile (eksternalizacija razgovora, pitanja izuzetka, pitanja za skaliranje) i dr.

Karte snaga predstavljaju inovativnu i efikasnu tehniku koja pomaže članovima porodice da prepoznaju, razvijaju i koriste individualne i zajedničke snage za rešavanje problema i unapređenje međusobnih odnosa. Te karte sadrže različite snage i pozitivne osobine poput empatije, strpljenja, komunikativnosti i humora i koriste se kao alat za facilitaciju diskusije i refleksiju tokom seansi. Karte snaga se obično zasnivaju na snagama vrednosti na delu, koje su sažete u šest širokih oblasti: mudrost i znanje, hrabrost, ljubav i humanost, pravda, umerenost, duhovnost i transcendencija. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može započeti seansu tako što će zamoliti svakog člana porodice da odabere kartu koja najbolje opisuje njegovu snagu ili snagu koju vidi u drugom članu porodice. Na taj način članovi

porodice postaju svesniji svojih pozitivnih osobina i vrednosti koje donose u porodični sistem, što može poboljšati njihovo samopouzdanje i međusobno poštovanje. Karte snaga takođe služe kao podsticaj za konstruktivne razgovore o tome kako se te snage mogu iskoristiti za rešavanje trenutnih problema i prevazilaženje izazova. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može dalje razvijati ovu tehniku kroz različite aktivnosti (grupne diskusije, pisanje dnevnika ili zajedničko planiranje kako da se snage primene u svakodnevnim situacijama). Korišćenje karata snage pomaže da se stvori pozitivna terapijska atmosfera i da se u fokus stave resursi i potencijali porodice, a ne njene slabosti i problemi. Osim što osnažuje pojedince, ta tehnika jača porodične veze i podstiče saradnju, razumevanje i rad na postizanju zajedničkih ciljeva.

Kada se u porodično senzitivnom pristupu koriste karte snaga, profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja često postavljaju pažljivo osmišljena pitanja kako bi podstakli refleksiju, komunikaciju i međusobno razumevanje članova porodice. Na primer, seansa može započeti pitanjem: „*Koju bi kartu odabrao/la iz ovog skupa da najbolje opiše jednu snagu koju vidiš kod sebe?*” To pitanje pomaže svakom članu porodice da se fokusira na svoju pozitivnu stranu i doprinos zajedničkom dobru. Drugo pitanje može biti: „*Koju snagu prepoznaješ kod člana porodice pored sebe i možeš li navesti primer kada je tu snagu pokazao/la?*” Takvo pitanje ohrabruje pozitivnu interakciju i pomaže da se uspostave međusobno poštovanje i razumevanje. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može postaviti i pitanje poput ovog: „*Kako misliš da bi ovu snagu mogao/la da iskoristiš za rešavanje trenutnog problema koji porodica ima?*” Ono navodi članove porodice da razmišljaju o praktičnoj primeni svojih snaga u realnim situacijama, čime se podstiču aktivno rešavanje problema i zajednički rad. Pitanja kao što su „*Koju kartu bi voleo/la da poseduješ i zašto?*” ili „*Kako možemo svi zajedno da radimo na jačanju ove snage u našoj porodici?*” takođe mogu biti veoma korisna za identifikaciju ciljeva i međusobne podrške. Zahvaljujući ovakvim pitanjima i diskusijama koje ona pokreću, karte snaga postaju više od igre — one postaju alat za dublje razumevanje, veće povezivanje i efikasnije rešavanje problema unutar porodice, što omogućava svakom članu da se oseća vredno i značajno tokom rada sa porodicom. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može koristiti karte snaga i u svom timu jer su one korisne za svakoga ko želi bolje da istraži i razume pojam snaga.

Kratka terapija fokusirana na rešenja (*Solution-Focused Brief Therapy — SFBT*) predstavlja pristup koji se usredsređuje na identifikaciju i izradu konkretnih rešenja, a ne na duboku analizu problema, pri čemu osoba želi da se promeni. Taj pristup pomaže klijentima da identifikuju šta već funkcioniše i kako to mogu ponoviti ili proširiti. Intervencija podrazumeva postavljanje malih, konkretnih i ostvarivih ciljeva koji se redovno preispituju i prilagođavaju. U narednih nekoliko pasusa će biti detaljnije opisane neke od značajnijih tehnika koje proizilaze iz kratke terapije fokusirane na rešenja.

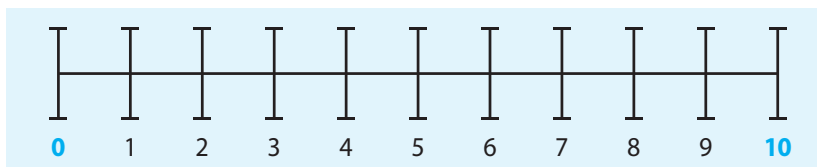
Čudotvorno pitanje (*miracle question*) predstavlja jedan od najpoznatijih i najefikasnijih alata u kratkoj terapiji fokusiranoj na rešenja. Ta tehnika omogućava članovima porodice da zamišljaju budućnost bez trenutnih problema, čime se podstiče kreativno razmišljanje i otkrivanje željenih promena. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može formulisati pitanje na sledeći način: „*Zamislite da se preko noći, dok ste spavali, dogodi čudo i da svi vaši problemi nestanu. Kako biste to primetili kada se probudite? Šta bi bilo drugačije u vašem životu i u vašim porodičnim odnosima?*” Ovo pitanje ne samo što pomaže članovima porodice da jasno definišu ciljeve i želje, nego ih i inspiriše da identifikuju konkretne korake koje mogu preduzeti kako bi ta željena budućnost postala stvarnost. Čudotvorno pitanje omogućava porodici da se fokusira na pozitivne aspekte i potencijale, a ne na prepreke i probleme. Ono pomaže u prepoznavanju snaga, resursa i uspešnih strategija koje već postoje, ali možda nisu dovoljno iskorišćene. Kroz refleksiju i diskusiju o odgovorima članovi porodice mogu razviti zajedničko razumevanje i usklađenost u pogledu ciljeva i akcija koje su potrebne za postizanje boljeg međusobnog odnosa i ukupnog blagostanja. Na taj

način čudotvorno pitanje postaje moćan alat za motivaciju i promenu i podstiče porodicu da se aktivno angažuje u procesu transformacije i izgradnje kvalitetnijih odnosa.

Pitanje izuzetka (*exception question*) predstavlja moćnu tehniku koja treba da pomogne članovima porodice da identifikuju i analiziraju situacije u kojima problem nije bio prisutan ili je bio manje izražen. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može, na primer, postaviti pitanje: „Možete li se setiti situacije kada je problem bio manje prisutan ili potpuno odsutan? Šta se tada dešavalo drugačije?” Tim pitanjem profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja motivišu članove porodice da se fokusiraju na pozitivne izuzetke, a ne na negativne obrasce, i da prepoznaju šta su radili drugačije kada su ti izuzeci nastali. Ova tehnika ohrabruje porodice da prepoznaju i vrednuju svoje snage, resurse i strategije koje su se pokazale kao uspešne u prošlosti. Tokom diskusije o izuzecima članovi porodice mogu otkriti korisne obrasce ponašanja i razviti nove strategije za rešavanje trenutnih problema. Identifikacija pozitivnih trenutaka može pomoći da se formiraju samopouzdanje i motivacija, jer pokazuje da je promena moguća i da članovi porodice već poseduju sposobnosti za prevazilaženje izazova. Pitanje izuzetka ne pomaže samo da se identifikuju delotvorna rešenja, nego doprinosi i jačanju porodične kohezije i saradnje, jer članovi porodice postaju svesniji svojih kolektivnih sposobnosti i mogućnosti za zajednički rad na poboljšanju porodične dinamike.

Pitanje za skaliranje (*scaling question*) predstavlja tehniku koja pomaže članovima porodice da kvantifikuju svoje osećaje, percepciju i napredak u vezi sa određenim problemom ili ciljem. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koristi skalu, obično od 0 do 10, na kojoj nula predstavlja najgoru moguću situaciju, a deset najbolju moguću situaciju. Na primer, profesionalac može postaviti pitanja „Na skali od 0 do 10, kako biste ocenili trenutno stanje vašeg porodičnog odnosa?” ili „Na skali od 0 do 10, koliko ste blizu rešavanju ovog problema?” Ta pitanja omogućavaju članovima porodice da jasnije izraze osećanja i daju konkretne procene, što može biti veoma korisno za praćenje napretka tokom terapije. Skaliranje takođe pruža osnovu za dublje istraživanje i diskusiju. Na primer, ako neki član porodice oceni situaciju sa 4, profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može pitati „Šta bi bilo potrebno da dođete do 5?” ili „Šta vam je pomoglo da budete na 4, a ne na 3?” Ta pitanja pomažu da se identifikuju specifični koraci i resursi koji su potrebni za unapređenje situacije. Skaliranje olakšava komunikaciju, smanjuje apstraktnost problema i omogućava članovima porodice da prepoznaju male, ali značajne promene koje mogu voditi ka postizanju ciljeva. Osim što olakšava objektivnu procenu i planiranje, tehnika skaliranja takođe podstiče optimizam i motivaciju, jer članovi porodice postaju svesni svog napretka i delotvornih strategija koje već koriste.

Slika 39. Skala pitanja za skaliranje



Tehnika eksternalizujućeg razgovora (Majkl Vajt, Dejvid Epston) ima za cilj da pomogne članovima porodice da odvoje sebe od problema, tj. da ga posmatraju kao spoljašnji entitet, a ne kao deo svog identiteta. Kroz eksternalizaciju problemi se definišu kao entiteti koji utiču na porodicu, a ne kao karakteristike pojedinaca („nije problem osoba, problem je problem”). Na primer, umesto da se kaže „naš sin je anksiozan”,

profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može podstaći članove porodice da govore „*anksioznost utiče na našeg sina*“. Takva promena perspektive pomaže mladima da shvate da oni i problem nisu isto, stvara prostor između njih i problema (decentracija) i pomaže da se smanje stigma i osećaj krivice. Tako se stvara i prostor za zajedničko suočavanje sa problemom. Eksternalizujući razgovor podrazumeva postavljanje pitanja koja istražuju prirodu problema, njegovo ponašanje i učinke, kao i strategije koje porodica može koristiti za smanjenje njegovog uticaja, na primer: „*Kada je problem najmanje prisutan?*“ ili „*Kako ste uspeali da se oduprete uticaju problema u prošlosti?*“ Kroz ovaj proces članovi porodice postaju aktivni saradnici u kreiranju novih narativa i rešavanju problema, što osnažuje njihovu sposobnost da se nose sa izazovima. Tehnika eksternalizujućeg razgovora ne samo što poboljšava komunikaciju i razumevanje unutar porodice, nego i podstiče razvoj zajedničkih strategija za prevazilaženje problema, čime se jačaju porodične veze i emocionalno blagostanje.

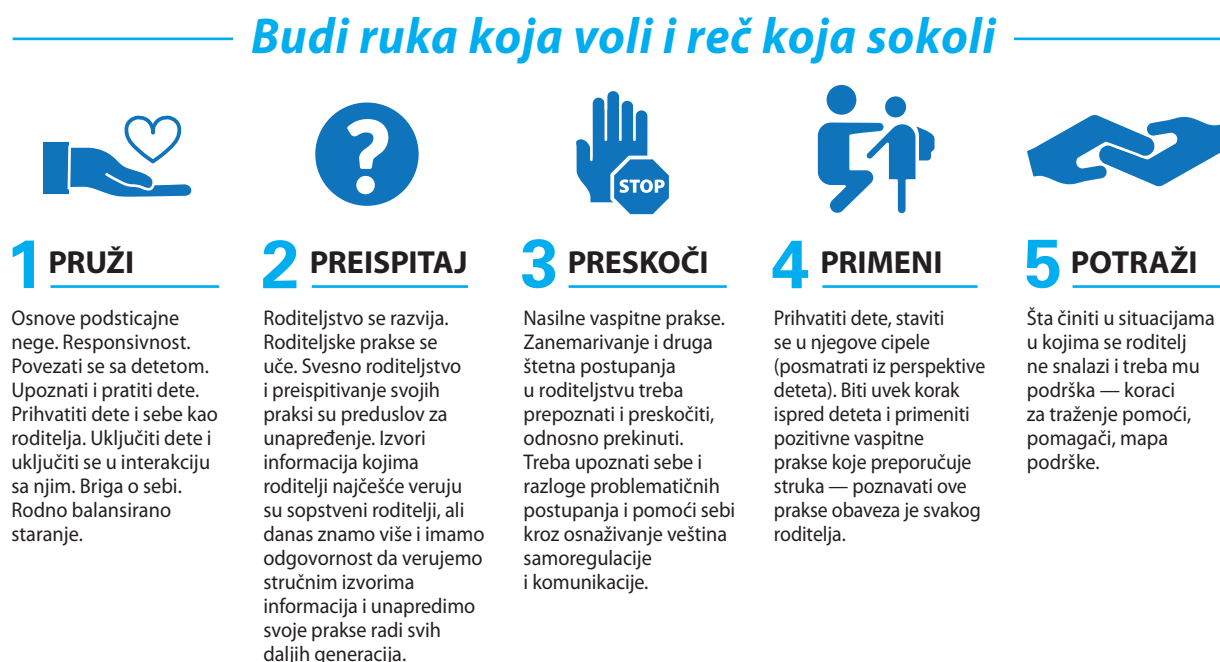
Zajedničko formulisanje ili razumevanje u porodično senzitivnom pristupu predstavlja proces tokom koga profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i članovi porodice zajedno rade na identifikaciji i razumevanju glavnih problema, dinamike i ciljeva intervencije. Taj pristup daje svim članovima porodice priliku da iznesu svoje perspektive, osećanja i zabrinutost, čime se stvara sveobuhvatna slika problema. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja facilitira taj proces kroz postavljanje otvorenih pitanja, refleksiju i povratne informacije i pomaže članovima porodice da povežu tačke između njihovih individualnih iskustava i šire porodične dinamike. Na primer, profesionalac može pitati: „*Kako svako od vas vidi trenutni problem i kako mislite da on utiče na vašu porodicu kao celinu?*“ Zajedničko formulisanje omogućava članovima porodice da osete da ih neko sluša i vrednuje, što povećava njihovu spremnost za saradnju i angažovanje u okviru intervencije.

Ovo su samo neke tehnike koje profesionalcu mogu pomoći da pokrene porodicu radi prevazilaženja razvojne krize ili da motiviše porodicu za dublje promene, ali nijedna intervencija nije apsolutno indikovana kod svake porodice. Kod većine porodica kombinacija ovih tehnika i resursa omogućava profesionalcu da napravi prilagođeni, efikasan plan koji pomaže porodici da prevaziđe izazove i unapredi svoje međusobne odnose i emocionalno zdravlje. Uključivanje porodice je izuzetno važna komponenta modela mentalnog zdravlja mladih za sve profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji se bave porodicama. Ne zaboravite da ćete nekim porodicama možda morati da ponavljate poruke te da profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i porodica čine tim koji kroz vežbu i promišljanje uspostavlja veštine i pruža sveobuhvatan pristup koji osnažuje porodicu.

Kako profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja mogu kontinuirano da pomažu roditeljima u roditeljstvu?

Roditeljstvo je kompleksna uloga i zadatak koji je u bliskoj vezi sa razvojnim ishodima i kvalitetom funkcionisanja mlade osobe i čitave porodice. Roditeljstvo, međutim, nosi brojne izazove i roditeljima i starateljima može biti potrebna pomoć. Neki od njih će potražiti pomoć, dok će se nekima obraćati profesionalci i motivisati ih da se informišu i promene. Svi profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade sa decom, adolescentima, mladim osobama i njihovim porodicama čine mrežu pomagača kada je u pitanju roditeljstvo; stoga svi oni treba da budu upoznati sa načinom pružanja ove pomoći. Jedan od okvira za to je novi model pozitivnog roditeljstva „Budi ruka koja voli i reč koja sokoli“ (model 5P). Taj model kroz jedinstveni narativ za profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja u svim glavnim sektorima identifikuje pet bitnih komponenti roditeljstva (Slika 40).

Slika 40. Model pozitivnog roditeljstva (5P)



Pružiti. Definiše šta treba pružiti detetu radi optimalnog razvoja u svim domenima. Ovaj okvir oslanja se na koncept podsticajne nege, koja podrazumeva brigu o zdravlju i ishrani, responsivno staranje, sigurnost i bezbednost te prilike za učenje u ranom detinjstvu. On podstiče roditelje da razmišljaju o celini brige o detetu, o responsivnosti kao suštinskoj potki kvalitetnog staranja i o kontaktu sa detetom kao onome što hrani učenje roditeljskih veština. Ovaj okvir pomaže roditeljima da razumeju da je važno da obezbede preduslove za podsticajnu negu kao što su sopstveno mentalno zdravlje i prilike za uključivanje oba roditelja. Vodeći roditelje kroz razvoj podsticajne nege i responsivnog staranja, praktičari imaju mogućnost da preveniraju vaspitanje koje počiva na kažnjavanju.

Preispitaj. Pomaže u motivisanju roditelju da preispita sopstvene prakse, stavove i izvore informacija o vaspitanju kojima veruje, što je preduslov za unapređenje roditeljstva i vaspitnih metoda. Roditeljstvo se razvija kroz vreme, roditeljska ponašanja se uče i na njih deluje niz lančano uvezanih faktora na koje se može uticati kako bi se unapredile roditeljske reakcije. Jedan od faktora koji uslovljavaju vaspitna ponašanja jesu stavovi o vaspitanju; oni zavise od izvora informacija kojima roditelj veruje i mogu velikim delom poticati iz transgeneracijskih izvora te ne moraju biti nužno pouzdani. Roditelj unapređuje svoju praksu samoposmatranjem, preispitivanjem, prepoznavanjem nepovoljnih transgeneracijskih obrazaca, distanciranjem od njih i preusmeravanjem na stručne izvore informacija o roditeljstvu.

Preskoči. Približava roditelju štetne vaspitne prakse, odnosno ono što treba da preskoči u roditeljstvu, kao i šta izaziva takve prakse, kako one izgledaju i kakve posledice imaju (poput toksičnog stresa koji se nepovoljno odražava na biološki, psihološki i socijalni razvoj deteta i uslovljava posledice u detinjstvu, adolescenciji i odraslom dobu, dakle, kroz čitav život). Roditelji treba da shvate da se te prakse ne dešavaju slučajno, već da su najčešće izazvane izazovnim ponašanjem dece koja u roditelju bude neprijatna osećanja. Roditelji treba da nauče da pomažu sebi u eliminisanju štetnih praksi kako bi na njihovo mesto mogle da dođu pozitivne vaspitne prakse.

Primeni. Približava načine i alate za zamenu štetnih praksi pozitivnim alternativama u vaspitanju i konkretizuje princip podsticajne nege. Preduslovi za primenu pozitivnih vaspitnih praksi podrazumevaju prihvatanje deteta, razumevanje situacije iz perspektive deteta, to da roditelj treba uvek da bude korak ispred deteta te strategije reagovanja koje predstavljaju temelj vaspitanja bez kažnjavanja. Postoji spektar konkretnih alata koje roditelji mogu primeniti da bi regulisali svoj afekat i dali sebi vremena da promisle i dožive situaciju iz detetove perspektive, ali i da bi podržali istraživanje deteta, a učinili ga bezbednim i za dete podnošljivim.

Potraži pomoć (pitaj). Stimuliše roditelje da potraže pomoć kada se ne snalaze na zadovoljavajući način u svojoj ulozi, kada se osećaju zbunjeno i kada su zabrinuti, bilo za dete bilo za sebe same. To može predstavljati poseban izazov, jer nije uvek jednostavno potražiti pomoć iz ugla roditelja i može biti skopčano sa odlaganjem, otporima ili različitim preprekama. Treba promovisati ideju o promeni kao razvojnom i odgovornom reagovanju na teškoće u roditeljstvu, ali i roditelji treba da postanu svesni resursa odnosno mreža podrške koji im stoje na raspolaganju, kao i načina na koje tu podršku mogu da koriste.

Ovaj model prevencije nije jednokratnog tipa (u vidu radionica), već se sprovodi kontinuirano, kroz svakodnevni rad profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji su u kontaktu sa mladima i porodicama u različitim sektorima, slojevito i kroz vreme. Pored osnovnih komponenti, model pruža više informacija o tome kako se ovih pet komponenti primenjuje na roditelje adolescenata i roditelje mladih sa razvojnim problemima i upoznaje profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja sa potrebom da komuniciraju sa roditeljima.

Priručnik za profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja za primenu modela „Budi ruka koja voli i reč koja sokoli” možete pronaći [ovde](#), a brošure za roditelje [ovde](#). Obavljena je i obuka na ovu temu za trenere u tri najvažnija javna sektora (obuka je dostupna preko UNICEF-a).



Roditelj je ruka koja voli, reč koja sokoli, ljubav koja ne boli.

„Izbroj do pet”, to je simbolična poruka koja poziva roditelja na strpljenje, nudeći mu kao oslonac pet opisanih stubova kvalitetnog roditeljstva.

Dodatne resurse značajne za rad sa porodicom možete naći na sledećim linkovima (kliknuti na linkove):

- Materijali za roditelje (psihoedukativni), na platformi svejeok.rs
- Podrška članovima porodice — orygen.family.peer.work/fact.sheet.aspx
- MHPOD — [moduli posebno za rad sa porodicama i konsultacije za jednu seansu Društveni odnosi: rad sa porodicama](#)
- [Porodične konsultacije na jednoj seansi](#)
- Podrška za [ehedspace](#) | [headspace](#)
- Orygen. Porodični rad u ranoj psihozi
- Orygen. Alkohol i drugi narkotici
- Orygen. Kratke intervencije, mentalno zdravlje mladih
- Headspace Family Inclusion booklet
- [Orygen We-re-all-in-this-together 2019.aspx](https://orygen.org.au/we-re-all-in-this-together-2019.aspx)
- Resursi za roditelje i staratelje, materijali za profesionalce
- ORYGEN. Resursi za mlade sa transrodnim stanjima i rodnim diverzitetom
- Savet Evrope. *Život u demokratskoj porodici. Priručnik za roditelje adolescenata uzrasta 15 do 19 godina*. Savet Evrope, Kancelarija u Beogradu (u saradnji sa Ministarstvom prosvete, nauke i tehnološkog razvoja): Beograd; 2021. <https://prosveta.gov.rs/wp-content/uploads/2022/05/HF27-living-democratic-family-SRP.pdf>

Reference

- Baker D. Circle of Support: Supporting Families and Their Involvement in Youth Mental Health. Melbourne: Orygen; 2020.
- Bouverie. Mental Health Beacon: Implementing family inclusive practices in Victorian Mental Health Services [Internet]. Dostupno na: <https://bouverie.org.au> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Bouverie. Single Session Family Consultation Practice Manual [Internet]. Dostupno na: <https://bouverie.org.au> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Campbell A. Single-Session Approaches to Therapy: Time to Review. Aust N Z J Fam Ther. 2012; 33(1): 15–26.
- Carr A. Porodična terapija: Koncepti, procesi i praksa. 3rd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2012.
- Carr A. The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach. 3rd ed. London: Routledge; 2015.
- Dallos R, Draper R. An Introduction to Family Therapy: Systematic Theory and Practice. 3rd ed. London: Open University Press; 2010.
- De Shazer S. Investigating Solutions in Brief Therapy. New York: WW Norton & Co; 1988.
- Headspace. Family Inclusion Booklet. Melbourne: Headspace; [n.d.]. Dostupno na: <https://www.headspace.org.au> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Headspace. Dokument o uspostavljanju — Uključivanje porodice i prijatelja. Melbourne: Headspace; September 2012.
- Headspace. Group chat on Headspace [Internet]. Dostupno na: <https://www.headspace.org.au> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Hopkins L, Lee S, McGrane T, Barbara-May R. Family therapy with a single session on youth mental health: can it help? Australas Psychiatry. 2017; 25(2): 108–11. doi: 10.1177/1039856216658807.
- ISS Family Institute. The Bowen Family Systems Theory [Internet]. Dostupno na: <https://www.issfhk.org/upload/theories/2/pdf/5dca4eb0e7e15.pdf> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Jesuit Social Services. Strong Bonds [Internet]. Dostupno na: <https://www.strongbonds.jss.org.au/workers/default.html> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Killen K. Izdani: zlostavljana djeca su odgovornost svih nas. Arambašić L, Vizek Vidović V, translators. Zagreb: Društvo za psihološku pomoć; 2001.
- Marsh DT. Serious Mental Illness and the Family: The Practitioner's Guide. New York: Wiley; 1998.
- Merezman S. Učešće roditelja, porodice i zajednice u inkluzivnom obrazovanju: stručni priručnik. Beograd: Dečiji fond Ujedinjenih nacija (UNICEF); 2014.
- Milojković M, Srna J, Mićović R. Porodična terapija. Beograd: Centar za brak i porodicu; 1997.
- Mitković Vončina M, Pejović Milovančević M (Ured.). Žegarac N, Jović S, Krstić K, Mihić I (autori po azbučnom redu). Budi ruka koja voli i reč koja sokoli: Priručnik za profesionalce koji rade sa roditeljima. Društvo za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije DEAPS: Beograd; 2023. ISBN-978-86-916687-7-8 Dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/publikacije/budi-ruka-koja-voli-i-rec-koja-sokoli-prirucnik>
- MHPD. Moduli za rad sa porodicama i konsultacije za jednu sesiju: Društveni odnosi: rad sa porodicama [Internet]. Dostupno na: <https://www.mhpod.gov.au> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Orygen. Alkohol i drugi narkotici [Internet]. Dostupno na: <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Alcohol-and-substance-use/Fact-sheets/Alcohol-and-other-drug-use-in-young-people-For-fam/orygen-aod-family-friends-factsheet-pdf.aspx?ext=> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Orygen. Family peer support and youth mental health [Internet]. Dostupno na: https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Peer-work/Fact-sheets/Family-peer-support-youth-mental-health/orygen_family_peer_work_fact_sheet.aspx Pristupljeno 20. juna 2024.
- Orygen. Podrška članovima porodice [Internet]. Dostupno na: https://www.orygen.org.au/orygen_family_peer_work_fact_sheet.aspx Pristupljeno 20. juna 2024.
- Orygen. Single Session Family Consultation Practice Manual [Internet]. Dostupno na: <https://bouverie.org.au> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Orygen. We're All in This Together: Policy Document. Melbourne: Orygen; 2019. Dostupno na: https://www.orygen.org.au/Orygen-Institute/Policy-Areas/Government-policy-service-delivery-and-workforce/Service-delivery/We-re-in-this-together/Orygen_We-re-all-in-this-together_2019?ext= Pristupljeno 20. juna 2024.
- Rice S, Halperin S, Blaikie S, Monson K, Stefaniak R, Phelan M, et al. Integrating family work into the treatment of young people with severe and complex depression: a developmentally focused model. Early Interv Psychiatry. 2016.
- Russell S, Carey M. Narrative Therapy: Responding to Your Questions. Adelaide: Dulwich Centre Publications; 2004.
- Stavely H, Redlich C, Peipers A. Engaging young people and their families in youth mental health: strategies and tips for mental health workers. Melbourne: Orygen; 2018.
- Žegarac N, Vlahović V, Đorđević Lj, Dražović S. Smernice za planiranje stalnosti u centrima za socijalni rad. Beograd: Udruženje stručnih radnika socijalne zaštite Srbije; 2016.

E. Najvažniji koraci u uslovima specifičnog rizika

Deo poglavlja o intervencijama u stanjima rizika obuhvata osnovne teorijske smernice i prikaz praktičnih intervencija i preventivnih postupaka u radu sa mladima kod kojih je narušena kontrola besa, kod kojih postoji rizik od samopovređivanja ili samoubistva odnosno koji su imali prvu psihotičnu epizodu, a sve u cilju rane intervencije. Ove oblasti imaju poseban značaj jer se upravo u njima, ako se ne interveniše na vreme, javlja povećani rizik i od trenutne opasnosti i od dugoročnih posledica koje se prenose na odraslo doba. Mlade sa specifičnim rizicima treba upućivati specijalizovanim službama, ali je veoma važno da se poznaju praktični pristupi za situacije neposrednog rizika odnosno za pružanje podrške inkluziji i funkcionalnom oporavku mlade osobe koja se već nalazi u sistemu specijalizovane podrške.

Intervencije u sklopu kontrole besa možemo podeliti na neposredne i preventivne strategije, a doprinos kontroli besa mogu dati i tehnike prevladavanja distresa i komplikovanih emocija. U slučaju suicidalnosti i samopovređivanja, intervencije treba da pruže hitnu i sveobuhvatnu podršku koja će umanjiti rizik te da promovišu dugoročni oporavak i mentalno zdravlje. Kod prve psihotične epizode pokazalo se da pravovremeno prepoznavanje i upućivanje na primenu ranih intervencija vodi do poboljšanja ishoda i bolje funkcionalnosti. Intervencije u stanjima rizika podrazumevaju multidisciplinarni pristup koji kombinuje hitnu psihološku pomoć, kontinuirano praćenje, edukaciju o mentalnom zdravlju i uključivanje mladih u preventivne programe i aktivnosti. Takođe, izuzetno je važno da se osigura dostupnost resursa i stručne pomoći te da se razvije mreža podrške koja obuhvata porodicu, prijatelje i zajednicu. Tako će se mladi ohrabriti da otvoreno govore o svojim problemima, razvijaju zdrave strategije suočavanja i grade otpornost, što doprinosi njihovom dugoročnom mentalnom zdravlju i dobrobiti.

Mladi ljudi sa problemima mentalnog zdravlja ponekad se suočavaju sa stanjima specifičnog rizika koji se može odnositi na ugrožavanje sopstvenog života i zdravlja, ugrožavanje drugih i okoline ili progrediranje ka težim mentalnim poremećajima. U takva stanja spadaju rizik od samoubistva i samopovređivanje, izlivi besa i nasilno ponašanje, psihotična reakcija i druga mentalna stanja koja zahtevaju neodložno upućivanje u specijalizovane službe.

U ovom delu poglavlja predstavljeni su koraci koje treba napraviti u situacijama neposrednog rizika te intervencije koje prate i podržavaju funkcionalni oporavak mlade osobe koja je već u sistemu specijalizovane podrške i koje se sprovode u dogovoru i saradnji sa psihijatrom i porodicom mlade osobe. Neophodni tretman mladih u stanjima specifičnog rizika pruža psihijatar, dok ostali sistemi na primarnom nivou pružaju podršku u oporavku i daju doprinos inkluziji, a time i boljem i funkcionalnijem oporavku mladih.

Mladi u riziku od samopovređivanja ili samoubistva

Šta je samoubistvo, a šta samopovređivanje?

Suicidno ponašanje podrazumeva niz ponašanja na kontinuumu koji obuhvata razmišljanje o samoubistvu, nameru da se poćini samoubistvo i planiranje samoubistva, pokušaj samoubistva i samoubistvo.

Samoubistvo je namerno izazivanje sopstvene smrti. Pokušaj samoubistva je pokušaj da se namerno izazove sopstvena smrt. Razmišljanja o samoubistvu su misli o tome da život nije vredan i mogu ići od površnog kratkotrajnog razmišljanja pa sve do potpune zaokupljenosti samodestrukcijom. Nameru da se oduzme sebi život čine konkretnije misli o tome kako se to može uraditi; te misli mogu da progrediraju ka pravljenju planova za samoubistvo.

Misli o samoubistvu nisu tako retke među mladim ljudima; smatra se da oko 30% mladih između 12 i 20 godina pomisli na samoubistvo u nekom trenutku života, a oko 20% navodi da je imalo takve misli u prethodnoj godini. Većina mladih ljudi sa ovakvim mislima, na sreću, neće pokušati da sebi oduzme život, ali kod svakoga ko ih ima treba proceniti da li postoje namere, planovi i pokušaji te da li postoje druge mentalne tegobe. Čak i jednokratne misli o samoubistvu mogu biti povezane sa značajnim simptomima depresije, a prethodni pokušaj samoubistva je faktor rizika da mlada osoba u kasnijem toku izgubi život samoubistvom.

Kada govorimo o samoubistvu, važno je obratiti pažnju na jezik koji se koristi:

Terminologija stigmatizovanja	Primerena terminologija
Izvršiti samoubistvo	Došlo je do smrti usled samoubistva
Počiniti samoubistvo	Oduzeti sebi život
Neuspešan pokušaj samoubistva	Pokušaj samoubistva bez smrtnog ishoda
Neuspešno samoubistvo	Pokušaj samoubistva

Samopovređivanje je svaki vid ponašanja koji podrazumeva namerno nanošenje bola ili povreda samom sebi i češće predstavlja način da se reši uznemirenost nego da se okonča život. Nesuicidno samopovređivanje (*nonsuicidal self-injury — NSSI*) predstavlja namerno, repetitivno i direktno nanošenje lakših fizičkih povreda sopstvenom telu bez svesne namere da se poćini samoubistvo i u svrhe koje nisu društveno i kulturno prihvatljive. Najčešći vidovi nesuicidnog samopovređivanja su zasećanje kože, grebanje, urezivanje, kidanje kože, opekotine, udaranje svojim delovima tela o predmete ili udaranje sebe. Ovo ponašanje je zastupljeno kod značajnog broja mladih (smatra se da ga u opštoj populaciji mladih ima između 13 i 45%, a među onima sa mentalnim problemima od 19 do 60%). Većina ljudi koji se samopovređuju trude se da to sakriju, nose duge rukave ili se povređuju tako da se to ne vidi, pa samopovređivanje ne treba posmatrati kao vid pukog privlaćenja pažnje ili izazivanja saosećanja, već kao izraz nošenja sa neprijatnim unutrašnjim doživljajima. Nesuicidno samopovređivanje može da bude znak komunikacije, a najčešća funkcija ovog ponašanja je da se smire intenzivne neprijatne emocije ili da se u doživljaju praznine „oseti nešto“.

Važno je napomenuti da se, iako se radi o samopovređivanju u kome nema namere da se poćini samoubistvo (što uvek treba detaljno istražiti), kod mladih koji se samopovređuju češće mogu javljati i prave misli o samoubistvu, a može se dogoditi i da mlada osoba slučajno izgubi život ovim postupcima čak i ako to ne želi, pa su i ovi mladi pod povećanim rizikom od suicida.

Prevencija samoubistva

Suicid predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem — to je četvrti uzrok smrti kod mladih osoba uzrasta od 15 do 29 godina. Prevencija suicida može biti prevencija na nivou populacije (univerzalna prevencija; to su zakonski propisi, npr. o dostupnosti vatrenog oružja i lekova, o opreznom izveštavanju putem medija i sl.), na nivou određenog dela populacije (selektivna prevencija, npr. prevencija usmerena na ranjive populacione grupe) i na individualnom nivou (indikovana kada imamo mladu osobu kod koje postoji rizik od suicida ili koja je ranije pokušala suicid). Za prevenciju suicida važna je multisektorska saradnja, odnosno dobro koordinisana saradnja između više sektora (zdravstvo, obrazovanje, zakonodavstvo, mediji i dr.).

U kontekstu prevencije važno je obratiti pažnju na medije zbog sklonosti adolescenata ka imitaciji i identifikaciji, posebno sa javnim ličnostima (Verterov efekat). Svetska zdravstvena asocijacija preporu-

čuje da se u izveštavanju precizno tumači statistika, što podrazumeva da se ne koriste izrazi „epidemija samoubistva” i „mesto sa najvećim brojem samoubistava”, da se nikada ne izveštava o metodu suicida i ne opisuju detaljno posledice neuspelog pokušaja, da se samoubistvu pristupa kao kompleksnom, ali ne i mističnom fenomenu o kojem bi trebalo da se čuti.

Globalne preporuke

Kako prepoznati? Ako mlada osoba govori da će se ubiti, te izjave uvek treba shvatati ozbiljno i treba je ohrabriti da otvoreno priča o svom neraspoloženju ili suicidnosti jer tako dobija poruku da je neko sluša i da neko brine o njoj. Netačno je da osoba koja govori o samoubistvu retko i izvrši samoubistvo; stoga je važno naglasiti da *pitanja o samoubistvu ne povećavaju rizik od samoubistva* (npr. „Da li ti se život čini vrednim življenja? Da li si ikada pokušao/la da se ubiješ? Da li si razmišljao/la o načinu kako bi to uradio/la?”). Pitanjima o samoubistvu ne može se naškoditi mladoj osobi u smislu da će isprovocirati slične misli i osećanja, a može se postići da mlada osoba stekne doživljaj da je neko razume i sluša, zbog čega će uslediti olakšanje i ona će se osetiti zaštićeno. Procena rizika od suicida treba da se radi prilikom razgovora profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja sa mladom osobom, na način i u vreme koje profesionalac proceni kao optimalno i u korist mlade osobe, te da se ponavlja u daljem toku ako postoji istorija suicidnih ponašanja i kada se pojave novi rani znaci rizika. Kada je reč o samopovređivanju, veoma je važno da se prekine ćutanje o toj temi i stvori bezbedan prostor kako bi se mladi ohrabрили da govore o tom problemu i zatraže pomoć. Stoga uvek treba pitati mladu osobu da li ima misli o samoubistvu i samopovređivanju.

Kako reagovati? Treba imati na umu da se osoba kod koje postoji neposredni rizik od suicida *ne ostavlja sama „ni sekundu”* i da treba *skloniti sve potencijalno opasne predmete i supstance*. Kada mlada osoba ima suicidna razmišljanja koja ne podrazumevaju namere i planove, treba je uputiti u primarnu zdravstvenu zaštitu radi procene eventualnih dubljih rizika i psihijatrijske procene. Ako postoji neposredni rizik od suicida, mladu osobu treba neodložno i na bezbedan način uputiti u ustanovu urgentnog zbrinjavanja, a u slučaju da mlada osoba ne sarađuje, ponekad treba pozvati hitnu pomoć (u pratnji policije). Angažovanje porodice u skladu sa zakonskim propisima veoma je važno kada dođe do postupanja u slučaju rizika od suicida. Glavni koraci u postupanju objašnjavaju se u nastavku teksta.

Kako prepoznati i podržati mlade pod rizikom u sistemu obrazovanja? Kada nastavnici odnosno psihološko-pedagoška služba dobiju saznanja da kod mlade osobe postoji rizik od suicida, profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja u okviru obrazovnog sistema treba da nadziru izostajanje iz škole mlade osobe koja je pod rizikom i da budu u stalnoj komunikaciji sa porodicom (roditeljima i starateljima), odnosno da daju podršku mladoj osobi u realizaciji bezbednosnog plana, procesu oporavka i razvoju socio-emocionalnih veština. Posebno treba obratiti pažnju na znake upozorenja, npr. da li se mlada osoba žalila da je loša osoba ili da se oseća bezvredno, da li daje izjave poput „neću ti biti problem još dugo”, da li mlada osoba preduzima aktivnosti poput darivanja vrednih stvari ili bacanja ličnih stvari, da li se javljaju iznenadna veselost i dobro raspoloženje i sl. Kada su u pitanju stanja rizika, profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, u okviru koordinacije sa zdravstvenim sistemom koji pruža lečenje mladima pod rizikom, treba da vode dokumentaciju o tome šta se događalo i šta je preduzeto.

Kako prepoznati i podržati mlade pod rizikom u sistemu zdravstvene zaštite? Za profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja u okviru zdravstvene zaštite važna je informacija da je polovina ljudi koji su počinili suicid posetila lekara u prethodnih mesec dana. Neki od najznačajnijih faktora rizika za suicid su raniji pokušaj suicida, istorija suicida u porodici, lečenje mentalnih poremećaja (posebno depresije), primenjene intervencije zbog impulsivnosti, beznadežnosti ili ekstremne osetljivosti

na odbijanje/grešku, zloupotreba supstanci, poremećaji ličnosti, hronični bol i hronične bolesti poput juvenilnog dijabetesa, epilepsije, HIV-a/AIDS-a. Suicidnost je visoka u okviru ranjivih grupa koje doživljavaju diskriminaciju poput izbeglica, migranata i pripadnika LGBT populacije. Važno je napomenuti da se kod mladih sa određenim mentalnim poremećajima (posttraumatski stresni poremećaj, depresija, zloupotreba supstanci, bipolarni afektivni poremećaj, psihotični poremećaj, problemi ponašanja sa naznakama graničnog poremećaja ličnosti) može javiti pojačan rizik od samoubistva i samopovređivanja. Međutim, neće svi imati isto ispoljavanje i može se dogoditi da mlada osoba nije ranije imala kontakt sa službama za mentalno zdravlje i prepoznavanje navedenih problema. Angažovanost i povezivanje imaju suštinski značaj za otkrivanje rizika kod mladih osoba, pri čemu treba obratiti pažnju na promene u načinu razmišljanja, raspoloženju i ponašanju (prepoznati da li postoje pridruženi mentalni poremećaji i omogućiti blagovremeni tretman).

Najvažniji koraci u postupanju

1. Komunikacija

U razgovoru sa mladim osoba važno je primeniti veštine uspešne komunikacije — pokazivanje empatije i poštovanja, neposrednost i iskrenost te aktivno slušanje (što podrazumeva da se osoba sasluša sa punom pažnjom, da se potvrdi da li smo dobro razumeli šta je osoba ispričala i da se osoba ne osuđuje, v. Tabelu 18). Strategije komunikacije pomažu da se *bolje kontroliše i ublaži situacija* u kojoj je mlada osoba napeta ili agresivna te da se tako smanje tenzija, rizik da se komunikacija prekine i potreba da se pribegne drugim taktikama. Ove strategije su znatno uspešnije kada se već uspostavi odnos sa mladom osobom.

Strategije komunikacije podrazumevaju:

- aktivno slušanje,
- empatiju,
- šta mlada osoba voli, šta je interesuje,
- uspostavljanje odnosa putem povezivanja,
- fokusiranje na mladu osobu,
- razlikovanje neverbalne i verbalne interakcije.

Strategije aktivnog slušanja podrazumevaju:

- da pokažete da vas mlada osoba i njeni problemi zanimaju i da joj posvetite punu pažnju,
- da slušate mladu osobu da biste prepoznali poruku koju ona želi da pošalje,
- da postavljate manje pitanja, a da više iznosite razmišljanja i povremeno svojim rečima ponovite ono što ste razumeli,
- da izbegavate upotrebu žargona i suzdržite se od osuđivanja i predrasuda,
- da ne rešavate problem za mlade osobe, nego sa njima,
- da zauzmete isti stav tela i govorite istim jezikom kao i mlade osobe,
- da pokažete mladoj osobi da imate kapacitet da joj pomognete,
- da, ako mlada osoba dođe kod vas uznemirena, ostanete smireni (čak i kada se ne osećate tako) i da pokažete da možete da se nosite i sa težim emocijama i situacijama.

Tabela 18. Aktivno slušanje radi razumevanja

Iznošenje problema	Preformulisana izjava
<i>Ne želim da pričam sa vama, nikada me ne slušate.</i>	Samo da proverim da li sam dobro shvatio/la — osećaš da ne slušam to što mi kažeš?
<i>Ovo sr*enje ne vodi ničemu. Ništa neće biti bolje.</i>	Osećaš da je čitava situacija potpuno beznačajna i da nema svrhe pokušavati. To te ljuti.
<i>Ja se ovako osećam zbog vas, kretena.</i>	Ljut/a si na osobu jer se izgleda zbog toga što mi radimo ovde osećaš gore? Ne sviđaju ti se pravila koja ovde važe.
<i>Samo bih da umrem. Pustite me da umrem. Ostavite me na miru.</i> (situacija u kojoj se mlada osoba upućuje na neodložno psihijatrijsko zbrinjavanje)	Ti hoćeš da to što te boli, sve to da se završi, muka ti je od ljudi. Samo želiš da budeš nasamo da bi mogao/mogla da sebi oduzmeš život.

Šta se preporučuje? Preporučuje se da se počne sa opštim pitanjima otvorenog tipa, a da se zatim pređe na konkretnija pitanja, da se mlada osoba sluša, da se sve vreme zadrži empatija, da se poštuje privatnost osobe, da se prati i sluša šta nije izrečeno, da se utvrde faktori snage i zaštite te da se stvori nada da su mogući drugačiji ishodi.

Šta se ne preporučuje? Ne preporučuje se zaklinjanje na tajnost, oslanjanje na „garantovanu bezbednost“, strah da budemo direktni.

Treba imati na umu da *odnos sa mladom osobom* predstavlja osnovu svake uspešne komunikacije i dobrih ishoda.

2. Analiza rizika

Prilikom analize faktora rizika treba odrediti postoji li rizik te postoje li kod mlade osobe zaštitni faktori i koji su to faktori (Tabela 19).

Tabela 19. Faktori rizika i zaštitni faktori kada je u pitanju rizik od suicida

Faktori rizika		Zaštitni faktori
Nepromenljivi faktori (statični, predispozicija)	Promenljivi faktori (ličnost, okruženje)	
Istorijat samopovređivanja i samoubistava u porodici mlade osobe	Neprekidno razmišljanje, planiranje, namerno samopovređivanje	Povezanost sa porodicom i školom
Istorijat mentalnog poremećaja kod mlade osobe ili porodice	Mentalno oboljenje koje se vraća (posebno depresija)	Integrisanje u zajednicu i društvo

Faktori rizika		Zaštitni faktori
Nepromenljivi faktori (statični, predispozicija)	Promenljivi faktori (ličnost, okruženje)	
Istorijat korišćenja nedozvoljenih supstanci kod mlade osobe ili porodice	Nedavni otpust iz psihijatrijske bolnice	Dobri odnosi sa drugima
Istorijat zloupotrebe (emotivne, psihološke, seksualne)	Samopovređivanje kod drugih u okruženju	Kulturne norme
Istorijat promene mesta boravka (migracija, pritvor)	Intoksikacija supstancama	Duhovna ili verska usmerenost
Starost, pol	Problemi u odnosima	Optimistična ličnost
Seksualna opredeljenost	Nedavni gubitak	Dobre komunikacione veštine
Izvorno poreklo, kulturno poreklo	Boravak u zatvoru	Otpornost i veštine rešavanja problema
Težak gubitak u detinjstvu	Odbijanje u partnerskim odnosima (npr. raskid)	Dobro psihičko i mentalno zdravlje
Obrazovanje, socijalna ugroženost	Ostali izvori stresa (npr. ispiti)	Angažovanost na poslu
Društvena izolacija		Rano otkrivanje i lečenje mentalnog oboljenja
Poremećaji porodice		NADA

„Što su zdraviji odnosi koje dete uspostavi, to je veća verovatnoća da će se oporaviti od traume i da će napredovati. Odnosi su nosioci promena, a najmoćnija terapija je ljubav ljudskog bića.“

Brus D. Peri

U radu sa mladom osobom koja je suicidalna prilikom postavljanja pitanja možete da se vodite načelom **PNPD-Z:**

- **Promišljanje.** Ako mlada osoba razmišlja o suicidu, možete postaviti pitanja poput „Da li razmišljaš o tome da sebi oduzmeš život? Koliko često razmišljaš o samoubistvu?“ Ispitajte koliko su te misli intenzivne i česte.
- **Namera.** Ako postoji namera da se razmišljanja o suicidu ispune, postavite pitanja poput „Da li misliš da ćeš uraditi ono o čemu razmišljaš? Koliko si siguran/na u to?“ Imajte na umu da li se osoba ranije ponašala impulsivno, nepromišljeno.
- **Plan.** Ako radite sa mladom osobom koja ima plan suicida, postavite pitanja poput „Da li si razmišljao/la o tome kako bi to mogao/la da uradiš? Da li znaš kada ćeš to uraditi? Da li je još neko uključen u tvoj plan?“ Fokusirajte se na to koliko je plan razrađen, kakva je dostupnost sredstava kojima bi mlada osoba mogla

da naudi sebi (poput oružja, lekova), da li mlada osoba ima plan gde i kada će da izvrši plan (planovi da se nešto odmah ostvari su urgentni).

- **Dostupnost.** Da li postoji pristup smrtonosnim sredstvima (poput oružja, lekova) možete proveriti pitanjima poput „Imaš li pristup...? Znaš li kako ćeš...?” Razmislite da li mlada osoba razume šta je smrtonosno.
- **Zaštitni faktori.** Proverite šta je to pozitivno u životu mlade osobe, da li razmišlja o budućnosti i o razlozima za življenje. Postavite sledeće pitanje: „Šta te pokreće da ideš dalje?” Saslušajte koji su to važni odnosi, odgovornosti, planovi za budućnost. U zaštitne faktore spadaju dobra povezanost sa porodicom i školom, dobri socijalni odnosi i pripadanje zajednici, duhovna ili verska usmerenost, kulturne norme, optimistična ličnost, dobre veštine komunikacije, dobro mentalno zdravlje ili rano otkrivanje i lečenje mentalnog poremećaja, veštine rešavanja problema, angažovanost na poslu i prisustvo nade i planova za budućnost (WHO framework, 2012).

3. Kontrola rizika: šta uraditi kada se primete izazovi koji prevazilaze kapacitete profesionalca u slučaju sumnje na samopovređivanje i suicidalno ponašanje mlade osobe i kada je treba uputiti na sledeću instancu?

Ako postoji sumnja na rizik od suicida, možemo primeniti opšte pravilo semafora.

Crveno (suicid, samopovređivanje) — stanje koje zahteva hitnu intervenciju i upućivanje.

Žuto — stanje koje ne zahteva hitnu intervenciju i upućivanje, ali zahteva podršku i uvremenjeno delovanje profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja (mlada osoba izjavljuje da razmišlja o prolaznosti života, o tome da ništa nema smisla, ali nema jasnih suicidalnih namera ili ideja niti se samopovređuje).

Zeleno — stanje koje ne zahteva direktnu podršku profesionalaca, već samo praćenje i prevenciju (Slika 41).

Slika 41. Intervencije prema proceni rizika (pravilo semafora)

Kontrola rizika — Šta treba da radim?



Hitne intervencije — crvena zona:
DELUJTE ODMAH

Aktivne intervencije — narandžasta zona:
DODATNA PODRŠKA I UPUĆIVANJE

Aktivne intervencije — zelena zona:
PRIKUPITE JOŠ INFORMACIJA

Kada stanje kod mlade osobe **zahteva hitnu intervenciju**, mora se delovati ODMAH i treba preduzeti ove aktivnosti:



- ostanite pribrani, ne ostavljajte mladu osobu samu,
- uklonite sva sredstva kojima bi mlada osoba mogla da se povredi,
- objasnite mladoj osobi jasno šta radite i zašto tako postupate,
- uverite mladu osobu da vam je stalo da joj pomognete,
- obavestite o daljim koracima kolege sa više iskustva, porodicu ili osobe od poverenja, uputite osobu na službe za mentalno zdravlje, pozovite hitnu pomoć,
- dokumentujte sve.

Kada kod mlade osobe **nema neposrednog rizika**, ali **neki rizik ipak postoji**, treba preduzeti ove aktivnosti:



- prihvatite uznemirenost mlade osobe,
- pružite mladoj osobi podršku i razgovarajte s njom o tome,
- obavestite odgovarajuće osoblje,
- zajedno napravite plan podrške,
- napravite plan zaštite sa osobljem zaduženim za mentalno zdravlje,
- obratite se za dodatnu pomoć drugim profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i porodici mlade osobe,
- redovno razgovarajte sa mladom osobom i pitajte je direktno o suicidu kako biste utvrdili postojanje rizika,
- iskoristite zaštitne faktore koje znate da osoba ima i koristite ih kao oslonac za napredovanje,
- dokumentujte sve.

Ako **nema znakova rizika**, treba preduzeti ove aktivnosti:



- nastavite da pratite ima li znakova koji ukazuju na samoubistvo ili promena u pogledu faktora rizika,
- svaki put kada radite sa mladom osobom postavljajte direktna pitanja o samoubistvu,
- prikupljajte informacije o osobi (npr. iz prethodnog perioda),
- pružajte podršku za korišćenje zaštitnih faktora,
- dokumentujte sve.

U svim situacijama veoma je važno da stručno lice koje radi sa mladom osobom sve dokumentuje, jer ono što se ne zapiše, to se nije ni dogodilo. Dokumentovanjem se unapređuje nega, obezbeđuje sadržaj koji može pomoći drugim profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, ubrzava pregled dosadašnjeg rada sa mladom osobom, štite mlade osobe od preteranih ocena rizika od strane profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i pruža im se zaštita u slučaju sudskih postupaka.

Bezbednosni plan

Ako postoji rizik od suicida kod mlade osobe, mlada osoba se mora neodložno uputiti na zdravstvenu zaštitu koja će obezbediti psihijatrijsku procenu i adekvatno zbrinjavanje (u slučaju neposrednog rizika upućuje se ustanovama za urgentno zbrinjavanje).

Međutim, nisu sva stanja niti situacije u kojima mlada osoba govori ili razmišlja o suicidu ili samopovređivanju uvek eksplicitni razlog za urgentno upućivanje i pozivanje hitne pomoći. To su situacije kada mlada osoba ima ideje, ali bez jasnih namera i bez prethodnih pokušaja; tada stručnjak za MPUM treba da obavešti staratelje ili druge odrasle osobe od poverenja mlade osobe i da uputi mladu osobu specijalizovanim službama u pratnji odrasle osobe od poverenja.

U isto vreme kada dođe do upućivanja može biti korisno da se izradi bezbednosni plan koji, osim što ima motivacionu ulogu, strukturira korake zaštite i omogućava mladoj osobi i porodici jasniji i efikasniji pristup koracima zbrinjavanja. Bezbednosni plan pomaže mladoj osobi da se nosi sa intenzivnim emocijama u kratkom roku i uči je kako da izdrži osećaje koji je uzrujavaju bez pogoršanja situacije. Iako taj plan nije potpuna garancija bezbednosti, on predstavlja konkretan alat i pomaže u upravljanju situacijom koja može delovati zastrašujuće i van kontrole. On, takođe, pomaže u strukturiranju razgovora o osećanjima i vodi mladu osobu ka važnim koracima za suočavanje sa svojim osećanjima na bezbedan način.

Bezbednosni plan se sastoji od niza koraka koje mlada osoba prihvata kako bi se nosila sa svojim osećanjima na bezbedan način, uz uključivanje porodice. Razvijanje ovog plana podrazumeva detaljnu diskusiju sa mladom osobom o njenim namerama, na primer, ako planira samoubistvo, kako zamišlja da to izvede. Razumevanje tih detalja pomaže profesionalcu iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i mladoj osobi da osmisle strategije za povećanje bezbednosti u okruženju (na primer, ako adolescent razmišlja o sečenju, plan bi mogao da sadrži smanjenje pristupa oštrim predmetima poput noževa, tako što će ih roditelji učiniti nedostupnim; ako postoji rizik od skakanja kroz prozor, prozori bi trebalo da budu zaključani).

Struktura plana bezbednosti obuhvata:

- znakove upozorenja koji pomažu mladoj osobi i drugima da prepoznaju kada je potrebno koristiti plan (npr. doživljaj napetosti, misli o smrti),
- bezbednosne mere u okruženju (npr. sprečavanje pristupa oštrim predmetima, oružju, lekovima i/ili ilegalnim supstancama),
- strategije suočavanja koje mlada osoba može koristiti da se oseća bezbedno i bolje (npr. vežbe opuštanja, slušanje umirujuće muzike),
- osobe i socijalne sredine koje pružaju razonodu,
- kontakte za pomoć (npr. roditelji, bake i deke ili druge pouzdane odrasle osobe),
- profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i organizacije koje se mogu kontaktirati za pomoć (npr. školski psiholog ili pedagog, izabrani lekar, psihijatar, telefonska savetodavna linija),
- šta raditi u hitnim situacijama.

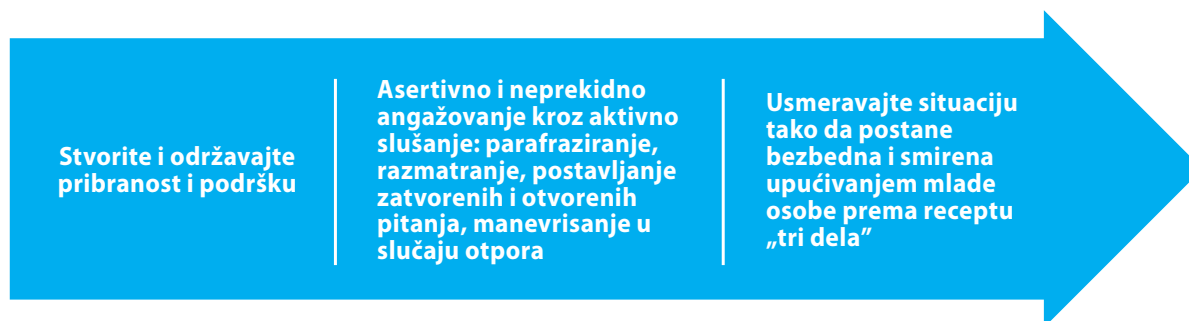
Kod nas u zemlji postoji Nacionalna dečija linija Srbije (NADEL), a adresa njenog sajta je 116111.rs. To je jedna od telefonskih savetodavnih linija koja može pomoći mladima u riziku i koja se dobija pozivom na broj telefona 116111.

Na kraju plana bezbednosti nalaze se uputstva o postupcima koje treba preduzeti ako plan ne uspe. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja pomaže roditeljima odnosno članovima porodice da pronađu najbližu hitnu službu i pruža im informacije o kontaktima za prevenciju suicida i

telefonskim savetodavnim linijama. Plan takođe treba da upozna roditelje i porodice sa osećanjima deteta odnosno mlade osobe. Validacija osećanja mlade osobe i slušanje bez osuđivanja su izuzetno važni za sprečavanje štetnih impulsa. Roditelji treba da ostanu što mirniji tokom razgovora o planu, iako je prirodno da se osećaju uzrujano. Takođe, roditelji mogu pomoći tako što će podsećati mladu osobu na plan i, ako je potrebno, organizovati odlazak u službu za urgentno zbrinjavanje (hitnu pomoć).

4. Upravljanje kriznim situacijama

Slika 42. Rad sa mladima u krizi — veštine komunikacije



Kada radimo sa mladima u kriznim situacijama, izuzetan značaj ima komunikacija, i to *neverbalno ponašanje* (govor tela, izrazi lica, kontakt pogledom), *način obraćanja* (ritam, brzina, naglašavanje i jačina glasa) i *izgovorene reči* (rečnik i samo značenje), koji se vode principima aktivnog slušanja, pune pažnje i empatije. U komunikaciji je važno da se prate preporuke koje se navode u nastavku teksta.

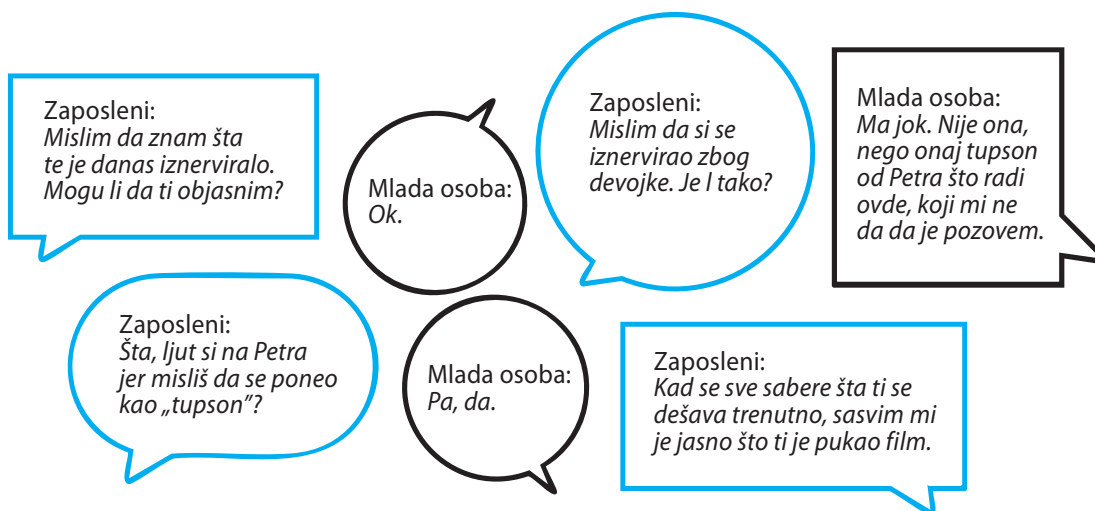
- **Stvoriti i održavati pribranost i podršku.** Ove strategije pomažu da ostanete pribrani i smireni:
 - govorom tela i glasom pokažite da ste smireni,
 - ne pokazujte da ste šokirani, frustrirani ili ljuti,
 - ako je bezbedno, zauzmite isti stav kao mlada osoba,
 - trudite se da smanjite broj prisutnih u prostoriji,
 - uverite mladu osobu da neće biti prepuštena sama sebi.
- **Asertivno uključiti mlade u razgovor.** Oko toga se neprekidno treba angažovati. Može se dogoditi da mladi ne žele da sa profesionalcem iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja razgovaraju, ali je na profesionalcu da bude asertivan i uporan u nastojanju da mladu osobu uvuče u razgovor. Ako ona ne želi da razgovara, na profesionalcu je da nastavi da pokušava. Ako nema više o čemu da se razgovara, profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da objasni šta je njegova uloga, šta radi, šta će se dogoditi sledeće, kakvo je vreme napolju, šta je mlada osoba ručala..., može čak i reći kako se oseća glupo što toliko priča i kako se nada da će uskoro dobiti neki odgovor da ne bi više zvučao smešno (humor). Ne treba lako odustajati! U tome će pomoći:
 - *aktivno slušanje* — da bi se mlada osoba smirila, ponekad može biti dovoljno da je neko sasluša i razume. Dok mlada osoba priča, možete da koristite kratke pokazatelje da je slušate, na primer „ok”, „mhm”, „shvatam”, „stvarno?”. Kada mlada osoba nešto kaže, ne morate se sa tim saglasiti, samo je poslušajte i budite prisutni. Mladom osobi kroz neverbalnu komunikaciju (položaj tela, izraz lica, kontakt pogledom) treba pokazati empatiju i treba je slušati sa punom pažnjom;

- *prepričavanje svojim rečima* onoga što je mlada osoba rekla da biste razmotrili jeste li je dobro razumeli;
- *postavljanje zatvorenih i otvorenih pitanja* — ako mlada osoba nije voljna da razgovara, u početku možete koristiti pitanja zatvorenog tipa, a kada se uključi u konverzaciju, možete preći na otvorena pitanja da biste dobili opširnije odgovore. Uvek se možete vratiti i na pitanja zatvorenog tipa. Kada joj se postave otvorena pitanja, mlada osoba ima priliku da daje opširnije odgovore (npr. „Reci mi nešto o svojim prijateljima”), dok se na zatvorena pitanja (npr. „Da li imaš najboljeg prijatelja”) uglavnom dobijaju kratki jednosložni odgovori — „da” ili „ne”;
- *manevrisanje otporima* — trudite se da ne ulazite u konflikt koji će napraviti suprotstavljene strane. To se može postići jednostavnim rezimiranjem onoga što su suprotstavljene strane rekle, pri čemu se koriste neznatno drugačije reči da bi situacija izgledala lakša za rešavanje. Možete pitati za dozvolu da prenesete svoja zapažanja, na primer „Mogu li da vam objasnim šta ja mislim?”
- **Prelazak na dela: kako pronaći rešenje.** Kada uspete da mladu osobu uvedete u razgovor, pređite na rešavanje problema uz pomoć formule „3 dela”:
 1. *Iznesite svoja zapažanja* koristeći „ja” rečenicu.
 2. *Objasnite šta vam se ne dopada* koristeći „ja” rečenicu.
 3. *Kažite mladoj osobi šta tačno želite da uradi*, jednostavnim jezikom i uz poštovanje. Izbegavajte da joj govorite šta NE treba da radi.

Na primer:

„Vidim da još držiš taj slomljeni CD. Plašim se da se ne povrediš. Spusti ga i hajde da izađemo napolje”.

Slika 43. Primer razgovora između profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i mlade osobe



U nastavku, nakon reakcije, ono što profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja može da uradi da bi pomogao sebi jeste da organizuje informativni sastanak kako bi se smanjili uznemirenost ili stres i povratile jedinstvo grupe tako što će se ublažiti uticaj traumatičnog događaja. Profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da ostavi to iskustvo za sobom, na radnom mestu. Tokom rada sa mladom osobom razvija se radni savez kao doprinos obe strane, mlade osobe i profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, koje o njemu pregovaraju. Prekidi saveza (rupture) mogu se smatrati „odigravanjem“, ali i prilikom za promenu i dalji rast mlade osobe, dok odlučnost predviđa pozitivne ishode.

Model razvoja krize kroz odgovor zaposlenih na ponašanje mlade osobe i model „postvencije“ prikazani su u tabelama 20 i 21. Veoma je važno da mlada osoba povрати emocionalnu i fizičku kontrolu. Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da se orijentišu ka osnovnim činjenicama iz perspektive mlade osobe odnosno prema njenoj strani priče, da pronađu obrasce ponašanja koji se ponavljaju i okidače koji dovode do samopovređivanja ili pojave suicidnosti, da pregovaraju o odgovarajućim oblicima ponašanja i o važnosti traženja pomoći te da odgovornost za ponašanje usmere na mladu osobu.

Tabela 20. Model razvoja krize (prema Institutu za prevenciju krize)

Ponašanje mlade osobe	Odgovor zaposlenih
Anksioznost	Podrška
Odbrambeni stav	Direktiva
Rizično ponašanje	Upravljanje krizom
Smanjenje tenzije	Terapeutsko zbližavanje

**Tabela 21. Model „postvencije“ (intervencije nakon incidenta)
Crisis Prevention & Intervention model**

	MLADA OSOBA	ZAPOSLENI
Kontrola	Vraćanje emocionalne i fizičke kontrole	Vraća emocionalnu i fizičku kontrolu
Orijentacija	Ka osnovnim činjenicama iz perspektive mlade osobe (njena strana priče)	Ka osnovnim činjenicama iz perspektive zaposlenog
Obrasci	U ranijem ponašanju i otkrivanje okidača	U načinu na koji zaposleni i timovi reaguju
Istraga	Alternativni obrasci budućeg ponašanja	Načini da se reakcija tima poboljša
Pregovaranje	Odgovarajuće ponašanje traženja pomoći	Promene koje treba uvesti u okviru tima
Davanje	Mladost osobi se vraća odgovornost za sopstveno ponašanje	Ohrabrenje i podrška članovima tima

Nakon incidenta vezanog za samoubistvo ili samopovređivanje veoma je značajno da postoji razumevanje međusobnog uticaja trauma, međusobna podrška te organizovanje široke podrške sa radom u okruženju za zbrinjavanje koje je upoznato sa traumama.

Od pomoći može biti vodič koji se nalazi na sledećem linku (kliknuti na link): Psihološke krizne intervencije u vaspitno-obrazovnim ustanovama

Koraci u postupanja prilikom samopovređivanja

Kada je reč o samopovređivanju, i za njega se može napraviti bezbednosni plan poput onog koji se pravi u slučaju suicidalnog ponašanja. U okviru ovog plana treba napisati a) koji su *okidači za samopovređivanje* prisutni, b) *veštine za prevazilaženje* poput tehnike rešavanja problema, tehnike disanja i relaksacije i sl., c) *mrežu podrške porodice i prijatelja, i to pre svega „bezbednosnu” osobu* koja će posredovati između mlade osobe i profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, koja je upoznata sa bezbednosnim planom i problemom i koja će mladoj osobi ograničiti pristup metodama za samopovređivanje, te d) *osobe za pomoć iz oblasti mentalnog zdravlja* (školski pedagog ili psiholog, socijalni radnik, izabrani lekar, psihijatar, psihoterapeut i sl.).

Kod samopovređivanja je važno da se ograniči pristup sredstvima za samopovređivanje (npr. noževima i drugim sredstvima koja se mogu koristiti za sečenje). Odluke uvek treba donositi zajednički, u saradnji profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i porodice. U slučaju samopovređivanja profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da proceni i postojanje drugih problema mentalnog zdravlja, rizika od suicida te indikacija za psihijatrijski tretman (farmakoterapiju i hospitalizaciju). Potrebna je i stalna podrška, uz dostupnost osoba koje su zadužene da pružaju pomoć. Postoje i tretmani koji pomažu u kontroli samopovređivanja, a koje pružaju za to edukovani profesionalci. Ti tretmani se uglavnom zasnivaju na principima kognitivno-bihevioralne terapije, npr. dijalektičko-bihevioralna terapija za adolescente (DBT-A).

Svetska zdravstvena organizacija je izdala određene preporuke za prevenciju samopovređivanja i one se odnose na:

- pronalaženje uzroka samopovređivanja i njihovo razrešavanje (uključivanje porodice, školskog sistema i drugih značajnih sistema i osoba),
- redovno praćenje od strane osoba koje pružaju pomoć u kupiranju psihičkih tegoba (učestali razgovori, kontakti, pisana podrška itd.),
- redukovanje izloženosti psihoaktivnim supstancama i drugim rizičnim oblicima ponašanja,
- jačanje mreže socijalne podrške,
- psihoterapijske intervencije (pristup kognitivno-bihevioralne terapije i model „rešavanja problema”),
- odgovorno ponašanje medija u izveštavanju o samopovređivanju i suicidu,
- implementaciju programa prevencije suicida odnosno samopovređivanja pri školama.

Kontrola besa i komplikovanih emocija

Iako je ljutnja osećanje koje se svima događa u situacijama kada dođe do osujećenja planova i želja, do doživljaja da nam je uzeto nešto što nam pripada i sl., ona se može kanalisati na različite načine koji ne ometaju globalno funkcionisanje osobe niti funkcionisanje drugih u njenoj okolini. Intenzitet osećanja se, međutim, ponekad manifestuje kroz disfunkcionalni bes koji vodi do izliva besa i agresivnog odnosno nasilnog ponašanja. Agresivno ponašanje može da se manifestuje kroz iritabilnost, neprijateljstvo, zastrašivanje, verbalni napad, fizičku agresivnost i nasilje. Ti oblici ponašanja mogu da naruše međuljudske odnose, ali i odnose sa stručnjacima i službama. Kada kažemo „nasilje“, mislimo na svaki oblik verbalnog ili neverbalnog ponašanja koje je učinjeno jedanput ili se ponavlja, a koje ima za posledicu stvarno ili potencijalno ugrožavanje zdravlja, razvoja i dostojanstva ličnosti deteta, mlade osobe i odrasle osobe (npr. zaposleni u školi).

Važno je imati na umu da se iza nasilnog ponašanja mladih vrlo retko nalazi suštinska neosetljivost odnosno odsustvo empatije, dok su najčešći uzroci borba mlade osobe sa neprijatnim emocionalnim doživljajima. Iza agresivnog ponašanja može da stoji čitav spektar različitih doživljaja mlade osobe odnosno različitih faktora koji dovode do nasilja:

- **individualni faktori**, npr. *problemi mentalnog zdravlja* (depresivno raspoloženje može dovesti do doživljaja bespomoćnosti, socijalne izolacije, gubitka socijalne podrške, povećanog korišćenja alkohola, negativnih razmišljanja i impulsivnosti, što može rezultirati agresivnim ponašanjem; anksioznost i ožalošćenost kod mladih koji su doživeli gubitak ili traumatične događaje, kada nasilje predstavlja način suočavanja sa emocionalnim bolom; korišćenje alkohola i psihoaktivnih supstanci smanjuje kontrolu impulsa i olakšava pojavu nasilnog ponašanja, a nasilni akti prema drugima mogu se videti i kod mladih sa problemima ponašanja), *crte ličnosti* (impulsivnost, niska tolerancija na frustraciju, nedostatak veština u međuljudskim odnosima i rešavanju problema) i *istorija nasilja* (ako je bilo prisutno u detinjstvu, to može ukazivati i na buduće nasilje);
- **porodični faktori** koji se najčešće odnose na *ponašanje roditelja* (zlostavljanje, zanemarivanje ili nekonzistentno roditeljstvo), *porodično nasilje* i *socioekonomski status* (siromaštvo, nezaposlenost i finansijski stres u kućnom okruženju);
- **faktori uticaja vršnjaka i društva**, odnosno *pritisak vršnjaka* i različite vrste *vršnjačkog nasilja* (i kao onaj ko je žrtva nasilja i kao onaj ko vrši nasilje);
- **faktori okruženja**, npr. *nasilje u zajednici* (posebno ukoliko postoji visoka stopa kriminala), *izloženost medijima* te *školsko okruženje* (nedostatak podrške; interakcije sa zaposlenima koje su nepovoljne za razvoj mlade osobe).

Kada su mladi u pitanju, kao što je ranije spomenuto, uvek treba imati na umu da se deo mozga koji „uzburkava“ emocije brže razvija od dela mozga koji kontroliše impulse, donosi odluke i planira. Zbog tog nesklada u razvoju mladi ljudi imaju snažne emocionalne reakcije, ali nemaju uvek sposobnost da ih kontrolišu na odgovarajući način. Stoga mlade osobe mogu postati impulsivne i reagovati nasilno ili agresivno kada se suoče sa frustracijama ili osujećenjima, jer njihova sposobnost da u tom trenutku procene posledice svojih postupaka nije u potpunosti razvijena. Pored toga, mladi su često impulsivni i burno reaguju na osujećenja jer, zbog procesa izgradnje autonomije i identiteta, traže način da definišu sebe i afirmišu se u svetu koji ih okružuje.

Kako dolazi do izliva besa i kako se on stavlja pod kontrolu?

Kako bes izgleda? Razmišljanja mlade osobe koja izazivaju bes mogu biti, na primer, „Nije pravedno...“, „Loše se ophode prema meni“, „Ne poštuju me“, „Nisu u pravu“, „Neću ovo da trpim“, a emocije koje se javljaju jesu ljutnja, bes, frustracija, iritiranost, anksioznost, stid. Fizičke senzacije koje ih prate spadaju u

stanje visoke pobuđenosti (*arousal*), npr. lupanje srca, ubrzanje disanja itd., uz mišićnu tenziju; sve su to posledice upozoravajućeg porasta adrenalina.

Na putu ka kontroli disfunkcionalnog besa pomaže nam konceptualizacija razvoja besa kroz faze. U fazi eskalacije mogu se primetiti fizički, emocionalni i ponašajni znakovi te razmišljanja karakteristična za stanje ljutnje odnosno besa. U fazi eksplozije dolazi do eskalacije u ponašanju kroz izliv besa. Nakon faze eksplozije treba obaviti procenu situacije te analizu štete i koristi od agresivnog ponašanja u besu naspram neagresivnog ponašanja.

Strategija koja cilja na faze razvoja besa i koja se može primeniti kod mladih koji ga doživljavaju jeste **STOPP strategija** (spomenuta kada je bilo reči o kontroli misli). Ta se strategija zasniva na samosvesnosti koja može da pomogne u trenucima intenzivnih emocionalnih doživljaja i sadrži sledeće elemente:

Stani!

Treba da udahneš.

Osvrni se. (Na šta reagujem?)

Povuci ručnu. (Da li je ovo stvarno važno? Hoću li se ovoga sećati za 6 meseci?)

Primeni ono što ti pomaže i nastavi da pokušavaš.

Od pomoći mogu biti i tehnike poput *brojanja do deset* (pre reakcije osoba treba polako da broji do deset; ta pauza može da je umiri i „razbistri“ joj misli), *fizičkog oslobađanja* (aktivnosti poput stiskanja antistres loptice kako bi se oslobodila nagomilana energija), *distrakcije* (čitanje, slušanje muzike ili odlazak u šetnju radi skretanja pažnje sa okidača koji mogu izazvati bes; jaka senzacija koja ne šteti, npr. držanja kockice leda), *vizuelizacije* (zamišljanje neke mirne scene ili mesta u trenutku besa radi smirenja) te druge *tehnike opuštanja i mindfulnessa*.

Intervencije za kontrolu besa možemo podeliti na preventivne i neposredne. **Preventivne intervencije** imaju za cilj da *uspore/zaustave eskalaciju* intenzivnog besa u ponašanju (prema drugima, prema sebi), emocijama, telesnim reakcijama na bes i promišljanju. **Neposredne intervencije** podrazumevaju *zaustavljanje eksplozije*, tj. ispoljavanja intenzivnog besa, odnosno emocija i ponašanja, koje može da ugrozi i mladu osobu koja ispoljava bes i druge u njenoj okolini. Po zaustavljanju besa radi se na osvešćivanju emocije besa i smanjivanju neprijatnih senzacija tehnikama relaksacije. Cilj je da se kroz rad i ponovno promišljanje postigne promena perspektive, koja će učiniti da mlada osoba nadalje reaguje onako kako je najbolje i za okolinu i za nju samu.

Ako mlada osoba ispoljava *samo fizičku odnosno telesnu reakciju na bes* (npr. ubrzano disanje, ubrzan rad srca), treba primeniti STOPP strategiju i reći joj da stane, da udahne, da se osvrne oko sebe, da povuče ručnu i da primeni ono što zna da joj pomaže. Možemo da joj damo *instrukcije da se koncentriše na disanje, da zamisli da ima balon u stomaku, da udahne i izdahne tako da se balon napuni pa isprazni; ove tehnike pomažu u relaksaciji i smanjenju telesnih senzacija u ljutnji i napetosti*.

Ako mlada osoba ispoljava *agresivno ponašanje*, govori povišenim tonom, više, ponaša se nasilno ili auto-destruktivno, uzima alkohol ili druge supstance, po zaustavljanju agresivnog ponašanja i obezbeđivanju te mlade osobe i drugih u okolini, STOPP strategija može se primeniti kako bi se radilo na osvešćivanju emocija i promeni perspektive. Mladom osobi možemo reći da treba da udahne i da primeni ono što zna da pomaže; nju treba pitati, na primer, Šta je najbolje uraditi sada i ovde? Kako da promenim ono što sam navikao/la da radim? Šta bi najviše pomoglo? Čega ću se sećati kada se osvrnem unazad i kojim ću svojim postupkom biti zadovoljan/na?

Kako sa komplikovanim (intenzivnim) emocijama?

Razumevanje i kontrola komplikovanih emocija imaju veliki značaj za mentalno blagostanje. Komplikovane emocije, poput ambivalencije, krivice, ljubomore i besa, često sadrže više slojeva i mogu biti kontradiktorne. Na primer, osoba može istovremeno osećati ljubav i bes prema drugoj osobi, što može izazvati unutrašnji konflikt i zbunjenost. Razumevanje ovih emocionalnih stanja zahteva introspekciju i samosvest te sposobnost razlikovanja i imenovanja emocija koje osećamo. U tome mogu pomoći veštine upravljanja emocijama, što obuhvata i tehnike opisane ranije u ovoj publikaciji. Otvorena komunikacija sa bliskim osobama ili stručnjakom takođe može dovesti do dragocenih uvida i podrške. Poznavanje uzroka i konteksta ovih emocija može nam pomoći da ih bolje prihvatimo i da upravljamo njima, a ne da ih potiskujemo ili zanemarujemo. Kada razumemo komplikovane emocije, postajemo sposobniji da donosimo promišljene odluke i uspostavljamo zdravijih odnosa, što doprinosi ukupnom blagostanju i emocionalnom zdravlju.

U najvećem broju situacija komplikovane emocije se doživljavaju kao intenzivne i dovode do negativnog, štetnog stresa, tj. distresa. Distres se može prevladati tako što će se mlada osoba manje izlagati okidačima, što će povećati svesnost kada se radi o emocijama i potencijalnim reakcijama, potražiti podršku, razviti veštine rešavanja problema, odbaciti razmišljanja koja nisu od pomoći te razviti funkcionalne (neagresivne) načine komunikacije i načine da se ljutnja ili doživljaj frustracije obrade i oslobode, uz razvijanje veština relaksacije.

Neke mlade osobe imaju velike teškoće kada doživljavaju intenzivne emocije i njih treba razumeti. S njima treba **razgovarati** o intenzivnim emocijama koje doživljavaju i sprovesti **psihoedukaciju** o emocijama. Važno je diskutovati o *šteti i koristima* od trenutnog ponašanja, odnosno uporediti prednosti i loše strane nefunkcionalnog ponašanja sa prednostima i lošim stranama uvođenja promena u ponašanju (ovo se može vizuelno prikazati na tabeli).

Osveščivanje sopstvenih emocija i komunikacija o njima sa stručnjakom može da se unapredi uz pomoć „termometra patnje“ koji se može primenjivati tokom seansi ili kod kuće. Termometar je gradiran od 0 (bez distresa) do 10 (ekstremni distres) i mlada osoba odlučuje koliko će govoriti o stresnim okolnostima koje su izazvale distres, a stručnjak može u tome da joj pomogne.

Prva psihotična epizoda

Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade sa mladima treba da budu informisani o ranim znacima upozorenja na razvoj psihotične epizode kako bi mogli da je prepoznaju, da podrže mladu osobu da zatraži pomoć i da je upute kod odgovarajućeg profesionalca iz zdravstvenog sektora (psihijatra). U pitanju su ozbiljni problemi mentalnog zdravlja koji nepovoljno utiču na svakodnevno funkcionisanje i razvoj, mogu dovesti do samoubistva i prerane smrti, a neki od njih mogu biti uporni, pa čak i dugotrajni, i mogu voditi do ozbiljnog invaliditeta i narušenog fizičkog zdravlja.

Rani znaci upozorenja

Psihotične poremećaje karakteriše skup tegoba koji dovode do gubitka uvida u realnost, a mogu ih predstavljati intenziviranje normalnih uverenja, ili potpuno nova iskustava koja ukazuju na sumanutosti (neobična verovanja koja se ne zasnivaju na realnosti), ili halucinacije (kada osoba ima utisak da nešto opaža putem čula, a toga zapravo nema, npr. kada vidi ili čuje nešto što ne postoji). Tegobe mogu da se podele na pozitivne simptome (obuhvataju halucinacije, poremećaje mišljenja i neobično ponašanje, v. Tabelu 22) i negativne simptome („gubici“ u funkcijama mišljenja, osećanja, ponašanja — otežana koncentracija, smanjeno izražavanje emocija, smanjen kontakt očima, osiromašen govor, nedostatak inicijative, motivacije, energije, neraspoloženje, socijalno povlačenje).

Tabela 22. Mentalne tegobe koje mogu ukazivati na psihotičnu reakciju — pozitivni simptomi

Halucinacije	Sumanutosti	Dezorganizovane misli	Uvid
Vizuelne — vidi boje, oblike, ljude koji nisu prisutni	Neobične ili bizarne misli koje se ne objašnjavaju kulturnim poreklom ili verskim opredeljenjem osobe	Karakteriše ih brz i neprekidan govor	Može smatrati da je sve u redu
Sluh — čuje glasove ili zvukove koji ponekad naređuju	Veruje u svoj značaj i grandioznost	Nasumičan govor ili izgovaranje reči bez smisla	Strah da je osoba oduzeta od voljenih osoba
Dodir — osećaj da je osobu neko dodirnuo	Specifična uverenja ili poruke	Gubljenje toka misli	Konfuzija
Miris — čudan ili neuobičajen	Paranoja	Promena teme bez logičnog razloga	Moguće je da je osoba videla kako privode nekog iz porodice ili da se vrši zaplena imovine
Ukus — neprijatan ili neobičan			Kontakt sa službama može biti traumatičan

Ove tegobe u velikoj meri utiču na ponašanje osobe, njene misli, emocije, raspoloženje i funkcionisanje koje odstupa od uobičajenog. Ranoj psihozi može često da prethodi *izmenjeno svakodnevno funkcionisanje mlade osobe pre pojave prvih simptoma*.

Važnost rane intervencije

Iako psihotična epizoda predstavlja značajan problem, dobra vest je da savremena istraživanja pokazuju da rana intervencija dovodi do boljih ishoda lečenja, odnosno da utiče na smanjenje potrebe za bolničkim lečenjem i broja bolničkih dana, na povlačenje ili bolju kontrolu simptoma, na ponovno uključivanje u školu ili u radno angažovanje te na opšte poboljšanje funkcionisanja. U svetu postoje stotine službi za ranu psihozu, a preko 60 zemalja ima predstavnike u međunarodnim grupama za ranu psihozu.

Ranim otkrivanjem i pravovremenim lečenjem se postiže brži i lakši oporavak, smanjuje se verovatnoća napredovanja bolesti i rizik od nastanka kasnijih poremećaja mentalnog zdravlja i smanjuju se negativni uticaji na profesionalce iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i društvene ishode.

Danas su uvidi u neurobiološke faktore nastanka psihoze, praksa lečenja i nega znatno kvalitetniji nego ranije, a razvoj ranih intervencija donosi optimizam i pruža nadu u bolje ishode nego što su bili u prošlom veku, kada je hronična invalidnost bila prihvaćena i smatrala se očekivanim ishodom.

Faza prepoznavanja može uticati na lečenje i ishod. Kako bi profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja razumeli način na koji kliničari pristupaju odabiru intervencija te koliko su rano prepoznavanje i intervencija važni za dalje ishode, ovde prikazujemo određivanje kliničkih stadijuma u razvoju psihoze. Prema modelu koji se koristi u medicini za različita hronična stanja, rani oblici poremećaja se smatraju faktorom rizika za promene koje kasnije mogu dovesti do još ozbiljnijih problema. To pomaže kliničarima da steknu bolji uvid u mogući tok i odrede intervencije koje najviše odgovaraju datom stadijumu problema,

čime se osiguravaju i veća bezbednost i veća delotvornost intervencije u daljem toku. Pitanje „Šta je najdelotvornija i najbezbednija intervencija za ovu osobu u ovom trenutku?“ ima veliki značaj za kliničare i kada je u pitanju sumnja na psihotični poremećaj, a odrediće koje je intervencije važno primeniti (Tabela 23).

Tabela 23. Kako kliničari određuju stadijum kod psihoze

Stadijum	Psihoza	Lečenje
0	Povećani rizik / bez simptoma	Indikovana prevencija prve epizode psihoze, npr. bolje poznavanje mentalnog zdravlja, obrazovanje u porodici, obazovanje na temu droga i dr.
1a	Blaži/nespecifični simptomi / opadanje funkcija	Indikovana sekundarna prevencija, npr. formalno obrazovanje o mentalnom zdravlju, obrazovanje u porodici o psihozi, KBT (kognitivno-bihevioralna terapija), aktivno smanjenje upotrebe supstanci
1b	UHR (Ultra high risk) — ispod granice	Indikovana sekundarna prevencija, npr. obrazovanje o psihozi, KBT, rad na upotrebi supstanci, omega-2 masne kiseline, antidepresivi itd.
2	FEP (First episode psychosis) — dostignuta granica	Rane intervencije kod prve epizode psihoze, npr. obrazovanje o psihozi, KBT, rad na upotrebi supstanci, atipični antipsihotični lekovi, specijalizovana rehabilitacija itd.
3a	Nepotpuna remisija od prve epizode terapije	Rane intervencije kod prve epizode psihoze, npr. kao pod 2 plus dodatno naglašene zdravstvene i psihosocijalne strategije za postizanje remisije
3b	Vraćanje bolesti ili opadanje, stabilizovano lečenjem, ali uz prisutne simptome u tragovima	Rane intervencije kod prve epizode psihoze, npr. kao pod 3a plus dodatno naglašena prevencija vraćanja bolesti
3c	Višestruko vraćanje simptoma sa pogoršanom kliničkom slikom	Rane intervencije kod prve epizode psihoze, npr. kao pod 3b, ali sa naglaskom na dugotrajnu stabilizaciju
4	Izražena, uporna, persistentna bolest	Kao pod 3c, ali sa naglaskom na klozapin (Clozapin), druge tercijarne terapije i socijalno uključivanje uprkos napredovanju bolesti

Zašto je to važno? Trajanje nelečene psihoze (*duration of untreated psychosis* — *DUI*; obuhvata i domen ispod praga vidljive prve epizode) vezuje se za negativnije ishode. Izražene biološke, psihološke i socijalne promene u adolescenciji dovode do većih faktora rizika. Rana intervencija može da utiče na faktore rizika tako što će smanjiti napredovanje problema i sekundarni, kolateralni uticaj na društvene i profesionalne ishode.

Izazov u radu predstavlja to što većina mladih ne traži pomoć, što simptomi koji su u nastajanju mogu biti nejasni, naročito kada narušeno funkcionisanje prethodi nastanku vidljivog poremećaja, što mogu biti prisutni i pridruženi problemi poput narušenih socijalnih odnosa, finansijskih poteškoća, upotrebe supstanci i dr., kao i to što je često teško rešavati razvojne potrebe mladih i adekvatno održavati sistem podrške.

Rani znaci psihoze mogu biti nespecifični i nejasni

- Kod mladih osoba rani znaci često mogu biti nespecifični i suptilni, odnosno nejasni, što otežava njihovo uočavanje jer nisu na nivou prepoznatljivih problema, već se radi o problemu u nastajanju, odnosno narušenom funkcionisanju koje prethodi nastanku poremećaja.
- Ti blaži znaci mogu biti promene u raspoloženju, npr. povećana iritabilnost ili promenljivo raspoloženje, povlačenje iz vršnjačkih aktivnosti i porodičnog života ili osamljivanje. Mlade osobe mogu početi da pokazuju smanjeno interesovanje za školu ili posao, uz opadanje akademskog ili radnog učinka. Mogu se pojaviti i poremećaji spavanja (nesanica ili prekomerno spavanje) i promene u apetitu. Promene u saznavnim psihičkim funkcijama, npr. poteškoće sa koncentracijom, pamćenjem i donošenjem odluka, takođe mogu biti prisutne.
- Važno je napomenuti da su ove tegobe nespecifične i da se mogu javiti kod različitih mentalnih stanja, pa je stoga veoma važno da roditelji, nastavnici i stručnjaci koji su u kontaktu sa mladima budu pažljivi i potraže specijalizovanu pomoć, odnosno da upute mladu osobu i porodicu na specijalizovanu pomoć ako primete ove znake kako bi se omogućila rana intervencija i podrška mladima koji su u rizičnom periodu za razvoj psihoze.
- Ako kod mlade osobe postoje „prigušene“ (atenuisane) tegobe koje su psihotične prirode najmanje godinu dana, ako mlada osoba ima kratke, prolazne pozitivne psihotične simptome koji ne traju duže od nedelju dana i ne prolaze spontano (bez lečenja) i ako mlada osoba ima bliskog srodnika (brata, sestru, roditelja) sa psihotičnim poremećajem (ili poremećajem koji se povezuje sa psihozom u širem spektru — shizotipski poremećaj), to posebno označava da je mlada osoba u stadijumu ultravisokog rizika i tada je potrebna selektivna (sekundarna) prevencija koja podrazumeva specijalističko praćenje.

Kako pružiti podršku mladoj osobi sa znacima psihoze?

Svaki profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji radi sa mladima može se naći u prilici da radi sa mladom osobom koja doživljava prvu psihotičnu epizodu. Primarni cilj profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji prepozna rane znake jeste da pruži podršku mladoj osobi da potraži pomoć i da je uputi na primarnu zdravstvenu zaštitu, gde će dobiti procenu i pomoć specijaliste (psihijatra). Ako kod mlade osobe postoji neposredni rizik od povređivanja sebe ili drugih, profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da na bezbedan način (u pratnji lica od poverenja) uputi mladu osobu u lokalnu ustanovu za urgentno psihijatrijsko zbrinjavanje.

Uključivanje porodice (roditelja, staratelja, ali i zajednice u kojoj mlada osoba živi) veoma je važno, s jedne strane, zato što se tako brže dolazi do specijalizovane pomoći i smanjuju neposredni rizici, a s druge strane, zato što se tako smanjuje stigmatizacija, podiže svest zajednice o problemu i pomaže mladoj osobi da normalizuje svoje iskustvo, ostane u školi ili na poslu i da se motiviše da uživa u aktivnostima.

Mladu osobu nakon psihotične epizode treba podržati da gradi socijalne veštine i uključi se u društvo kako bi se smanjila društvena izolovanost. Treba raditi na osnaživanju mladih da donose adekvatne odluke u vezi sa tretmanom, da se fokusiraju na zaštitne faktore, da se edukuju o ranim znacima upozorenja na pogoršanje i da, po potrebi, zajednički naprave plan prevencije pogoršanja sa usmeravanjem na profesionalce u drugim ustanovama. I u ovoj fazi važno je da se uključi porodica, jer ona može da ima glavnu ulogu u pozitivnom ishodu i postizanju veće funkcionalnosti. Zato profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja ima zadatak da objasni poremećaj porodici, da je edukuje, da olakša teret koji porodica nosi i da podstiče toplu atmosferu uz dobru komunikaciju.

Strategija promene. Psihološke intervencije za psihotične poremećaje/slučajeve kod kojih postoji ultravisoki rizik od razvoja psihotičnog poremećaja obuhvataju:

- detaljan uvid u ono što je mlada osoba doživela,
- obezbeđivanje edukacije (o mentalnom zdravlju i psihozi) i normalizaciju doživljenog,
- rad na veštinama za rešavanje problema radi prevazilaženja simptoma,
- menjanje oblika ponašanja koji održavaju simptome,
- suočavanje sa doživljenim uverenjima koja izazivaju probleme (izbegavati tumačenje simptoma jer to može mladoj osobi da izazove patnju veću nego sam simptom),
- smanjenje emocionalnih problema poput tegoba iz spektra anksioznosti i depresije.

Normalizacija doživljenog. Prilikom normalizacije doživljenog iskustva važno je naglasiti mladoj osobi da mentalni poremećaji nisu retka pojava i da psihoza može da se desi svakome. Ovde mogu biti od pomoći primeri poznatih osoba sa sličnim iskustvima (npr. javne ličnosti koje čuju glasove) odnosno osoba kod kojih je došlo do pozitivnog ishoda lečenja (npr. Elin Saks, Elenor Longden, Rufus Mej, Džon Neš, Kej Džejmison, vidi www.intervoiceonline.org). Važno je i da se spomene model osetljivosti na stres koji govori o podložnosti tome da se na stresne faktore reaguje psihotičnim simptomima (što, osim zbog efekata normalizacije, treba znati i zbog predviđanja i sprečavanja pogoršanja kod onih osoba koje su imale psihotičnu epizodu). Takođe, treba obratiti pažnju na to da mlada osoba shvati da često uočavamo ono što se trudimo da pronađemo.

Intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije. U psihološke intervencije spadaju i intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije:

- planiranje aktivnosti,
- veštine za regulaciju spavanja (higijena spavanja),
- praćenje raspoloženja,
- definisanje ciljeva,
- dnevnik za praćenje psihotičnih i drugih simptoma,
- diskutovanje o povezanosti između misli i osećanja,
- utvrđivanje strategija za prevazilaženje problema,
- predlaganje neke aktivnosti van seanse kako bi se napredak nastavio.

Pokazalo se da je primena intervencija zasnovanih na principima kognitivno-bihevioralne terapije povezana sa boljim ishodima te promenama u razmišljanju, raspoloženju i kvalitetu sna, što doprinosi i poboljšanju svakodnevnog funkcionisanja. U strategije promena koje mogu pomoći u prevazilaženju problema spadaju:

- normalizovanje stanja i iskustava koje mlada osoba ima, čime se smanjuje osećaj stigmatizacije i izolovanosti,
- strategije prevladavanja stresa, racionalni odgovori (tehnike opuštanja),
- smanjenje društvene izolovanosti i menjanje okruženja,
- regulacija i rutina spavanja (higijena spavanja),
- diskutovanje o faktorima za i protiv nekog događaja i analiziranje dokaza,
- strategije poboljšanja pažnje,
- planiranje i analiza anketa,
- uvežbavanje veština (naročito socijalnih) kroz igranje uloga,
- analiza dokaza,

- generisanje alternativnih objašnjenja,
- ispitivanje i usmeravanje na bezbedne oblike ponašanja,
- bihevioralni eksperimenti/izlaganje,
- vođenje dnevnika pozitivnih iskustava, što predstavlja rad na prethodno ukorenjenim iskustvima,
- strategije odlaganja brige i svesnosti o problemu (metakognitivne strategije).

Druga stanja koja zahtevaju neodložno reagovanje odnosno upućivanje u specijalizovane službe

Pored već navedenih, postoje i druge poteškoće mentalnog zdravlja koje dovode do izuzetne disfunkcionalnosti mladih osoba, ugrožavaju telesno zdravlje i mogu dovesti do produbljivanja i nastanka ozbiljnijih problema mentalnog zdravlja te zahtevaju upućivanje specijalizovanim službama za mentalno zdravlje. To su tegobe iz spektra manije (bipolarni poremećaj), poremećaji ishrane, jako izražene tegobe iz spektra depresije i anksioznosti, opsesivno-kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, problem upotrebe psihoaktivnih supstanci te sumnja na bihevioralne zavisnosti. Kada primeti znake koji upozoravaju na ove probleme, profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da uputi mladu osobu na primarnu zdravstvenu zaštitu radi daljeg zbrinjavanja u vidu psihijatrijske procene i tretmana. Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja iz različitih sektora trebalo bi da se dodatno informišu i da budu spremni da pomognu mladima u njihovom funkcionalnom oporavku te u prevenciji pogoršanja tokom i nakon psihijatrijskog lečenja.

Reference

- Agbor C, Kaur G, Soomro FM, et al. The role of cognitive behavioral therapy in the management of psychosis. *Cureus*. 2022 Sep 7; 14(9).
- Allen JJ, Anderson CA, Bushman BJ. The General Aggression Model. *Curr Opin Psychol*. 2018; 19: 75–80.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- American Psychological Association. *Strategies for controlling your anger: Keeping anger in check* [Internet]. American Psychological Association. 2021 [cited 2024 Aug 25]. Dostupno na: <https://www.apa.org/topics/anger/strategies-controlling>
- Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Jul 6; 15(7): 1425. doi: 10.3390/ijerph15071425.
- Begovac I, editor. *Dječja i adolescentna psihijatrija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet; 2021. Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:694914>
- Bentley KH, Cassiello-Robbins CF, Vittorio L, Sauer-Zavala S, Barlow DH. The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2015; 37: 72–88
- Calabrese J, Al Khalili Y. *Psychosis*. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 May 1.
- Correll CU, Galling B, Pawar A, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018; 75(6): 555–565.
- Crlenjak C, Nikoll M, Hughes A, Allot K, Chinnery G, Killackey E. *Keeping on Track: Functional Recovery in Early Psychosis*. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health; 2015.
- Dutton DG, Karakanta C. Depression as a risk marker for aggression: A critical review. *Aggress Violent Behav*. 2013; 18(2): 310–319.
- Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM, Lichtenstein P. Depression and violence: A Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2015; 2(3): 224–232. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00128-X.
- Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(4): 381–389.
- Liu J, Lewis G, Evans L. Understanding aggressive behaviour across the lifespan. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Mar; 20(2): 156–68.
- Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007; 37(8): 1183–1192.
- Mental Health Center Kids. *DBT grounding techniques* [Internet]. Mental Health Center Kids. [cited 2024 Aug 25]. Dostupno na: <https://mentalhealthcenterkids.com/blogs/articles/dbt-grounding-techniques>
- Mondelli V. From stress to psychosis: Whom, how, when and why? *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014 Sep; 23(3): 215–218.
- Nelson B, Yung A, Markulev C, Nicoll M. *The CAARMS: Assessing young people at ultra-high risk of psychosis*. Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre; 2014.
- Pejović-Milovančević M, Krgović I, Mitković-Vončina M. Adolescentni mozak — promene i izazovi razvoja. *Med Podml*. 2017; 68(2): 8–13.
- Pfeifer JH, Berkman ET. The development of self and identity in adolescence: Neural evidence and implications for a value-based choice perspective on motivated behavior. *Child Dev Perspect*. 2018 Sep; 12(3): 158–164.
- Rebecca. *How to Stop Overreacting to the Small Stuff with the STOP Technique* [Internet]. The Wellness Society | Self-Help, Therapy and Coaching Tools. 2018 [cited 2024 Jun 14]. Dostupno na: <https://thewellnesssociety.org/how-to-stop-overreacting-to-the-small-stuff-with-the-stop-technique/>
- Reducing Suicide Risk With Safety Plans [Internet]. Child Mind Institute. Dostupno na: <https://childmind.org/article/what-is-a-safety-plan/> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Robinson J. *Looking the other way: Young people and self-harm*. Melbourne: Orygen, the National Centre of Excellence in Youth Mental Health; 2015.
- Sadovnikova T. *Self-esteem and Interpersonal Relations in Adolescence*. Procedia — Social and Behavioral Sciences. 2016 Oct; 233: 440–4.
- Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. *Repairing alliance ruptures*. Psychotherapy (Chic). 2011; 48(1): 80–87. doi: 10.1037/a0022367.
- Safety Plan [Internet]. Dostupno na: <https://www.getselfhelp.co.uk/docs/SafetyPlan.pdf> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Svetska zdravstvena organizacija. *Prevencija samoubistva: priručnik za lekare opšte medicine*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2005.
- Tennant K, Long A, Toney-Butler TJ. *Active listening*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Sep 13. Dostupno na: <https://www.statpearls.com> Pristupljeno 20. juna 2024.
- Tordjman S. *Aggressive behavior: A language to be understood*. *Encephale*. 2022; 48 Suppl 1. doi: 10.1016/j.encep.2022.01.002.
- United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. *Youth violence: A report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: Dept. of Health and Human Services, U.S. Public Health Service; 2001.
- U.S. Surgeon General. *U.S. Surgeon General issues advisory on public health crisis of firearm violence in the United States* [Internet]. U.S. Department of Health & Human Services. 2024 Jun 25 [cited 2024 Aug 25]. Dostupno na: <https://www.hhs.gov/about/news/2024/06/25/us-surgeon-general-issues-advisory-public-health-crisis-firearm-violence-united-states.html>
- Vlajković J, Vlajković A. *Psihološke krizne intervencije u obrazovno-vaspitnim institucijama*. Beograd: Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja; 2012.
- World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization; 2014. Dostupno na: <https://iris.who.int/handle/10665/131056>
- World Health Organization. *Suicide* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. *Public health action for the prevention of suicide: A framework*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.
- Yung A, Stanford C, Cosgrave E, et al. Testing the ultra-high risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophr Res*. 2016 May 1; 84(1): 57–66.
- Zetterqvist M. *The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature*. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015; 9: 31.

F. Najvažniji koraci u fazi oporavka

Nakon što pruže ciljanu pomoć za problem mentalnog zdravlja mlade osobe, veoma je važno da profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade sa mladom osobom pruže toj mladoj osobi podršku u funkcionalnom oporavku. Profesionalci koji rade sa mladima u „prirodnim sredinama“ (npr. školski psiholozi) treba da učestvuju u bitnim aspektima oporavka poput kontinuiranog praćenja stanja, jačanja životnih veština i reintegracije u obrazovne i socijalne sredine. Ovde je od presudne važnosti saradnja između porodice, škole i zdravstvenih ustanova, kao i prilagođavanje obrazovnih i socijalnih aktivnosti nakon psihijatrijskog lečenja, nasilja ili teških telesnih bolesti. Takođe se treba fokusirati na prevenciju pogoršanja i pružanje podrške kroz individualizovane planove i strategije. Pomaganje mladoj osobi nakon oporavka podjednako je važno kao i ciljana intervencija za same simptome, a svi profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji učestvuju u psihosocijalnoj podršci mladoj osobi treba u tome da sarađuju.

Nakon što pruže ciljanu pomoć za problem mentalnog zdravlja mlade osobe, veoma je važno da profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade sa mladom osobom pomognu toj mladoj osobi u funkcionalnom oporavku. Rane intervencije podržavaju funkcionalni oporavak na nekoliko načina, pa i povećanjem nivoa fizičke aktivnosti, životnih veština i društvene povezanosti. Funkcionalni oporavak podrazumeva nastavak obrazovanja, zapošljavanje, očuvanje fizičkog zdravlja i sl.

Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade sa mladima u „prirodnim sredinama“ (npr. školski psiholog u saradnji sa nastavnicima ili socijalni radnik) treba da prate mladu osobu, da nastave da jačaju njene životne veštine, da pomognu mladoj osobi da se reintegriše (rad sa porodicom, obezbeđivanje prihvatanja i stimulisanja), da povрати funkcionalnost, da nadoknadi zastoje u razvoju usled teškoća, kao i da pomognu se spreče pogoršanja i pojava novih problema u domenu mentalnog zdravlja. Pomaganje mladoj osobi nakon oporavka podjednako je važno kao i ciljana intervencija za same mentalne tegobe, a svi profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji učestvuju u psihosocijalnoj podršci mladoj osobi treba u tome da sarađuju.

Glavni koraci u oporavku mlade osobe podrazumevaju njeno kontinuirano praćenje tokom procesa reintegracije, izradu plana za sprečavanje pogoršanja nakon postignutog oporavka, podršku nakon intenzivnih tretmana, podršku nakon dužih odsustava usled telesnih bolesti te, što je posebno delikatno, reintegraciju mlade osobe nakon doživljenog ili izvršenog nasilja.

Praćenje nakon oporavka (uspostavljanja stabilnog stanja)

Kada mlada osoba završi intenzivno lečenje zbog kojeg je možda i dugo bila odsutna iz vršnjačke grupe, škole, sa fakulteta ili sa posla, treba nastaviti sa kontinuiranom podrškom kroz saradnju između porodice, škole i odgovarajuće zdravstvene ustanove. Naponi da se poboljša kvalitet podrške mladim osobama sa problemima mentalnog zdravlja podrazumevaju povećanje stope praćenja (*follow-up*). U mnogim razvijenim zemljama ta vrsta praćenja predstavlja nacionalnu meru kvaliteta nege mladih osoba (praćenje se odnosi u najvećoj meri na obavezne posete 7 odnosno 30 dana nakon lečenja). Takve posete su značajne jer su povezane sa poboljšanim odnosom prema preporučenim intervencijama, smanjenim rizikom od samoubistva i povećanim angažovanjem u zdravstvenoj zaštiti na duži rok. Posebno je važno napomenuti značaj međusektorske saradnje u ovoj fazi, jer mlada osoba dobija različitu podršku u različitim sistemima i samo jedinstven narativ vezan za praćenje omogućava uspešnost ostvarivanja ovakvih preporuka.

Praćenje se ostvaruje kroz kontakte sa redovnim uslugama u obrazovanju, socijalnoj zaštiti i primarnoj zdravstvenoj zaštiti (po potrebi i na višim nivoima ako je bilo psihijatrijskog lečenja). Način kako se osoba prati posebno će se definisati kroz međusektorsku saradnju, jer će upravo koordinisana aktivnost kroz sve sisteme u kojima boravi mlada osoba pomoći da se ona bolje oporavi (predložen tim za podršku adolescentu, vidi više o tome u poglavlju u međusektorskoj saradnji).

Praćenje se može organizovati i kroz periodične seanse praćenja (*booster seanse*), na određeno vreme, tokom kojih se proverava održavanje stečenih veština i pomaže da se one učvrste, odnosno tokom kojih se identifikuju i otklanjaju eventualne nove prepreke i uočavaju rani znakovi pogoršanja.

Plan za sprečavanje pogoršanja nakon oporavka

Prevenција pogoršanja i pravljenje plana prevencije pogoršanja predstavljaju kontinuiran proces koji ima suštinski značaj za uspeh i napredak i podrazumeva:

- dobro poznavanje okidača i ranih znakova upozorenja,
- dobro poznavanje faktora rizika,
- pravljenje razlike između kratkotrajnih padova funkcionalnosti i pravog pogoršanja (koje je obično rezultat niza nepovoljnih koraka),
- jasan plan koraka u slučaju destabilizacije (u smislu primene naučenih veština samoregulacije te traženja pomoći u sistemu socijalne podrške i u sistemu stručne podrške),
- postepeno proređivanje seansi nakon uspostavljanja stabilnog poboljšanja (uz održavanje *booster seansi*) i pažljivo praćenje u kontinuitetu.

Važno je napomenuti i da malo pogoršanje funkcionisanja ne mora značiti da se radi o pogoršanju, ali da treba da postoji plan šta se tada radi kako mlada osoba ne bi odustala misleći da je u pitanju stvarno pogoršanje stanja, što može dovesti do gubitka nade u oporavak, stvaranja novih otpora prema pomagačima i sl.

Da bi se sprečilo pogoršanje nakon oporavka, veoma je važno imati na umu a) životne stresore (povratak u školu, na fakultet, na radno mesto), b) kontinuirano omogućavanje podrške i c) intervencije ne samo za mlade osobe nego i za sve koji su u njenom neposrednom okruženju. Intervencije za mladu osobu treba usmeriti na akademsku podršku, na usluge koje podstiču razvoj životnih veština, ali i na podršku ljudima iz okruženja da razumeju potrebe mlade osobe. Okruženja u kojima borave mladi (škole, fakulteti, sportski klubovi i sl.) treba da imaju razvijene strategije prevazilaženja eventualne isključenosti, diskriminacije ili odbacivanja odnosno zlostavljanja mlade osobe. U tom smislu veoma je važno definisati i bitne pojedince koji mogu pružiti podršku i pomoć u reintegraciji mlade osobe. U različitim sredinama to mogu biti različite osobe, npr. u školi — omiljeni nastavnik, profesor, školski psiholog, vršnjak s iskustvom za pružanje podrške (vršnjačka podrška). Plan za sprečavanje pogoršavanja svakako treba da obuhvati i potrebe mlade osobe, odnosno potrebna je njena aktivna participacija.

Pomaganje mladoj osobi u fazi oporavka je podjednako važno kao i ciljana intervencija za same mentalne tegobe, pri čemu svi profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji učestvuju u psihosocijalnoj podršci mladoj osobi treba međusobno da sarađuju.

Kako nakon psihijatrijskog tretmana odnosno hospitalizacije?

Nakon pružanja ciljane pomoći vezane za teškoće mentalnog zdravlja kod mlade osobe, što obuhvata i mlade osobe koje se oporavljaju posle psihijatrijskog lečenja i hospitalizacije (bolničkog lečenja), izuzetno je važno da profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja pomognu mladoj osobi u reintegraciji, tj. u funkcionalnom oporavku.

Kada je reč o mladim osobama koje se leče psihijatrijski, one se najčešće suočavaju sa složenim i teškim problemima mentalnog zdravlja, koji ponekad zahtevaju hospitalizaciju radi stabilizacije psihičkog stanja ili dopunskih ispitivanja. Psihijatrijski tretmani i hospitalizacije mogu dovesti do poteškoća i u akademskom i u društvenom domenu. Pokazalo se da period posle hospitalizacije predstavlja osetljiv period za mlade (posebno nakon suicidalnog ponašanja) te su mladi tada podložni ponovljenim krizama mentalnog zdravlja i novim hospitalizacijama. Lečenje često rezultira izostajanjem sa nastave, slabijim uspehom u školi, gubitkom motivacije za učenje, potencijalnom izolacijom i odbacivanjem od strane vršnjaka, stigmatizacijom, što na kraju može dovesti do napuštanja škole. Istraživanja su pokazala da su mladi koji su imali negativna iskustva sa tranzicijom bili više zabrinuti oko povratka u školu i da su smatrali da je pogoršanje njihovih mentalnih tegoba povezano sa problemima prilikom povratka u školu.

Uzimajući sve to u obzir, pravovremena i odgovarajuća podrška važna je za pospešivanje oporavka mladih i smanjenje recidiva, uz postizanje zadovoljavajućeg kvaliteta života. Povratak u školsko okruženje podrazumeva sistem podrške koji nastaje u saradnji škole, porodice i zdravstvenih ustanova, što rezultira formiranjem individualizovanih planova tranzicije za mladu osobu; ti planovi treba da budu transparentni, sa detaljno identifikovanim i opisanim koracima koji će se sprovoditi.

Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji rade sa mladim osobama u prirodnom okruženju trebalo bi da učestvuju u:

- praćenju stanja mlade osobe,
- pomaganju da se ojačaju glavne veštine samoregulacije,
- pomaganju tokom dalje reintegracije (rad sa porodicom, akademska i socijalna reintegracija),
- pružanju pomoći da se sustigne razvojno kašnjenje,
- psihoedukaciji i prepoznavanju ranih znakova pogoršanja,
- zajedničkoj izradi plana prevencije pogoršanja.

Kontinuirano praćenje tranzicije mlade osobe je važno, a podrazumeva pružanje podrške i intervencija, ako su potrebne. Intervencije mogu biti usmerene na prilagođavanje školskom okruženju, što podrazumeva akademsku podršku (koordinacija sa stručnim saradnicima i nastavnicima o individualnom planu za nastavak procesa učenja učenika), savetovanje te podršku u ponašanju i razvoju veština (suočavanje, socijalne veštine, regulacija emocija).

Akademska reintegracija podrazumeva omogućavanje postepenog povratka školskim obavezama u skladu sa učenikovom ličnošću i tempom prilagođavanja. Najbolje je napraviti individualni školski plan podrške koji omogućava:

- postepeno savladavanje propuštenih i novih nastavnih sadržaja,
- povratak u školsku sredinu dinamikom prilagođenom učeniku (npr. prve nedelje dva puta nedeljno, sledeće nedelje svakog drugog dana; moguće je utvrditi dinamiku i prema predmetima u skladu sa afinitetima),
- podelu nastavnih sadržaja na manje celine (ne cele oblasti, nego lekcije ili delove lekcija prema ishodu koji treba da postigne učenik),

- provere znanja u unapred dogovorenim terminima,
- lakšu komunikaciju između učenika i nastavnika u skladu sa raspoloživim resursima (onlajn, uživo u određenim terminima i u prostorijama itd.).

U procesu akademske i socijalne reintegracije važno je identifikovati bitne pojedince koji učestvuju u pružanju podrške i procesu oporavka učenika. To su:

- koordinator za ponovni ulazak (osoba koja nadgleda proces reintegracije),
- kontakt osoba (identifikovana u saradnji sa učenikom, kojoj mlada osoba može da se obrati za pomoć; to može biti nastavnik koji prati proces tranzicije, uz saradnju sa stručnim saradnicima škole),
- sve osobe koje učestvuju u procesu reintegracije (kontakt za reintegraciju u školi, pružalac ambulantne terapije, školski psiholog, školski pedagog, roditelj),
- profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja (lekari, školski psiholog ili pedagog koji pruža podršku mladoj osobi i porodici).

Socijalna reintegracija može biti otežana neadekvatnom reakcijom vršnjaka, pa se treba usmeriti na dobijanje podrške od vršnjaka, smanjenje stigmatizacije i sprečavanje zlostavljanja. Može doći do pojave novih teškoća mentalnog zdravlja ili ponavljanja starih, zbog čega suštinski značaj za uspeh i napredak reintegracije ima plan prevencije pogoršanja.

Kako nakon nasilja?

Proces vraćanja učenika u školu nakon pretrpljenog zlostavljanja je izuzetno zahtevan zbog potencijalne retraumatizacije. Zato je važno da se poštuju odgovarajući principi kako bi se postupak odvijao bezbedno i pružio učeniku doživljaj bezbednosti. Osnovni principi koje treba slediti podrazumevaju:

- *Poverljivost (privatnost).* Ona je važna za vraćanje učenika u školsko okruženje, čak i ako je događaj bio javan. Nastavnici i ostalo školsko osoblje treba da se uzdrže od razgovora o događaju pred drugima, dok druge učenike treba informisati o tome kako da budu dobri prijatelji ili da se preusmere na akademske obaveze.
- *Održavanje normalnosti.* Ovo je važno za reintegraciju učenika u svakodnevnu rutinu. Učenika treba tretirati kao da se oporavlja od bolesti. Ne treba pokazivati previše fleksibilnosti (više nego što prija mladoj osobi), jer to može biti kontraproduktivno i učiniti da se oseća izuzeto.
- *Održavanje i unapređenje komunikacije.* Komunikacija sa učenikom ne treba da prestane zbog onoga što se dogodilo. Mladoj osobi treba staviti do znanja da postoji plan za njen dalji akademski rad i da je važno da se javi ako ima problem, jer postoje odgovarajući ljudi za kontakt. Takođe, treba pratiti izrađeni plan za učenike i blagovremeno registrovati eventualna odstupanja.
- *Korišćenje sistema podrške.* Ako se primeti da je mladoj osobi potrebna podrška (neadekvatne reakcije na događaj, aktivna diskusija o događaju), trebalo bi obaviti razgovor podrške u okviru pedagoško-psihološke službe i po potrebi obavestiti nadležnog zdravstvenog radnika.
- *Kontrolu ponašanja i emocija profesionalaca.* Veoma je važno da profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja prepoznaju svoje strahove i dileme u vezi sa reintegracijom mlade osobe nakon nasilja te da adekvatno reaguju na njih. Ranije u tekstu već je bilo govora o tome kako profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja treba da brinu o sebi odnosno kako treba da budu dovoljno obučeni da kontrolišu svoje emocije — jer i profesionalci su samo ljudi.

Najdelikatniji deo odnosi se na to *kako integrisati mladu osobu koja je vršila nasilje* nakon što prođe sve instance psihosocijalne podrške, odnosno eventualne posledice izvršenog dela. Snošenje propisanih posledica za ovakve akte ima svoje efekte, ali je veoma važno da se ovde radi o osobi koja je još uvek u razvoju te da bez psihosocijalne procene i adekvatne podrške (odnosno tretmana ako je potrebno) svaka mera, pa bila samo pedagoška ili značajno oštrija, može imati slabiji, a možda i suprotan efekat. Kao što je navedeno ranije u tekstu, izuzetno je važno razumeti da nasilje i nasilničko ponašanje mladih vrlo često može imati različite uzroke, upravo u pogledu mentalnog zdravlja (npr. tegobe iz spektra depresije, traumatizovanost nasiljem koji su sami izvršioci nasilja prethodno iskusili, uticaj psihoaktivnih supstanci, uticaj društvenih mreža ili neka ozbiljnija stanja narušavanja emocionalnih ponašajnih i kognitivnih funkcija ličnosti). Posebno treba naglasiti da mali broj mladih osoba svoja nasilna dela čini usled antisocijalnih crta ličnosti, zbog nedostatka empatije ili iz puke želje da se drugima nanese bol. Iako ima i takvih mladih, većina će nasilje ipak počiniti zbog nesposobnosti da komunicira na drugi način, zbog teškoća u upravljanju sopstvenim osećanjima, zbog teškoća u kontroli impulsa, zbog porodičnih i socijalnih okolnosti u kojima se promoviše nasilje, izmenjenih pogleda na sebe ili druge itd. Nikako se ne sme zaboraviti ni to da se radi o mladoj ličnosti u razvoju i da etiketa „nasilnik“ može probuditi doživljaj stigme, besa, besa okoline (i eskalacije nasilja) ili, što je najvažnije, može poslati poruku o trajnoj identifikaciji mlade osobe i stvoriti doživljaj da ona ne može da radi na sebi i da menja svoje mehanizme ponašanja.

Kako posle teške i/ili dugotrajne telesne bolesti?

Teške i dugotrajne telesne bolesti nisu česte kod mladih ljudi, ali ako se dese, značajno utiču i na mentalno funkcionisanje. Povratak u školu, na fakultet, na radno mesto veoma je izazovan za mlade koji su zbog telesnog stanja dugo bili odsutni i zato im je potrebna podrška. Njihova integracija u vršnjačku zajednicu posle dužeg odsustva takođe može biti problematična i zahteva pomoć. Kada su u pitanju obrazovne ustanove, gradivo i način ispitivanja svakako treba prilagoditi mladoj osobi i maksimalno joj izaći u susret. Kada je u pitanju društvo, veoma je važno da ljudi koji su u neposrednom kontaktu sa mladima tokom procesa lečenja omoguće kontakte sa vršnjacima na svaki mogući način (što u eri teleusluga ne predstavlja veliki izazov). Zdravstveni radnici i saradnici još tokom lečenja mlade osobe treba da promovišu takve vrste podrške, npr. putem školovanja na daljinu ili tako što će omogućiti podršku vršnjaka ili organizovati posete odmah po završetku intenzivnog lečenja. Ako kod mlade osobe postoje i telesna ograničenja, moraju joj se pružiti opcije i pomoć u prevazilaženju ograničenja bez stigmatizacije. Nikako ne zaboraviti da su telo i duša neodvojiv sistem i da trpnja tela svakako dovodi do trpnje duše te da je podrška potrebna tokom čitavog procesa oporavka i integracije.

Reference

National Center for Biotechnology Information. [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9812848/>

Preyde M, Parekh S, Heintzman J. Youths' experiences of school re-integration following psychiatric hospitalization. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018; 27(1): 22–32.

Robberegt SJ, Brouwer ME, Kooiman BEAM, Stikkelbroek YAJ, Nauta MH, Bockting CLH. Meta-Analysis: Relapse Prevention Strategies for Depression and Anxiety in Remitted Adolescents and Young Adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022 May; S0890-8567(22)00244-1.

Tougas AM, Houle AA, Leduc K, Frenette-Bergeron É, Marcil K. School Reintegration Following Psychiatric Hospitalization: A Review of Available Transition Programs. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022 May; 31(2): 75–92.

Turning Point. Lapse and Relapse. Turning Point; 2024 [cited 2024 Aug 27]. Dostupno na: <https://www.turningpoint.org.au/treatment/about-addiction/treating-addiction/lapse-and-relapse>

Formati pružanja psihosocijalnih intervencija

Intervencije podrške mentalnom zdravlju odnosno psihosocijalne intervencije mogu se pružati u različitim formatima; individualno (jedan na jedan, u razgovoru između profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i mlade osobe), grupno (profesionalac sprovodi intervencije sa grupom mladih osoba u zajedničkom razgovoru) i na daljinu (telezdravstvo).

Individualne intervencije

Intervencije u individualnom formatu izuzetno su značajne jer omogućavaju najbolji pristup visokoindividualizovanoj podršci orijentisanoj na osobu. Taj format je posebno važan za uspostavljanje odnosa poverenja i radnog saveza, a pruža priliku profesionalcu iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja da stvori prostor za bezbedno otvaranje adolescenta. Individualni format podrazumeva individualne susrete profesionalaca i mlade osobe (savetodavni susreti) u okruženju koje pruža privatnost. Značajni faktori koji obezbeđuju strukturu, a samim tim i predvidivost i bezbednost mladoj osobi, jesu doslednost i dostupnost u pogledu dogovorenih termina.

Savetodavni susreti mogu biti klasičnog trajanja (45–60 minuta), a istraživanja ukazuju i na korist kraćih seansi (npr. 30 minuta). Inicijalna psihosocijalna procena može obuhvatiti i više od jedne seanse ako je to potrebno (npr. dve ili tri), nakon čega se seanse posvećuju intervencijskom delu. Seanse su u početku češće (poželjno jednom sedmično, ali je to u javnim sistemima vrlo teško postići s obzirom na izuzetno veliki priliv korisnika i nedovoljan broj profesionalaca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja), a sa napredovanjem seanse mogu postepeno da se proređuju do završetka intervencije. Kada se dostignu ciljevi, na završnim seansama se rezimiraju postignuća i one se posvećuju planiranju prevencije pogoršanja, a posle određenog dužeg perioda može se održati seansa praćenja ili *booster* seansa, koja za cilj ima procenu samostalnog funkcionisanja mlade osobe, potkrepljenje napretka, rešavanje aktuelnih prepreka i izazova, a sve radi održavanja pozitivnih promena napravljenih tokom intervencije.

Seansu treba precizno zakazati i pažljivo isplanirati kako bi pomogla mladoj osobi da razume ideju i proces rada na promeni i da se navikne na njih, a profesionalcu iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja da lakše strukturira ceo proces, da efikasno koristi vreme tokom seanse i da tako na najbolji način pomogne mladoj osobi.

Struktura seanse podrazumeva:

- *procenu aktuelnog nivoa tegoba* (na osnovu objektivnih i subjektivnih skala) i *presek nedavnih događaja* (ono što se desilo između dve seanse),
- *zajedničko planiranje seanse* (agenda),
- *pregledanje zadatka* dobijenog na prethodnoj seansi, potkrepljivanje napretka te identifikovanje i rešavanje izazova,
- *uvođenje planirane veštine, zadatka, teme* (srž seanse),
- *postavljanje novog zadatka* koji mlada osoba treba da obavi između seansi, uz identifikovanje faktora koji mogu da ometaju uspešno izvođenje zadatka,
- ohrabrivanje mlade osobe da *sumira* glavne tačke i zaključke seanse,
- *traženje povratne informacije* i razgovor o mislima i osećanjima mlade osobe u vezi sa seansom.

Ako se u podršku uključuje porodica, onda sa mladom osobom, koja daje saglasnost, treba jasno ograničiti i unapred dogovoriti strukturu učešća članova porodice u seansama (npr. dogovoreno vreme za razgovor nasamo sa mladom osobom, nakon čega se uvode roditelji). Ovo je posebno važno za očuvanje prava privatnosti, za odnos poverenja te za autonomiju i samopouzdanje mlade osobe.

Grupne intervencije

Pored individualnog, intervencija se može primeniti i u grupnom formatu. *Prema trajanju*, grupna intervencija može biti kratka (čak i samo jedna seansa) ili dugotrajna (koja može potrajati i nekoliko godina). Što se tiče *otvorenosti*, grupa može biti otvorena (novi članovi mogu se pridružiti u svakom trenutku) ili zatvorena (sastav grupe je nepromenljiv od početka do kraja). *Ciljevi grupnih intervencija* mogu biti pretežno edukativni (kada se članovima daje pregled informacija i veština koje su im potrebne da bi bolje razumeli svoje stanje i upravljali njime) ili više usmereni na intervenisanje u smislu promene (kada se fokus stavlja na promenu na nivou mentalnih tegoba).

Efikasnost grupnih intervencija je dokazano slična efikasnosti individualnog formata. Grupni format takođe omogućava učesnicima da razmenjuju iskustva i da dobiju podršku od drugih koji prolaze kroz slične probleme, čime se nude i dodatne prednosti koje dolaze iz grupne interakcije i podrške. Grupni kontekst intervencija posebno je koristan za mlade osobe jer njihovo prirodno okruženje podrazumeva intenzivne interakcije sa vršnjacima. Stiven Mičel je primetio da „mi živimo u matrici odnosa“, dok Hari Saliven naglašava da je „self sastavljen od procena drugih“. Ovi navodi ističu važnost socijalnih odnosa u formiranju identiteta, posebno kod mladih. To znači da je kod mladih ljudi glavni faktor za izgradnju pozitivne slike o sebi upravo kvalitet njihovih socijalnih interakcija. Za adolescente nema ničeg strašnijeg od doživljaja da ne pripadaju nekoj grupi. Stoga grupna intervencija, koja simulira prirodno okruženje adolescenata, može pružiti neprocenjivu podršku u njihovom razvoju. Grupni format intervencije ima veliki uticaj na regione socijalnog mozga adolescenata, što je bitno za njihov emocionalni i socijalni razvoj. Grupna intervencija aktivira mrežu neurona koja je odgovorna za socijalno ponašanje, a koja je poznata pod nazivom *social behavior neural network* (SBNN). Mreža obuhvata glavne regione mozga koji su povezani sa regulacijom emocija društvenih interakcija i odgovora na stres.

Koja god da je priroda grupne intervencije, profesionalac iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja koji je vodi mora biti svestan dinamike grupe i koristiti je u svrhe intervencije, podstičući konstruktivne interakcije. Interakcija među članovima grupe igra veoma važnu ulogu u ovom procesu, jer omogućava razmenu iskustava, pružanje podrške i zajedničko učenje. Glavni faktori grupnog rada koji dovode do promene („terapijski faktori u grupi“) navode se u Tabeli 24.

Tabela 24. Glavni faktori grupnog rada koji dovode do promene

- **Univerzalnost** problema omogućava adolescentima da shvate da i drugi članovi grupe imaju slične probleme, što smanjuje osećaj izolacije i nepovezanosti. Kada mladi shvate da nisu ostavljeni sami sa svojim poteškoćama, to im pruža osećaj olakšanja i smanjuje osećaj sramote.
- **Nada** je jedna od bitnih komponenti grupe, jer članovi grupe dolaze u kontakt sa osobama koje su prošle slične izazove i kojima su intervencije pomogle. Profesionalci iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja veruju u efikasnost svoje grupe i prenose taj optimizam na članove, podstičući ih da veruju u mogućnost oporavka.
- **Dobijanje i davanje informacija** je, takođe, važan faktor. Ljudi ne vole nesigurnost i često traže objašnjenja za svoje probleme. U grupnoj intervenciji adolescenti će lakše prihvatiti informacije koje dobijaju od vršnjaka nego od odraslih. Edukacija u grupi može biti značajna za razumevanje problema i pronalaženje rešenja.
- **Altruizam** je specifičan za grupni rad jer omogućava članovima da pomažu drugima te da podižu sopstveno samopouzdanje i osećaj sopstvene vrednosti. Kada mlada osoba vidi da može biti od koristi drugima, ona se više ne oseća kao teret, nego kao važan deo zajednice.
- **Razvijanje socijalnih tehnika** omogućava članovima grupe da direktno uče društvene veštine kroz intervenciju. To se odnosi na vežbanje gledanja u oči, slušanje, prihvatanje konstruktivne kritike i poboljšanje komunikacionih veština.

- **Korektivna rekapitulacija primarne porodične grupe** odnosi se na to da se u grupi mogu ponavljati obrasci odnosa iz primarne porodice (iz detinjstva) koji se mogu korigovati tokom grupnog rada.
- **Kohezija u grupi** se odnosi na privlačnost koju članovi osećaju prema grupi. Ta privlačnost se gradi na poverenju, otkrivanju sebe, empatiji i prihvatanju od strane drugih. Za mlade osobe, posebno za adolescente, izuzetno je važno da budu prihvaćene u grupi. Visoka kohezija je povezana sa pozitivnim ishodom intervencija.
- **Katarza** predstavlja oslobađanje snažnih potisnutih osećanja u bezbednom okruženju.
- **Egzistencijalni faktori** odnose se na suočavanje sa osnovnim životnim pitanjima kao što su pitanja smisla, odgovornosti, usamljenosti (usled jedinstvenosti unutrašnjeg života), smrti i slobode.

Postavka grupne intervencije. U postavci (*setting*) grupne intervencije prvi korak je definisanje okvira, pravila i preporuka, što može podrazumevati i predgrupnu obuku koja se sprovodi individualno. Broj članova u grupi je veoma važan i zavisi od cilja grupne intervencije. Mala grupa može imati do 10 članova i obično je interventna, a srednje grupe mogu imati do 20 članova i njihov cilj se pomera ka edukaciji. Svrha definisanja okvira jeste postavljanje jasnih zadataka za grupu. Na primer, može se definisati koliko dugo traje grupa (što se može izraziti brojem seansi odnosno brojem meseci) ili će to biti grupa sa otvorenim krajem. Takođe, važno je da se precizno odredi trajanje jedne seanse (obično između 60 i 90 minuta). Prostor u kome se odvija grupna intervencija treba da bude stalan, svi članovi treba da sede u krugu i da se gledaju licem u lice. Takav raspored doprinosi stvaranju otvorene i podržavajuće atmosfere, koja je veoma važna za uspešnu grupnu dinamiku i proces promene.

Grupna kultura. Kultura grupe u grupnoj intervenciji obuhvata nekoliko pravila i preporuka bitnih za održavanje poverenja i efikasne komunikacije među članovima. Prvo i osnovno pravilo je *poverljivost*, što znači da se sadržaj razgovora i deljenja unutar grupe ne iznosi van nje. To pravilo omogućava članovima da se osećaju bezbedno i da slobodno iznose misli i osećanja. Pored poverljivosti, definiše se i princip *dobronamernosti* u komunikaciji. Članovi grupe se podstiču da budu iskreni, ali i obazrivi prema osećanjima drugih, čime se promoviše atmosfera poštovanja i podrške. Preporučuje se da se na seanse dolazi redovno i tačno na vreme te da se izbegava unošenje hrane i mobilnih telefona kako bi se osigurala puna pažnja i prisutnost tokom seansi. Grupa nije mesto za sklapanje prijateljstava ili ulazak u partnerske odnose. Fokus treba da ostane na *intervenciji i promeni* te na *međusobnoj podršci* u okviru postavljenih ciljeva. Tokom seansi *svi razgovori se vode u plenumu*, što znači da nema međusobnog šaputanja ili privatnih razgovora između članova. Ovo pravilo obezbeđuje transparentnost i jednakost učestvovanja svih članova, kao i kontinuitet grupne dinamike.

Druge specifičnosti. Specifičnosti rada u grupnom formatu obuhvataju nekoliko bitnih aspekata koji doprinose efikasnosti intervencije. Normalno je da tokom seansi postoje tenzija i periodi ćutanja, ali je važno naglasiti da će uvek neko progovoriti i pokrenuti razgovor. Ta tenzija može biti korisna jer često vodi ka dubljim uvidima i emotivnim otkrićima unutar grupe. Optimalan stepen anksioznosti pojačava motivaciju i pažnju i pomaže članovima da se bolje nose sa stresom. Međutim, preterana anksioznost može ometati proces, zbog čega je treba pažljivo balansirati i pružati podršku članovima kako bi se osećali bezbedno i podržano.

Opšte tehnike grupnog rada. Najvažniji elementi tehnike rada u grupnom formatu navode se u Tabeli 25.

Tabela 25. Odabrani elementi tehnike rada u grupi

Tehnika	Kako se izvodi
Uvođenje u status „sada i ovde“	Uvođenjem grupe u status „sada i ovde“ članovi postaju svesni svojih trenutnih emocija, misli i ponašanja, što može značajno unaprediti njihov napredak. Praktična primena rada u statusu „sada i ovde“ može podrazumevati pitanja poput „Šta mislite, zašto se sada u grupi čuti?“ ili „Zašto je grupa postala izuzetno glasna?“ Ta pitanja pomažu članovima da se osvrnu na svoje trenutne reakcije i dinamiku unutar grupe. Na primer, ako grupa postane izuzetno glasna, to može ukazivati na visoku emocionalnu angažovanost ili napetost. S druge strane, tišina može signalizirati osećaj nelagodnosti ili nesigurnosti.
Kako se nositi sa grupnim ulogama	U grupi se formiraju različite uloge koje ne moraju da se komentarišu, a ponekad mogu samo da se dobronamerno primete. To su uloge „terapeuta pomoćnika, provokatora, većito nezadovoljnog člana, pravednika, moraliste, zvezde večeri, žrtvenog jagnjeta, najvećeg deteta u grupi i puritanca“. Pored ovih uloga, tu su i „tehnički vođa, grupni pastuv, grupni kritičar, osoba koja stalno analizira i pravi se pametna, osoba koja miri ljude i nevinašce“.
Kako se nositi sa monopolistom u grupi	Monopolista često govori prisilno, što predstavlja mehanizam odbrane od anksioznosti. Uzroci takvog ponašanja mogu biti potreba za kontrolom, strah od uticaja drugih, strah od proziranja ili preterano vrednovanje sopstvenih ideja. Monopolista može tražiti prekomernu pažnju ili dominirati razgovorom iz straha od „praznine“. Grupa često toleriše takvo ponašanje, ali je važno istražiti razloge zašto se to dešava i raditi na tome da monopolista obrati pažnju na svoja osećanja dok govori. Možete ga pitati da preciznije objasni svoja osećanja, na primer, „Da li možda možete da kažete šta osećate o tome što ste upravo precizno i više puta objasnili?“
Kako se nositi sa većito nezadovoljnim članom grupe	Ovi članovi često izražavaju emocionalne tegobe kroz fizičke žalbe. Oni često traže pomoć, ali je odbijaju kada se nudi. Fokusiraju se na facilitatora i zanemaruju reakcije grupe. Egocentrični su i često pričaju samo o svojim problemima, što može celu grupu uvući u „vrtlog“ njihovog nezadovoljstva. Oni imaju problem sa autoritetima i često odbacuju savete. Stoga je važno raditi na razvijanju svesti o interpersonalnom uticaju koji oni imaju na druge članove grupe, jer nisu svesni svog nedostatka empatije prema drugima.
Kako se nositi sa ćutljivim članom	Možda je veoma povezan sa grupom, ali se oseća nesigurno da progovori. Kada ga neki član pita nešto, iskoristite priliku da ga uključite dodatnim pitanjima, npr. „Da li je taj član otišao predaleko jer te je nešto pitao?“ ili „Da li ti je prijalo što te je pitao?“ Možete ga, takođe, pitati „Šta bi voleo da te pitamo kako bismo ti pomogli da se lakše uključiš?“ ili „Možeš li da nam kažeš kada ti postane neprijatno da bismo stali?“ Cilj je da se stvori bezbedno okruženje u kome će se taj član osećati slobodno da izrazi svoje misli i osećanja.

Intervencije na daljinu

Pored pristupa u kojem se intervencije pružaju uživo, odnosno u realnom susretu između profesionalca iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja i mlade osobe ili mladih osoba, podrška mentalnom zdravlju mladih može se pružati i na daljinu (slanjem psihoedukativnih materijala elektronskim putem, preko veb sajtova, igara, aplikacija, digitalnih servisa i platformi, virtuelne realnosti, radio i video podkasta, video-filmova i striminga, slanjem poruka različitim sredstvima, preko četa, telefonskog razgovora i konferencijskih video-poziva). Podrška mentalnom zdravlju odnosno psihosocijalna podrška (MHPSS) na daljinu podrazumeva čitav niz različitih modaliteta putem kojih se ona može pružati mladoj osobi na različite načine i u različitom intenzitetu. Iako su intervencije na daljinu postojale i ranije, pandemija COVID-19 bacila je novo svetlo na njihov značaj, jer su potrebe za podrškom bile porasle, dok su se resursi za pružanje intervencija uživo bili smanjili usled epidemioloških rizika i fizičke distance koja se zahtevala u pokušaju da se pandemija drži pod kontrolom.

Prednosti podrške na daljinu. Različite su prednosti MHPSS podrške na daljinu. Ona omogućava veću dostupnost podrške mentalnom zdravlju mladih (kao što se videlo tokom pandemije), jača podršku mladim osobama sa invaliditetom i osobama koje imaju problem da fizički pristupe traženju podrške te olakšava da se dopre do staratelja i edukatora kako bi oni povećali svoje kapacitete za podršku. Ovaj pristup može pomoći i mladima koji usled mentalnih teškoća i izražene disfunkcionalnosti izbegavaju pristup uslugama uživo. O tome svedoče podaci iz jednog istraživanja (Weintraub et al, 2023) koji su pokazali da nije bilo razlike u uspešnosti između intervencija uživo i intervencija na daljinu u poboljšanju psihotičnih tegoba, psihosocijalne funkcionalnosti i upravljanja emocijama, s tim što su mladi u intervencijama na daljinu duže ostajali u intervencijama i imali manje opterećenje.

Izazovi podrške na daljinu. Ovakav način podrške nosi i neke izazove, npr. ograničen pristup nekoj formi digitalnih tehnologija, to što podrška na daljinu ne može uvek zameniti intervencije uživo, pojava digitalnog zamora i provođenje previše vremena na uređajima te problem onlajn bezbednosti. Kao poseban izazov ističe se neravnomerna dostupnost uređaja i podataka.

Karakteristike optimalnih intervencija na daljinu za mlade. Karakteristike važne za odabir, dizajniranje i/ili implementaciju MHPSS intervencija na daljinu podrazumevaju da se te intervencije zasnivaju na dokazima koji potkrepljuju njihovu efikasnost, da su dostupne u smislu troškova i obuhvata mladih, da obuhvataju individualnu obuku i podršku za staratelje (i nastavnike ako se radi o obrazovnom sistemu) te da su ciljane prema različitim MHPSS potrebama mladih, njihovih staratelja i njihovih edukatora.

Modaliteti. Pružanje MHPSS podrške na daljinu podrazumeva različite modalitete, a prikaz modaliteta digitalnih intervencija u obrazovnim sistemima u svetu (UNICEF) možete pronaći [ovde](#).

Digitalne platforme kao što su video-pozivi, aplikacije za četa i specijalizovani forumi omogućavaju kontinuitet intervencije i podrške u široj populaciji mladih, što je posebno važno u kriznim situacijama. U našoj zemlji su se istakle dve platforme, Svejek i Nacionalna dečija linija (NADEL), koje imaju veoma dobre rezultate u savetovanju mladih i u radu sa mladima iz cele Srbije.

Platforma [Svejek](#) pruža mladima bezbedno i poverljivo okruženje za savetovanje o mentalnom zdravlju. Preko ove onlajn platforme mladi mogu da se obrate profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja za psihološku podršku putem četa, imejla ili video-poziva, a postoji i krizna podrška u obliku SOS telefona. Platforma Svejek je posebno dizajnirana da bude pristupačna i intuitivna te da omogući korisnicima brz i jednostavan pristup potrebnoj pomoći. Pored individualnog savetovanja, platforma nudi i različite edukativne resurse, radionice i forume gde mladi mogu da razmenjuju svoja iskustva i dobiju podršku od zajednice. Pored sadržaja za mlade, na platformi ima i sadržaja za roditelje i za saradnike (odnosno profesionalce).

[Nacionalna dečija linija \(NADEL\)](#) predstavlja besplatnu i anonimnu uslugu namenjenu deci i mladima koja im omogućava da se obrate za pomoć i podršku u teškim situacijama. Preko ove linije deca i mladi mogu da razgovaraju sa obučanim savetnicima o svojim problemima, npr. o pitanjima vezanim za zlostavljanje, stres, depresiju i druge izazove mentalnog zdravlja. Nacionalna dečija linija je dostupna putem telefona i onlajn četa i pruža bezbedan prostor gde mladi mogu da izraze svoja osećanja i dobiju stručne savete i smernice. Ova inicijativa ima za cilj da osnaži decu i mlade, pruži im potrebnu podršku i doprinese njihovom emocionalnom i psihološkom blagostanju.

Trenutno je u planu otvaranje novih onlajn savetovališta za mlade u Srbiji koja treba da pomognu da se smanji stigma oko mentalnog zdravlja i da mladi dobiju potrebnu pomoć na način koji im je najprijatniji.

Pružanje intervencija na daljinu onlajn savetovanjem. Onlajn savetovanje daje mladima priliku da se diskretno i udobno povežu sa profesionalcima iz oblasti prevencije i zaštite mentalnog zdravlja, bez obzira na geografske prepreke i bez obzira na okvir u kojem oni pružaju usluge podrške. Savetovanje mladih u vezi sa mentalnim zdravljem obuhvata širok spektar aktivnosti usmerenih na podršku i osnaživanje mladih u suočavanju sa emocionalnim, socijalnim i psihološkim izazovima. Mladima se može pomagati da prevaziđu tegobe i simptome vezane za stres, anksioznost, narušeno raspoloženje, probleme sa samopoštovanjem i identitetom te izazove povezane sa školskim ili porodičnim problemima. Ovaj pristup omogućava brže dobijanje pomoći, intenzivniju privatnost i veću fleksibilnost u zakazivanju termina.

Iskustva psihoterapeuta

Šta nam govore podaci istraživačkog projekta o iskustvima kognitivno-bihevioralnih terapeuta iz cele Evrope (pa i iz Srbije i okolnih zemalja) koji su u različitim okruženjima pružali psihoterapiju na daljinu tokom pandemije ([projekat theREMOTecbt](#), pri Evropskoj asocijaciji za bihevioralne i kognitivne terapije)? Kada su u pitanju oni koji su radili sa decom i adolescentima, polovina terapeuta povećala je broj onlajn seansi u odnosu na period pre pandemije, a trećina je smatrala da su onlajn terapija i terapija uživo bar jednako delotvorne. Prepoznate su prednosti onlajn terapije (veća dostupnost, lakše planiranje u odnosu na školski raspored, jednostavnija organizacija, dobra uključenost u intervencije i brže pokretanje terapijskog procesa, prijemčivost mladih za digitalne načine komunikacije koja pomaže procesu, lakše otvaranje i bolji doživljaj bezbednosti, lakše deljenje audiovizuelnih materijala, ekonomičnost), a uočeni su i neki izazovi (distrakcija, otežano uspostavljanje terapijskog saveza i povezanosti, pitanje onlajn bezbednosti i privatnosti kada su roditelji tu, teškoće u izvođenju terapijskih vežbi i pregledanju terapijskih zadataka, manja dostupnost neverbalnih informacija o mladoj osobi i teže prepoznavanje emocija). Priličan broj terapeuta istakao je da im je potrebna dodatna obuka za sprovođenje onlajn terapije te da ovu obuku treba uvesti u standardne psihoterapijske kurikule.

Sve navedeno nam govori da je rad na daljinu sa mladima format budućnosti, ali da treba obratiti posebnu pažnju na to da profesionalac mora posedovati informacije, resurse i veštine kako bi mogao da pruža podršku na daljinu na što primereniji način.

Kada je u pitanju podrška na daljinu, veoma je važno da se ona pruža u skladu sa postojećim smernicama i zakonskim propisima.

Intervencije koje su već opisane u ovoj publikaciji mogle bi se primeniti i na format koji podrazumeva rad na daljinu. Kada su u pitanju javni sistemi, u okviru UNICEF-ovog projekta jačanja kapaciteta za pružanje MHPSS podrške mladima u Srbiji pilotirane su usluge telezdravstva (usluge na daljinu u zdravstvenom sistemu). Iskustva i preporuke proistekle iz njih iznete su u posebnom priručniku, a u kontekstu savremenih saznanja o telezdravstvu.

Telezdravstvo

Telezdravstvo obuhvata pružanje zdravstvenih usluga i informacija putem elektronskih informacionih i telekomunikacionih tehnologija. To se odnosi na konferencijske video-pozive, telefonske konsultacije odnosno intervencije te na usluge koje se pružaju preko interneta i putem aplikacija za mobilne telefone. Telezdravstvo omogućava pružaocima zdravstvenih usluga da zbrinjavaju mlade na velikim udaljenostima uz pomoć saveta, podsetnika, edukacija, intervencija i praćenja. Ovo su ciljevi telezdravstva:

- lakši pristup zdravstvenoj zaštiti ljudima koji žive u udaljenim zajednicama,
- prevencija širenja zaraznih bolesti u toku epidemija i/ili pandemija,
- povećanje dostupnosti zdravstvenih usluga za ljude koji imaju ograničenu sposobnost kretanja, ograničeno vreme ili ograničene mogućnosti prevoza,
- poboljšanje komunikacije i koordinacije nege između članova zdravstvenog tima i osobe koja prima negu,
- pružanje saveta za samoupravljanje zdravstvenom zaštitom,
- ostvarivanje veće socijalne podrške.

Najčešće zastupljeno pružanje e-zdravstvenih usluga globalno kod dece i omladine u poslednje tri godine beleži se upravo u domenu mentalnog zdravlja. Rezultati pilot-projekta koji su radili stručnjaci Instituta za mentalno zdravlje u saradnji sa UNICEF-om pokazali su značajno unapređenje mentalnog zdravlja kod najvećeg procenta mladih koji su dobijali usluge telezdravstva: najveći procenat ispitanika je istakao poboljšanje tretmana, veće zadovoljstvo tokom tretmana i lako prilagođavanje na ovaj način rada. Terapija koja započne uživo, u četiri oka, doprinosi jačanju terapijskog saveza koji se uspostavlja u telezdravstvu.

Reference

- American Psychological Association. (n.d.). Telehealth resources. <https://www.apa.org/news/perspectives/telehealth-resources>
- Beck J. (2020). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Bergman AA, Olsson C. (2020). *Adolescence: A period of social change, risk-taking, and identity formation*. Cambridge University Press.
- Brown NW. (2018). *Psychoeducational Groups: Process and Practice using Group Techniques with Adolescents*. Routledge.
- Hickson, L., Thomas, K., & Burke, D. (2021). Group therapy interventions for youth: Impact and effectiveness. *International Journal of Mental Health*, 23(4), 180–192.
- Hollis, C., Sampson, S., Simons, L., & Luntamo, M. (2021). Telehealth interventions for children and adolescents with mental health problems: A systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 507–518. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00099-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00099-1)
- Kazdin AE. (2008). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Malekoff A. (2014). *Group Work with Adolescents: Principles and Practice* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Mitchell, S. (2016). The importance of peer interactions in adolescent mental health. *Journal of Adolescent Development*, 58(3), 230–238.
- Munjiza Jovanović A, Pešić D, Radovanović A, Jeremić E, Mitković Vončina M, Pejović Milovančević M. Vodič za pružanje telezdravstvenih interventnih usluga mladima sa mentalnim tegobama u zdravstvenom sektoru. Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 2024.; dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/media/27506/file/Vodic%20za%20pruzanje%20telezdravstvenih%20usluga.pdf>
- Nieuwsma JA, Trivedi RB, McDuffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams JW. (2012). Brief psychotherapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med.*, 43(2), 129–51.
- Owens RL, Waters L. (2020). What does positive psychology tell us about early intervention and prevention with children and adolescents? *The Journal of Positive Psychology*, 15(5), 588–97.
- Parker AG, Hetrick SE, Purcell R. (2010). Psychosocial assessment of young people: Refining and evaluating a youth-friendly assessment tool. *Aust Fam Physician*, 39(8), 585–8.
- Pejović Milovančević M, Pešić D. Ljudi govore.
- UNICEF psihosocijalne intervencije na daljinu za devojčice i adolescentkinje izbeglice i migrante koje su preživele rodno zasnovano nasilje; dostupno na: <https://www.unicef.org/lac/en/media/42061/file/remote-psychosocial-support-model.pdf>
- UNHCR — dizajniranje bezbednih digitalnih psihosocijalnih intervencija za izmeštene adolescente; dostupno na: <https://www.unhcr.org/innovation/wp-content/uploads/2023/03/Designing-Safe-Digital-Mental-Health-and-Psychosocial-Support-MHPSS.pdf>
- Yalom ID, Leszcz M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.

Međusektorska saradnja

Kako bi se model MPUM uspešno primenjivao, svi pružaoci podrške moraju delovati koordinisano da bi osigurali oporavak mladih osoba sa teškoćama mentalnog zdravlja. Za uspešnu saradnju potrebni su sistemski pristup, sveobuhvatnost, integrisano delovanje koje podrazumeva preventivne i promotivne mere i odgovore na postojeće probleme, održivost, usmerenost ka mladima te koordinacija između različitih aktera i nivoa delovanja. Veoma je važno da se uvažavaju uloga i kapacitet svakog sektora i da se ranije opisani alati integrišu u sveukupno delovanje svakog sistema. Za sistem primarne zdravstvene zaštite to je dominantna podrška u oblasti mentalnog zdravlja koju pružaju. Za sistem obrazovanja to je deo šire podrške koja obuhvata veliki deo promocije i prevencije i dodatnih oblika rane intervencije tako što se stvara sredina koja odgovara potrebama mlade osobe, jača njene snage, uključuje vršnjake i učitelja/nastavnika koji najbolje poznaju mladu osobu te koristi neke druge dodatne alate u proceni. U okviru socijalne zaštite ovaj set se prilagođava raznovrsnim potrebama dece i mladih korisnika socijalne zaštite i povezuje sa drugim merama i sistemima zaštite i osnaživanja deteta i porodice. Ovo poglavlje detaljno opisuje ulogu različitih sistema u brizi o mladima i načine njihovog povezivanja kroz sistem objedinjene podrške. U okviru ove oblasti ističe se važnost pristupa „korak po korak” u pružanju podrške mentalnom zdravlju mladih, što omogućava prilagodljiv odgovor na različite nivoe potreba, smanjuje stigmatizaciju i omogućava pravovremeno prepoznavanje problema mentalnog zdravlja i reagovanje na njih. Pristup „korak po korak”, od blažih do intenzivnijih i specijalizovanih intervencija, od savetodavnog okruženja bližeg prirodnom okruženju mlade osobe (npr. pedagoško-psihološka služba škole) do specijalizovanih službi, podrazumeva postojanje algoritama za upućivanje adolescenta i porodice kroz službe, uz mehanizme (tim za podršku adolescentu) koji olakšavaju „put adolescenta” kroz sisteme.

Da bi se omogućilo adekvatno pružanje usluga psihosocijalne podrške iz paketa MPUM, mora postojati saradnja svih pružalaca podrške, i između različitih sektora i unutar svakog sektora (ovom publikacijom obuhvaćeni su obrazovanje, socijalna zaštita i zdravstvo, što ne znači da se u budućnosti neće uključiti i drugi sektori). Takva saradnja na najefikasniji način pomaže funkcionalni oporavak mlade osobe sa teškoćama mentalnog zdravlja.

U osnovne principe međusektorske saradnje spadaju sistemski pristup, sveobuhvatnost, integrisano delovanje intervencija (i preventivnih i onih koje odgovaraju na identifikovani problem), održivost, usmerenost ka mladima te koordinacija među mnoštvom aktera i nivoa delovanja. Integrisanje MPUM u sektorski sistem treba sprovoditi uz maksimalno uvažavanje već postojećih resursa, znanja i veština u radu s mladima. Znanja i veštine MPUM treba da obogate znanja i veštine koje već postoje u sektorima u kojima borave mladi, pa će integracija omogućiti održivost, sveobuhvatnost te bolje razumevanje i povezivanje sa drugim sektorima, a svaki sistem uklopiće ovaj paket u svoj postojeći okvir, čime će ga proširiti i osnažiti za bolje prepoznavanje izazova mentalnog zdravlja mladih.

Postojanje sistemskog pristupa u praksi te sveobuhvatnost integrisanog delovanja i primenljivosti intervencija uslovljeni su kvalitetnom i kontinuiranom međusektorskom saradnjom između glavnih aktera. Strategija jačanja međusektorske saradnje zasniva se na uspostavljanju minimalnog paketa usluga za mlade koji se pruža u svim sektorima u svakoj tački kontakta mlade osobe i sistema koji ima kapacitet za savetovanje, a u međusobnoj koordinaciji, kako bi se obezbedila efikasnost u brzom odgovoru i ra-

cionalnom korišćenju lokalnih profesionalnih resursa. Svi stručnjaci koji rade po principu MPUM koriste iste strategije rada, definisane samim programom. Posebno je važna sveobuhvatnost koja podrazumeva međusobno povezivanje sistema i koordinaciju radi obezbeđivanja drugih usluga odnosno druge podrške koja je svojstvena za svaki pojedinačni sistem. To omogućava da psihosocijalne intervencije MPUM mladim ljudima pružaju stručnjaci iz sva tri sistema sa istim ciljem — zaštita mentalnog zdravlja.

Kontinuum podrške i pristup „korak po korak“

Modeli dobre prakse u podršci mentalnom zdravlju u svetu ukazuju na važnost pristupa „korak po korak“ (*stepped care*), od službi koje su bliže prirodnom okruženju mladih do specijalizovanih službi, od usluga koje su blage (*soft* ili *low intensity*) do intenzivnijih tretmana.

Takav pristup smanjuje stigmatizaciju i pomaže većem obuhvatu mladih sa potencijalnim ili već razvijenim problemima mentalnog zdravlja. Psihosocijalne intervencije koje se pružaju na taj način omogućavaju reagovanje na više nivoa prevencije (univerzalni, selektivni, indikovani). To čini dobar okvir za prepoznavanje ranih znakova upozorenja te za preventivno i promotivno dejstvo psihosocijalnih intervencija i pre nego što se razviju jasni psihijatrijski poremećaji.

Taj okvir omogućava i ravnomerno raspoređivanje po postojećim resursima u sistemu, što je značajno jer može rezultirati većim obuhvatom, smanjenjem stigmatizacije, kvalitetnijom uslugom i manjim sagoravanjem profesionalaca.

Da bismo dobili jasniju sliku aktivnosti sistema, najpre ćemo sagledati opšte odrednice, a onda odrednice po sistemima uloga koje akteri treba da zauzmu.

Slika 44. Piramidalna shema koja definiše nivoe aktivnosti potrebnih da bi se obezbedila briga o dobrobiti i mentalnom zdravlju dece i adolescenata

(preuzeto iz: *Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in the East Asia and Pacific region: Regional report, 2022*)



U ovoj piramidi svi sistemi učestvuju u nivou *unapređenja (promocije)*, koji obuhvata društvena uverenja, osnovne usluge i obezbeđivanje sigurnosti te podršku porodici i zajednici da prepozna i pruži ovaj nivo podrške.

Svi sistemi učestvuju i u narednom nivou, nivou *univerzalne prevencije* koja je namenjena svim mladima.

Kada su u pitanju nivo *ciljane prevencije*, odnosno fokusirana psihosocijalna podrška deci i mladima koji imaju faktore rizika (selektivna prevencija), te nivo *supkliničke podrške*, odnosno fokusirana psihosocijalna podrška deci i mladima koji se već suočavaju sa tegobama u domenu mentalnog zdravlja koje još uvek ne predstavljaju razvijene mentalne poremećaje (indikovana prevencija), svoju ulogu imaju stručne službe obrazovnih ustanova, savetovališta pri primarnoj zdravstvenoj zaštiti i službe socijalne zaštite. Stručnjacima tih službi okvir za pružanje podrške može ponuditi edukacija iz MPUM (što obuhvata procenu psihosocijalnog funkcionisanja i teškoća mlade osobe u glavnim domenima, pružanje konkretne psihosocijalne podrške mladim osobama i prepoznavanje eventualnih složenijih problema mentalnog zdravlja koji zahtevaju upućivanje u specijalizovane službe).

Konačno, u nivou *specijalizovane podrške* za decu i mlade koji imaju poremećaje u oblasti mentalnog zdravlja učestvuju psihijatrijske službe primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite koje pružaju tretman i osnov za funkcionalni oporavak, a koje se u postizanju reintegracije i funkcionalnog oporavka mlade osobe tokom i nakon psihijatrijskog tretmana oslanjaju i na druge sisteme (i stručnjake za MPUM u njima).

Kada se radi o našoj zemlji, međutim, postoje brojni izazovi za uspostavljanje pristupa „korak po korak” u pružanju podrške mentalnom zdravlju mladih. Za razliku od zemalja koje predstavljaju primere dobre prakse, u našoj zemlji *nema dovoljno profesionalaca* koji bi na različitim nivoima (tj. u različitim koracima) podrške pružali psihosocijalne intervencije, a posebno kada se radi o nivou koji se bavi najčešćim smetnjama (od blagih do umerenih). Upravo tu stupa na scenu „profesionalac za MPUM”, odnosno profesionalac kome je namenjena ova publikacija.

„Profesionalac za MPUM” radi u različitim sektorima i obučava se za pružanje osnovnih psihosocijalnih intervencija, može da prepozna znake upozorenja i rane znake, da pruži podršku za blaže probleme, a u slučaju složenijih problema može da uputi mladu osobu na dalje „korake” kroz sisteme podrške.

Kako bi se unapredili obim i kvalitet pružanja podrške, različiti sistemi treba da imaju dovoljan broj „profesionalaca za MPUM”.

Kada se radi o međusektorskoj saradnji u našoj zemlji, takođe treba unaprediti *mehanizme* koji bi na strukturiran način povezali profesionalce iz različitih službi koje pružaju podršku mladoj osobi i lakše povezali mladu osobu sa svakom instancom; to bi postavilo platformu za što efikasniju podršku i što bolje ishode mentalnog funkcionisanja mlade osobe.

Uloga različitih sistema u brizi o mladima

Sistem obrazovanja

Svi učesnici u razvoju mladih (pri čemu odrasli u školi igraju veoma važnu ulogu) imaju odgovornost da postupaju u skladu sa njihovim najboljim interesima u pogledu razvoja i zdravlja, odnosno da poznaju informacije važne za razvoj i mentalno zdravlje, da prepoznaju rane znake upozorenja pre nego što se problemi dodatno razvijaju te da upute mladu osobu i porodicu na najprimereniji oblik podrške.

Obrazovni sektor je izuzetno važan za sprovođenje univerzalnih, preventivnih intervencija te za obezbeđivanje da škola i okruženje za učenje promovišu mentalno zdravlje i blagostanje. Osim što pružaju pristup zasnovan na nastavnom planu i programu za podršku socijalnom i emocionalnom učenju, škole mogu i da oblikuju stavove i norme u vezi sa mentalnim zdravljem i pozitivnim odnosima, što značajno doprinosi izgradnji okruženja za dobro mentalno zdravlje. Škole takođe imaju važnu ulogu u podršci deci i adolescentima sa dodatnim potrebama u oblasti mentalnog zdravlja, npr. tako što pružaju alternativne mogućnosti učenja (inkluzija). Škole omogućavaju da se prepoznaju problemi u funkcionisanju mladih kroz kontakt sa njima, uz dodatnu pomoć za procenu psihosocijalnog funkcionisanja koju pružaju stručni saradnici iz pedagoško-psiholoških službi. Kada je u pitanju podrška deci i mladima sa faktorima rizika i postojećim problemima psihosocijalnog funkcionisanja i mentalnog zdravlja, obrazovni sektor verovatno čini najveću radnu snagu za primenu MPUM, jer stručnjaci iz tog sektora imaju potencijal da dopru do velikog broja dece i adolescenata.

U Tabeli 26 definišu se uloge određenih predstavnika sistema obrazovanja u piramidi aktivnosti.

Tabela 26. Aktivnosti u sistemu obrazovanja kojima se obezbeđuje briga o dobrobiti i mentalnom zdravlju dece i adolescenata

RESOR OBRAZOVANJA			
Pružaoци usluge	Podrška resora obrazovanja zaštititi zdravlja — podrška supkliničkoj i specijalizovanoj nezi	Ciljana prevencija	Promocija
Nastavnici	Prepoznavanje ranih znakova problema u domenu psihosocijalnog funkcionisanja i mentalnog zdravlja (primeri indikatora nalaze se u različitim publikacijama pomenutim u tekstu) i razmena informacija Praćenje Informisanje PP službe i saradnja sa PP službom kroz praćenje preporuka — učešće u izradi i realizaciji plana podrške (učenje i ocenjivanje) Učestvovanje u timu za pružanje dodatne podrške	Prepoznavanje faktora rizika kod dece i mladih Učešće u pružanju podrške — u okviru postojećih timova za podršku (tima za zaštitu od nasilja, tima za pružanje dodatne podrške) Podrška u nastavi i učenju, uvid u vannastavne aktivnosti, praćenje	Časovi odeljenjskog starešine (ciljane radionice), redovna nastava, vannastavne aktivnosti, izborni predmeti, dodatna nastava sa učenicima o mentalnom zdravlju Roditeljski sastanci — tematski, uključivanje eksperata u promotivne aktivnosti Opšte preventivne aktivnosti (razmotriti one za koje postoje odgovarajući dokazi)

RESOR OBRAZOVANJA			
Psihološko-pedagoška služba (PP služba)	Jačanje kompetencija PP kroz MPUM Prepoznavanje ranih znakova problema u domenu mentalnog zdravlja Pružanje individualne podrške učenicima sa tegobama koje još uvek ne predstavljaju razvijene mentalne poremećaje — savetodavni rad sa učenicima (u okviru MPUM) Saradnja sa nastavnicima — konsultacije Kontakt sa ustanovom van obrazovnog sistema — razmena informacija, pružanje individualne podrške deci i mladima tokom i nakon psihijatrijskog tretmana u saradnji sa zdravstvenom ustanovom Savetodavni rad sa roditeljima Obezbeđivanje saglasnosti za organizovanje nastave na daljinu u određenom periodu	Pružanje individualne podrške učenicima pod rizikom (savetodavni rad, uključivanje u aktivnosti škole, radionice, grupni rad) Saradnja sa spoljašnjom mrežom podrške Upućivanje na savetovališta/ustanove	Jačanje kompetencija kod učenika, nastavnika i roditelja Formiranje vršnjačkih timova Podrška kroz učeničke parlamente Uključivanje eksperata
Vršnjaci	Prepoznavanje i identifikacija problema u psihosocijalnom funkcionisanju mladih i ranih znakova problema mentalnog zdravlja (neformalno) — kao izvor informacija o prijateljima koji imaju aktuelne izazove Vršnjačka podrška (u skladu sa informisanim pristankom vršnjaka kome se pruža podrška i vršnjaka koji pruža podršku te uz superviziju odrasle kompetentne osobe) Podrška bliskih prijatelja Praćenje napretka i informisanje nastavnika i PP službe — vršnjak koji pruža podršku može dobrovoljno dati informacije odraslim osobama o tome kako se oseća vršnjak kome je pružao podršku (ovo nije obaveza učenika i pred njega se ne smeju postavljati zahtevi bilo da pruža podršku bilo da daje ili deli informacije o svojim vršnjacima) Uključivanje u vannastavne aktivnosti, timove, grupe	Prepoznavanje i identifikacija faktora rizika (neformalno) — kao izvor informacija o prijateljima koji imaju aktuelne izazove Vršnjačka podrška (u skladu sa informisanim pristankom vršnjaka kome se pruža podrška i vršnjaka koji pruža podršku te uz superviziju odrasle kompetentne osobe) Posebna uloga bliskih prijatelja — onih koji poznaju učenika sa izazovom Praćenje napretka i informisanje nastavnika i PP službe — vršnjak koji pruža podršku može dobrovoljno dati informacije odraslim osobama o tome kako se oseća vršnjak kome je pružao podršku; pred njega se ne smeju postavljati zahtevi bilo da pruža podršku bilo da daje i deli informacije o svojim vršnjacima	Promotivne aktivnosti u školi i lokalnoj zajednici Učešće u projektima Aktivnosti u okviru učeničkog parlamenta Aktivnosti na društvenim mrežama Serije/filmovi

Kada su u pitanju nastavno osoblje i drugi zaposleni u školama koji nisu stručni saradnici u domenu mentalnog zdravlja i razvoja, publikacija *Mentalno zdravlje u školama* može poslužiti kao izvor najvažnijih informacija o glavnim tačkama mentalnog razvoja, ranim znacima upozorenja i smernicama za upućivanje na oblike podrške. Nastavnici i odeljenjske starešine, pre svega, treba da imaju ulogu u realizaciji preventivnih aktivnosti (mentalno zdravlje mladih, zdravi stilovi života, kome mladi da se obrate ako imaju određene poteškoće i dr.) i da budu senzibilisani da prepoznaju faktore rizika i promenu ponašanja dece, da o tome obaveste roditelja, da se konsultuju sa stručnim saradnicima škole i da pružaju podršku deci kako bi savladala probleme. Kao primer navodimo kako je za potrebe preliminarne identifikacije žrtava trgovine ljudima u sistemu obrazovanja Ministarstvo prosvete sačinilo spisak indikatora koji može da bude veoma dobra osnova za nastavnike, posebno za prvo uočavanje poteškoća, izazova ili promena ponašanja kod dece, a ne samo za mentalne poteškoće. Iz prakse znamo da pojedini nastavnici i odeljenjske starešine taj spisak koriste za identifikaciju različitih poteškoća kod dece jer je obuhvatan i daje smernice za dalje postupanje zaposlenih u sistemu obrazovanja na osnovu identifikovanih indikatora.

Spisak indikatora nalazi se na adresi <https://prosveta.gov.rs/wp-content/uploads/2022/06/Finalna-verzija-liste-indikatora-za-preliminarnu-identifikaciju-trgovine-ljudima-jun-2022.pdf>

Nastavnicima kao korisna literatura može poslužiti i publikacija app.mhpss.net/?get=417/9789240026261-engl.pdf (Magnifican Mei).

Kada su u pitanju saradnici u PP službi, njima MPUM nudi sistematizaciju najvažnijih informacija koje pored navedenih koraka obuhvataju i informacije o proceni glavnih domena funkcionisanja i teškoća te o načinu pružanja podrške, s obzirom na to da je škola „prirodno okruženje” i da je to ponekad prva linija na kojoj se pruža psihosocijalna podrška.

U relevantne međusektorske aktere iz obrazovno-vaspitnog sistema ubrajamo:

- međuresornu komisiju koja se formira na nivou jedinice lokalne samouprave,
- obrazovno-vaspitne institucije (školski odbor, savet roditelja škole i učenički parlament kao organe škole),
- spoljašnju mrežu podrške školi u situacijama nasilja (centar za socijalni rad, MUP, javni tužilac, dom zdravlja),
- univerzitetska tela, fakultete (studentski parlament, studentske nevladine organizacije), mreže studentskih domova sa svim pridruženim službama iz tih mreža.

S obzirom na to da se sve više prepoznaje odnos između mentalnog zdravlja mladih i akademskih postignuća u platformi koju škole mogu ponuditi, po školama u svetu je došlo do ekspanzije intervencija vezanih za podršku mentalnom zdravlju i dobrobiti učenika, a detaljnije smernice i informacije na tu temu mogu se naći na sledećim linkovima (kliknuti):

[Приручник за школе са примерима добрих пракси](#)

[Водич за школе: Ка сигурном и подстицајном окружењу](#)

[Mentalno zdravlje u školama: zašto je važno, kako prepoznati probleme i kako reagovati](#)

Sistem socijalne zaštite

Sektor socijalne zaštite, kao i ostali sistemi, ima značajnu ulogu u promotivnim aktivnostima i univerzalnoj prevenciji kada je u pitanju psihosocijalno funkcionisanje i mentalno zdravlje dece i mladih. Stručnjaci iz tog sektora posebnu pažnju pridaju radu na zaštiti dece i radu sa porodicama u riziku, zbog čega taj sektor ima bitnu ulogu u pružanju ciljanih preventivnih intervencija za rešavanje najvažnijih faktora rizika, posebno za one koji su pod visokim rizikom (npr. deca izložena nasilju, zanemarivanju ili eksploataciji te deca i mladi koji imaju roditelje sa problemima mentalnog zdravlja). Taj sektor takođe ima važnu ulogu u skriningu i ranoj identifikaciji tegoba iz domena mentalnog zdravlja kod dece i mladih u određenim okruženjima te u podršci snažnom sistemu upućivanja i pružanja odgovorne nege za stanja mentalnog zdravlja u sklopu multidisciplinarnog tima. Upravo okvir MPUM omogućava stručnjacima iz socijalne zaštite pružanje dva navedena vida podrške (deci i mladima sa faktorima rizika te deci i mladima sa prepoznatim tegobama). Sektor socijalne zaštite takođe može igrati važnu ulogu u javnom i nacionalnom zagovaranju koje pomaže u borbi protiv stigme i štetnih normi.

Kako sistem socijalne zaštite pomaže mladima sa teškoćama mentalnog zdravlja? Kada su u pitanju deca i mladi sa teškoćama u psihosocijalnom funkcionisanju ili mentalnom zdravlju, centar za socijalni rad treba, pre svega, da reaguje na prijave građana, ustanova, organizacija i samih mladih da postoje znaci takvih teškoća kod deteta ili mlade osobe tako što će napraviti procenu stanja u porodici i okruženju deteta ili mlade osobe, između ostalog izlaskom na teren te razgovorom sa detetom ili mladom osobom i članovima porodice. Ako je procena da ima osnova za dalje delovanje u oblasti socijalne zaštite, sačinjava se individualni plan zaštite ili plan usluga, uz participaciju deteta ili mlade osobe i porodice. Profesionalci iz centra za socijalni rad mogu pružiti korisnicima savetodavnu podršku ako su problemi blaži (u okviru MPUM) ili ih mogu uputiti na specijalizovane pružaoce usluga socijalne zaštite. Centar za socijalni rad ima, takođe, obavezu da prati šta se sa detetom ili mladom osobom i porodicom dešava sve dok traje zaštita, da obavlja tzv. ponovne preglede (revizije) aktuelnog stanja te da u saradnji sa svim akterima podrške revidira plan i donosi druge mere porodičnopravne zaštite. Posebno je značajna tzv. postinstitucionalna podrška ili podrška nakon tretmana, koju centar za socijalni rad može da sprovodi uz pomoć i saradnju drugih pružalaca usluga iz oblasti socijalne zaštite i iz drugih sektora. Izuzetno je važno da pojedinci, ustanove i organizacije koji su prijavili potrebu da se centar za socijalni rad uključi ostanu u kontaktu sa tom službom i sve vreme aktivno sarađuju sa njom.

Drugi pružaoci usluga socijalne zaštite (ustanove za smeštaj, savetovališta i druge organizacije) takođe imaju obavezu da aktivno učestvuju u procesu pružanja podrške svojim korisnicima, u svim fazama, od prepoznavanja problema, preko procene i planiranja, do realizacije podrške. Pružaoci usluga često nemaju formalnu obavezu da prate proces i pružaju podršku, mada mogu to da organizuju, a neretko to i čine, pogotovo kada su u pitanju deca bez roditeljskog staranja, koja se najčešće najbolje povezuju sa vaspitačima i drugim stručnjacima iz doma ili prihvatilišta.

Tabela 27. Aktivnosti u sistemu socijalne zaštite kojima se obezbeđuje briga o dobrobiti i mentalnom zdravlju dece i adolescenata

RESOR SOCIJALNE ZAŠTITE			
Pružaoци usluge	Podrška resora socijalne zaštite zaštititi zdravlja — podrška supkliničkoj i specijalizovanoj nezi	Ciljana prevencija	Promocija, univerzalna podrška
Voditelj slučaja pri centru za socijalni rad	Sačinjava početnu procenu, utvrđuje polje rada i mrežu podrške, sačinjava plan podrške i prati realizaciju Jačanje kapaciteta stručnjaka za pružanje podrške — MPUM Individualna podrška (MPUM) za decu i mlade sa tegobama u domenu psihosocijalnog funkcionisanja i mentalnog zdravlja (koje još uvek ne predstavljaju razvijeni mentalni poremećaj i ne zahtevaju uključivanje psihijatra) te upućivanje i pružanje podrške deci i mladima tokom i nakon psihijatrijskog tretmana (u saradnji sa institucijama iz drugih sektora) Na osnovu individualnog plana i uključenosti drugih resora (zdravstvo, obrazovanje) sastaje se međuresorni tim formiran na osnovu potpisanog lokalnog protokola o saradnji (na sastanku tima razmatra se svaki predmet pojedinačno i uključuju se drugi resori sa podrškom za koju je procenjeno da je potrebna porodici) Usmeravanje porodice na resurse zajednice Praćenje plana za dete i porodicu, ponovni pregled ishoda planiranih aktivnosti i predlaganje daljih mera iz oblasti porodičnopravne zaštite za zaštitu deteta i mlade osobe (i porodice) Podrška radu međuresorne komisije — stručni radnik (socijalni radnik) centra za socijalni rad je član međuresorne komisije Finansijska podrška porodici (jednokratna novčana pomoći, podrška za mlade preko 18 godina koji su sprečeni da rade — upućivanje na procenu radne i poslovne sposobnosti)	Procena rizika i motivisanje za odlazak na savetovanje, odnosno upućivanje na savetovanje Usmerena procena za dete, mladu osobu i porodicu Plan za dete i porodicu kojim se planiraju aktivnosti podrške i pomoći za prevazilaženje izazova Individualna podrška (MPUM) za decu i mlade sa faktorom rizika Uspostavljanje mreža podrške — mapa podrške u zajednici Međuresorni tim formiran na osnovu potpisanog lokalnog protokola (MPUM) — ako je dete ili mlada osoba korisnik sistema socijalne zaštite, onda centar za socijalni rad inicira i multisektorsku podršku, a aktivnosti koordinira zavod za javno zdravlje (u skladu sa zrenjaninским protokolom)	Edukacija roditelja, staratelja i hranitelja Digitalna pismenost i rizik od „tamne strane interneta“ Identifikacija (početna procena) potreba i upućivanje — na službe savetovanja u okviru sistema socijalne zaštite ili drugih dostupnih servisa u zajednici Zagovaranje i promocija Informisanje svih mladih o uslugama koje postoje u sistemu socijalne zaštite Informisanje dece i mladih koji se nalaze u sistemu alternativne brige i staranja (domovi, CPSU, zavodi za vaspitanje)

Sistem zdravstvene zaštite

Zdravstveni sektor igra centralnu ulogu u obezbeđivanju pristupačnih i odgovornih usluga mentalnog zdravlja za decu i mlade sa problemima mentalnog zdravlja. To podrazumeva ranu identifikaciju, skrining, upućivanje i upravljanje od strane nespécializovanih pružalaca usluga (lekara opšte prakse, medicinskih sestara, zdravstvenih radnika u zajednici i volontera) odnosno od strane stručnjaka ustanova za posebne kompleksne situacije (psihijatare, dečijih i adolescentnih psihijatare, medicinskih sestara koje rade u okviru specijalizovanih ustanova, kliničkih psihologa, socijalnih radnika u zdravstvenim ustanovama, radnih terapeuta, specijalnih pedagoga, defektologa, logopeda). Zdravstveni sektor, takođe, može da igra važnu ulogu u ciljanoj prevenciji za one koji su u riziku od pojave problema mentalnog zdravlja (npr. pružanje preventivnih intervencija za decu i adolescente sa komorbidnim zdravstvenim stanjima, onima u visoko rizičnim okruženjima, podrška pozitivnom roditeljstvu i roditeljima sa mentalnim zdravstvenim problemima) te u unapređenju mentalnog zdravlja. Zdravstveni sektor može, zatim, biti zastupnik i lider u primeni MPUM, s obzirom na to da zdravstvena služba igra značajnu ulogu u pružanju usluga mentalnog zdravlja.

Sveobuhvatni sistem zdravstvene brige o mladima na lokalnom nivou čine mreže zdravstvenih ustanova primarne (domovi zdravlja, zdravstveni centri, zavod za zdravstvenu zaštitu studenata), sekundarne (bolnice) i tercijarne zdravstvene zaštite (instituti, klinike, klinički centri). Savetovašta kao efikasan oblik preventivnog rada sa decom i porodicom spadaju u primarni nivo zdravstvene zaštite.

Kako sistem zdravstvene zaštite pomaže mladima sa teškoćama mentalnog zdravlja? Zdravstvene ustanove pružaju usluge dijagnostičke procene, razvojnog savetovanja i savetovanja za mlade te različitih vidova tretmana u okviru opšte i pedijatrijske prakse, odnosno u okviru različitih specijalističkih službi, među kojima je i psihijatrijska služba. Nažalost, na nivou primarne zdravstvene zaštite postoje izazovi kada je u pitanju psihijatrijska služba, jer nema dovoljno dečijih psihijatare niti su oni do sada sistematizovani, a mnogim ustanovama primarne zaštite nedostaju i psihijatri za starije uzraste.

Ostvarivanju međusektorske saradnje direktno doprinosi i član 88 Zakona o zdravstvenoj zaštiti: „U obezbeđivanju primarne zdravstvene zaštite zdravstvene ustanove ostvaruju saradnju sa drugim zdravstvenim, socijalnim, obrazovnim i drugim ustanovama i organizacijama za pripremanje i izvođenje programa za očuvanje i unapređenje zdravlja“. Najintenzivnija međusektorska saradnja ostvaruje se kroz rad međuresornih komisija u oblasti pružanja dodatne, obrazovne, zdravstvene i socijalne podrške deci i zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja.

**Tabela 28. Aktivnosti u sistemu zdravstvene zaštite kojima se obezbeđuje
briga o dobrobiti i mentalnom zdravlju dece i adolescenata**

RESOR ZDRAVSTVA			
Pružaoци usluge	Zaštita zdravlja — učešće u supkliničkoj i kliničkoj nezi	Ciljana prevencija	Promocija
Specijalista u oblasti mentalnog zdravlja (psihijatar, dečiji i adolescentni psihijatar, koji rade na bilo kom nivou zdravstvene zaštite, medicinska sestra/tehničar, klinički psiholog, socijalni radnik, specijalni pedagog, defektolog, logoped, koji rade u specijalizovanoj ustanovi za mentalno zdravlje)	Dijagnostika, lečenje, smernice za funkcionalni oporavak i reintegraciju mladih (u okviru saradnje sa drugim sektorima, npr. smernice namenjene školi) Saradnja sa psihologom iz doma zdravlja i drugim kolegama koje mogu da koordiniraju celokupnu podršku u mestu stanovanja nakon otpusta iz ustanova sekundarnog ili tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite Obezbeđivanje specijalizovane kliničke zdravstvene nege (uključujući i bolničku negu i druge intenzivne oblike tretmana) Pružanje rehabilitacionih usluga za decu i adolescente sa mentalnim poremećajem Obezbeđivanje kontinuirane nege koja obuhvata socijalnu podršku, podršku vršnjaka i zdravstvenih profesionalca Unapređivanje usluga za decu, adolescente i porodice i uključivanje nedovoljno usluženih grupa Obezbeđivanje multidisciplinarnog timskog pristupa u pružanju podrške i terapije za decu i adolescente kojima je potrebna podrška u oblasti mentalnog zdravlja	Praćenje preko tima za podršku mladima (saradnja sa drugim sektorima, konsultacije, supervizija) Selektivni, intenzivni programi u kliničkim, školskim i drugim okruženjima deci i adolescentima sa faktorima rizika, odnosno u kriznim situacijama (između ostalog, i u okviru odgovora na hitne humanitarne situacije, odnosno na različite vanredne situacije) Smernice i podrška školama u vezi sa intervencijama nakon krize (uključujući samoubistva u zajednici) Jačanje skrininga kod dece i adolescenata sa faktorima rizika i njihovih roditelja/staratelja (npr. porodično nasilje, seksualno nasilje, porodična separacija, hronične bolesti) u zdravstvenim ustanovama i razmatranje uvođenja skrininga u škole, u sektor socijalne zaštite i u institucije u oblasti pravosuđa	Učešće u promotivnim aktivnostima (posebno destigmatizacija, prepoznavanje problema i traženje rešenja za samopomoć) Ekspertska podrška drugim sektorima (učešće u promotivnim aktivnostima, konsultacije)

RESOR ZDRAVSTVA			
Pružaoци nespecijalističke usluge (pedijatar, lekar opšte prakse, psiholog i drugi stručnjaci zaposleni na nivou primarne zdravstvene zaštite u sklopu savetovališta za decu i mlade)	Tim doma zdravlja (izabrani lekar i ceo tim) — koordiniše podršku i implementira MPUM (procena, prepoznavanje, pružanje podrške, komunikacija sa sistemima) Upućivanje na specijalistički nivo podrške Integrisanje mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu i redovne preglede fizičkog zdravlja	Implementacija MPUM (prepoznavanje rizika i pružanje adekvatne podrške)	Učešće u promotivnim aktivnostima (posebno destigmatizacija, prepoznavanje problema i traženje rešenja) Ekspertska podrška drugim sektorima (učesće u promotivnim aktivnostima)
Zdravstveni (sa)radnici u zajednici	Sprovođenje MPUM (prepoznavanje, procena, podrška, upućivanje, saradnja sa sistemima) Obučavanje i senzibilisanje zdravstvenih radnika i pružalaca usluga u oblasti razvoja, obrazovanja i socijalne zaštite dece i adolescenata da prepoznaju, podrže i upućuju decu i adolescente kojima je potrebna podrška u oblasti mentalnog zdravlja (npr. nastavnika, školskih psihologa, socijalnih radnika i onih koje rade u sektoru pravde)	Implementacija MPUM (prepoznavanje, procena, podrška, saradnja sa sistemima) Uključivanje i patronažnih sestara u procenu mladih roditelja	Učešće u promotivnim aktivnostima (posebno destigmatizacija, prepoznavanje problema i traženje rešenja) Ekspertska podrška drugim sektorima (učesće u promotivnim aktivnostima)

Drugi sistemi

Nevladine organizacije takođe imaju potencijalno važnu ulogu u implementaciji MPUM. Mnoge organizacije se angažuju u oblastima koje se na neki način odnose na mentalno zdravlje i blagostanje (npr. oblasti fizičkog zdravlja, seksualnog i reproduktivnog zdravlja, dobrobiti dece i razvoja deteta), a pružaju platformu za integraciju konkretnijih aktivnosti iz MPUM. Na primer, snažno partnerstvo sa zajednicama i razumevanje potreba zajednice olakšalo bi sprovođenje aktivnosti koje tiču promovisanja osnovnih znanja o mentalnom zdravlju, rešavanja problema stigme, pružanja usluga u zajednici (identifikacija, upućivanje i prva pomoć) i programa podrške roditeljima i porodicama. Pored toga, sektor nevladinih organizacija i omladinske organizacije mogu imati značajnu ulogu u zagovaranju mentalnog zdravlja. Omladinske organizacije mogu podržati aktivnosti za promovisanje osnovnih znanja o mentalnom zdravlju i učesća mladih u osmišljavanju i implementaciji preventivnih intervencija i intervencija nege u zajednici, odnosno u školskom okruženju i na internetu. Dobri primeri kod nas su Omladinski savez udruženja OPENS i centar CEZAM (koji je osnovao i čiji rad aktuelno koordiniše Institut za mentalno zdravlje u okviru zdravstvenog sektora, sa težnjom da takvi centri postanu samostalne omladinske organizacije u zajednici).

I privatni sektor bi mogao da popuni neke praznine u pružanju usluga, posebno tamo gde su javne usluge ograničene. Osim toga, privatni sektor može da obezbedi finansijsku podršku ili druge resurse (tehnologiju, digitalnu tehnologiju, stručnost, mogućnosti obuke) za podršku inicijativama MPUM kroz programe korporativne društvene odgovornosti.

Međusektorska saradnja — gde smo sada

Trenutno se najintenzivnija međusektorska saradnja ostvaruje preko međuresornih komisija u oblasti pružanja dodatne obrazovne, zdravstvene i socijalne podrške deci, odnosno u oblasti zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja.

Međuresorne komisije koje procenjuju potrebe za dodatnom obrazovnom, zdravstvenom i socijalnom podrškom detetu, učeniku i odraslom direktno povezuju sektore obrazovanja, zdravstvene i socijalne zaštite.

Međuresornu komisiju osniva lokalna samouprava radi procene potreba za pružanjem dodatne obrazovne, zdravstvene ili socijalne podrške detetu i učeniku. Komisija ima četiri stalna člana (pedijatar kao predstavnik sistema zdravstvene zaštite, defektolog i školski psiholog kao predstavnici obrazovno-vaspitnog sistema, socijalni radnik kao predstavnik sistema socijalne zaštite) i jednog povremenog člana (lice koje dobro poznaje dete, učenika i odraslog i koje je sa njim imalo duži kontakt, a koje se bira za svakoga pojedinačno: izabrani lekar ili lekar specijalista, vaspitač, nastavnik razredne nastave, odeljenjski starišina, predmetni nastavnik ili stručni saradnik zaposlen u obrazovnoj ustanovi koju dete pohađa, voditelj slučaja, predstavnik ustanove socijalne zaštite u koju je dete smešteno i dr.). Zadatak ove komisije je da proceni potrebe deteta za pružanjem dodatne podrške, a procena se obavlja na zahtev roditelja, odnosno staratelja deteta ili po službenoj dužnosti uz saglasnost roditelja, odnosno staratelja deteta.

Zaštita dece od zlostavljanja i zanemarivanja

Vlada Republike Srbije donela je 10. februara 2022. godine Zaključak o usvajanju Opšteg protokola za zaštitu dece od nasilja, čijim donošenjem je prestao da važi Opšti protokol za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja iz 2005. godine. Opšti protokol definiše korake saradnje između sektora u zaštiti dece. Više o ovome bilo je reči u poglavlju o podršci zasnovanoj na znanjima o traumi.

Drugi oblici međusektorske saradnje nisu za sada dovoljno jasno definisani i formalizovani u različitim aktima i pravilnicima, što ostavlja prostor za unapređenje kako bi se kompletna podrška mentalnom zdravlju mladih učinila što efikasnijom.

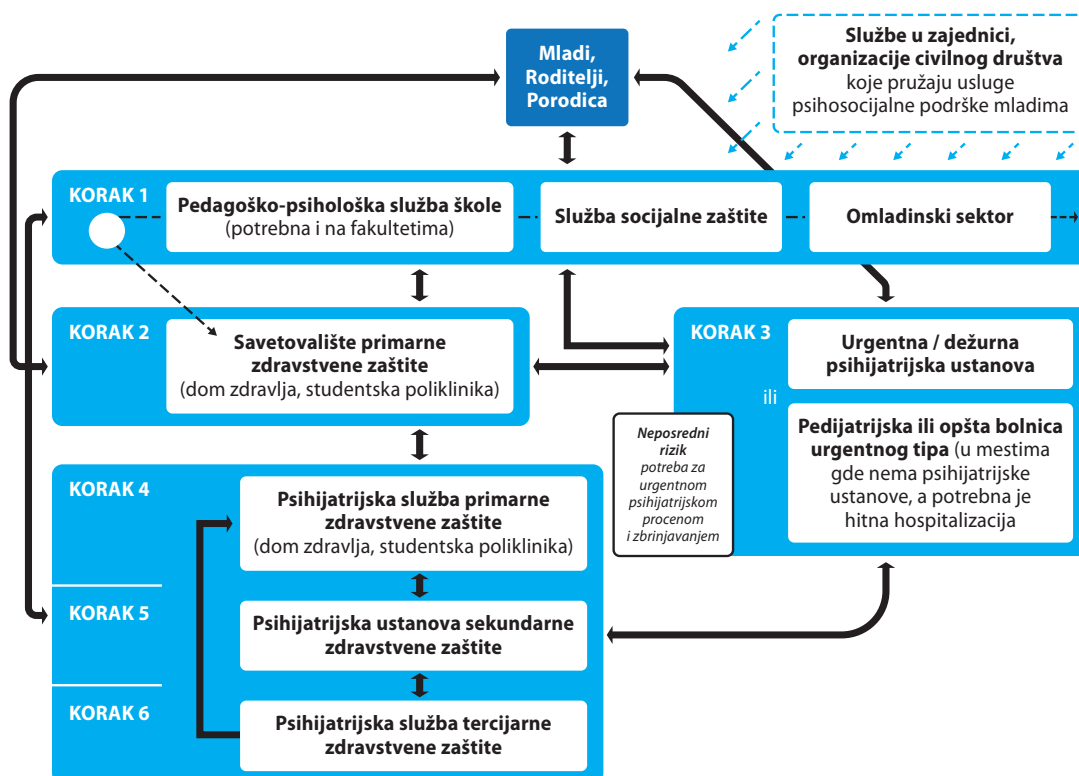
Međusektorsku „radnu snagu“ za mentalno zdravlje i psihosocijalnu podršku potrebnu za sprovođenje MPUM nije lako definisati jer je raznolika i dinamična, obuhvata i pružaoce specijaliste čije se primarne uloge odnose na mentalno zdravlje i pružaoce usluga koji se možda ne identifikuju kao deo „radne snage za mentalno zdravlje“ u užem smislu, ali od kojih se traži da pružaju MPUM iako se veštine iz ovog paketa ne smatraju njihovim primarnim poslom. Zbog toga kao model međusektorske saradnje predlažemo „put adolescenta“.

„Put adolescenta“ kao model međusektorske saradnje

Kako ići „korak po korak“ — predlog vertikalnog upućivanja i koordinacije

U skladu sa pristupom „korak po korak“ kao zlatnim standardom savremene podrške mentalnom zdravlju, na Slici 45 nalazi se predlog koraka u našoj sredini, koji obuhvata profesionalce obučene za primenu MPUM na različitim nivoima.

Slika 45. Put adolescenta kroz sisteme, pristup „korak po korak“



Mlade osobe, roditelji i porodica mogu i sami primetiti da postoje izazovi u psihosocijalnom funkcionisanju i tegobe u domenu mentalnog zdravlja kod mlade osobe i mogu se obratiti različitim službama za podršku (školi, službi socijalne zaštite, savetovalištu primarne zdravstvene zaštite, službama za hitna stanja, omladinskom sektoru i dr.). Ponekad će, međutim, rizike i tegobe kod mlade osobe prepoznati zaposleni u službama koje su sa njom u kontaktu (najčešće škola, zatim savetovalište u primarnoj zaštiti, služba socijalne zaštite, omladinski sektor i dr.) i oni će usmeriti mladu osobu ka podršci poštujući princip „korak po korak“. O koracima upućivanja treba obavestiti staratelje odnosno članove porodice, u skladu sa zakonskim propisima.

U *prvom koraku*, mlada osoba kod koje su uočeni problemi upućuje se obučenom stručnjaku za MPUM zaposlenom u pedagoško-psihološkoj službi škole, socijalnoj zaštiti, omladinskom sektoru i dr. Ako se problemi u funkcionisanju uoče u savetovalištu primarne zdravstvene zaštite, mladoj osobi podršku pruža obučeni stručnjak za MPUM.

U *drugom koraku*, ako nema neposrednog rizika i potrebe za urgentnim zbrinjavanjem, ali je potreban intenzivniji vid podrške, stručnjak za MPUM iz škole, socijalne zaštite, omladinskog sektora i dr. upućuje adolescenta odnosno mladu osobu savetovalištu pri primarnoj zdravstvenoj zaštiti (pri domu zdravlja ili službi primarne zaštite za zbrinjavanje studenata). Ovo je važno zbog mogućnosti medicinske procene postoji li potreba za upućivanjem u psihijatrijsku službu u narednim koracima. Treba napomenuti da saznanje o potrebi za upućivanjem može kod mlade osobe i porodice izazvati nelagodna osećanja, koja može pratiti i otpor prema obraćanju navedenim službama. Stoga je izuzetno važno da se mlada osoba i porodica o tome obaveste pažljivo, na način koji uvažava njihova osećanja, pruža im potrebne informacije odnosno objašnjenja i sadrži motivacione elemente podrške.

U *trećem koraku*, u slučaju neposrednog rizika i potrebe za urgentnom psihijatrijskom procenom i zbrinjavanjem, mladi se iz svih gore navedenih službi upućuju u urgentnu odnosno dežurnu psihijatrijsku ustanovu ili opštu odnosno pedijatrijsku bolnicu za urgentno zbrinjavanje (tamo gde ne postoji urgentna psihijatrija). U slučaju neposrednog rizika ovo se može učiniti direktno, tako što će se pozvati služba hitne medicinske pomoći uz obaveštavanje staratelja, a u slučaju visokog rizika koji nije neposredan tako što će se mlada osoba uputiti, u pratnji staratelja/porodice (u skladu sa zakonskim propisima), u ustanovu za urgentno zbrinjavanje.

Ako nema potrebe za urgentnim upućivanjem na psihijatrijsko zbrinjavanje, ali je potreban specijalizovani nivo podrške (psihijatrijska procena i tretman), izabrani lekar upućuje mladu osobu psihijatrijskoj službi na nivou primarne zdravstvene zaštite u *četvrtom koraku* (nažalost, ovaj korak neće moći da se napravi u svakoj ustanovi primarne zaštite kada je u pitanju psihijatar, a za sada će potpuno izostati kada je u pitanju dečiji psihijatar). Naredni koraci odnose se na psihijatrijsku službu u sekundarnoj (*peti korak*), odnosno tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti (*šesti korak*).

U prvim koracima, a i u saradnji sa ostalim nivoima podrške, mogu učestvovati i službe u zajednici odnosno organizacije civilnog društva koje pružaju usluge psihosocijalne podrške mladima.

Važno je napomenuti da stručnjaci u manje specijalizovanim službama mogu da pruže intervencije (iz MPUM) koje će biti dovoljno efikasne za neke mlade osobe bez potrebe za upućivanjem u specijalizovane službe. I obrnuto, specijalizovane službe za mentalno zdravlje ohrabruju se da usmere mlade osobe ka manje specijalizovanim službama ako se problem mlade osobe može rešavati u saradnji sa stručnjacima iz manje specijalizovanih službi. Ovo se odnosi i na mlade koji se tokom i nakon psihijatrijskog tretmana mogu uputiti stručnjacima za MPUM iz prvog koraka radi kontinuirane podrške u određenim domenima funkcionisanja u sklopu daljeg oporavka, u prirodnijem okruženju u kome ima manje stigmatizacije (što se sprovodi uz smernice i saradnju sa specijalizovanim službama).

Za efikasan rad na lokalnom nivou treba:

- mapirati službe i usluge na lokalnom nivou,
- obezbediti evidenciju i dokumentaciju o tome koji su problemi identifikovani, koje su mere podrške primenjene, kakvi su efekti pružene podrške i zbog čega se mlada osoba upućuje u drugu službu,
- imati znatno veći broj profesionalaca u svakoj službi (potrebna je značajna promena paradigme pristupa pružanja podrške mentalnom zdravlju mladih), odnosno uključiti profesionalce obučene za primenu MPUM iz različitih službi (obrazovni sektor, zdravstveni sektor, sektor socijalne zaštite), a posebno iz službi „prve linije“.

U svakom sektoru treba zagovarati ideju da mora postojati veći broj psihijatara, dečijih i adolescentnih psihijatara, saradnika i medicinskih sestara obučenih za primenu MPUM, koji će te usluge i sprovoditi te da svaki dom zdravlja treba da ima bar jednog psihijatra, odnosno bar jednog dečijeg i adolescentnog psihijatra (uz podsticaj da psihijatar koji radi sa odraslima može da pruža podršku mladima starijim od 15 godina). Takođe, svaka škola trebalo bi da ima dovoljan broj stručnih saradnika u pedagoško-psihološkoj službi, a takvu službu trebalo bi uvesti i pri fakultetima.

U sklopu pristupa „korak po korak“, u Tabeli 29 predlažemo model koji povezuje svaki od koraka sa određenim stanjima mentalnog zdravlja odnosno rizicima kod mladih. Važno je napomenuti da se indikatori stanja i rizika kod mladih kojima se pruža podrška u prvom koraku odnose na obučene stručnjake za MPUM u svim službama odnosno sektorima prvog koraka (škola, socijalna zaštita, omladinski sektor, savetovalište ako je zdravstveni radnik odnosno saradnik u savetovalištu prvi uočio problem), s tim što će se određene službe sretati više sa jednom podgrupom mladih, dok će druge službe češće biti u kontaktu sa drugom

podgrupom mladih (npr. izabrani lekar u savetovalištu češće će se sretati sa mladima koji imaju teže telesne bolesti, dok će stručnjak iz socijalne zaštite češće biti u kontaktu sa mladima koji imaju porodične probleme ili iskustva sa zlostavljanjem i zanemarivanjem). Treba imati na umu da kod mladih može postojati i više različitih faktora rizika istovremeno, čijim se otklanjanjem bave različiti sektori i službe pa otuda poseban značaj ima odgovarajuća i pravovremena saradnja relevantnih sektora i službi. Kako bi sistem upućivanja što efikasnije funkcionisao, predlaže se da se za svaku zajednicu sačini spisak lokalnih pružalaca usluga i mesta na koja se mladi upućuju (sa brojevima telefona i imejl adresama).

Tabela 29. Pristup „korak po korak” — stanja i faktori rizika

Korak	Stanja / faktori rizika
Prvi korak	Stanja: - mlada osoba se oseća utučeno, bez energije (duže od dve nedelje) - mlada osoba oseća da je pod stresom s kojim ne može da se izbori - promena u funkcionisanju ili životnom stilu i rutini - mlada osoba ima problem da se uključi u školske aktivnosti i ostane povezana sa akademskom, društvenom i sportskom zajednicom unutar škole (izolovanje) - blagi do umereni problemi ponašanja (npr. problem uklapanja sa vršnjacima, funkcionisanja u školi, kontrole besa) - česte i nagle promene raspoloženja, razdražljivost - blagi do umereni problemi sa spavanjem, neredovnim obrocima, neredovnim fizičkim aktivnostima - glavobolja i druge telesne tegobe kod kojih nije ustanovljen medicinski uzrok i nije indikovano medicinsko zbrinjavanje - sva stanja tokom i nakon uključivanja mlade osobe u specijalizovanu podršku, gde je indikovano dalje praćenje i pružanje psihosocijalnih intervencija Faktori rizika: - deca sa učestalim, hroničnim ili ozbiljnim medicinskim bolestima i/ili invaliditetom, deca koja se bolnički leče zbog medicinskih stanja - deca koja imaju roditelje ili druge članove porodice sa problemima mentalnog zdravlja - gubitak člana porodice, razdvojenost od članova porodice - deca i mladi bez roditeljskog staranja i pod starateljskom zaštitom (rezidencijalni/domski smeštaj ili hraniteljska zaštita) - deca i mladi u sukobu sa zakonom, maloletnička delinkvencija - deca i mladi žrtve zanemarivanja i zlostavljanja, deca sa iskustvom nasilja u porodici, deca žrtve trgovine ljudima, stanja nakon zlostavljanja u detinjstvu i adolescenciji kada nije detektovano jasno prisustvo psihijatrijskog poremećaja - deca ulice - deca sa iskustvom komplikovanih razvoda, porodična problematika, deca čiji se roditelji spore oko načina vršenja roditeljskog prava - deca iz materijalno depriviranih porodica - deca koja se osipaju iz obrazovnog sistema

Korak	Stanja / faktori rizika
Drugi korak	- Mladi sa stanjima ili faktorima rizika iz prethodnog koraka kojima je potrebna intenzivnija podrška od one koja se pruža u prethodno koraku i kod kojih postoji potreba za medicinskom procenom i procenom potrebe za upućivanjem u specijalizovanu službu (psihijatrijsku službu) - Sva stanja tokom i nakon uključivanja mlade osobe u specijalizovanu podršku kada su indikovani dalje praćenje i pružanje psihosocijalnih intervencija
Treći korak (ali može biti i prvi ili drugi, u zavisnosti od nivoa rizika)	- Stanja neposrednog rizika po bezbednost mlade osobe ili drugih osoba, odnosno potreba za urgentnom psihijatrijskom procenom i zbrinjavanjem Najčešća stanja odnose se na: - suicidne misli i ponašanja - osoba verbalno izražava želju da naudi sebi ili da se ubije - osoba obavlja pripremne radnje (npr. oprašta se od bliskih osoba, poklanja lične stvari, traži način za samoubistvo) - osoba je ranije pokušavala da izvrši samopovređivanje ili samoubistvo - samopovređivanje - namerno nanošenje fizičkih povreda (npr. sečenje, paljenje kože, udaranje glavom o zid), uključujući i duboke rane koje zahtevaju medicinsku intervenciju - ponovljena epizoda samopovređivanja, posebno u kombinaciji sa suicidalnim mislima - nasilno ponašanje prema drugima - fizički napadi na druge osobe (osoblje, vršnjake, porodicu) - uništavanje stvari u okolini - pretnje o nanošenju povreda sebi ili drugima - akutne psihotične epizode - halucinacije (slušne, vizuelne) — dete ili mlada osoba vidi ili čuje stvari koje ne postoje - sumanute ideje — čvrsto verovanje u nešto što nije realno, paranoja i izražen osećaj proganjanja - dezorganizovano mišljenje i govor — nelogični iskazi, nepovezane rečenice i govor, konfuzija - neprepoznavanje da problem postoji (hipo)manične epizode - euforično raspoloženje bez vidljivog razloga - ubrzan govor, ubrzani pokreti - ideje veličine - preterana aktivnost, smanjena potreba za snom - mlade sa izrazitom disfunkcionalnošću i vitalnom ugroženošću telesnog zdravlja - nemogućnost kretanja, hranjenja, obavljanja lične higijene i vitalna ugroženost kod mladih sa jako izraženim tegobama (npr. iz spektra depresije i anksioznosti, opsesivno-kompulzivni poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji ishrane, problem upotrebe psihoaktivnih supstanci — intoksikacija, delirijum).

Korak	Stanja / faktori rizika
Četvrti korak	Stanja: • kada adolescent pokaže emocionalni problem ili problem u ponašanju koji predstavlja pretnju po bezbednost tog adolescenta ili druge osobe • kada adolescent pokaže značajnu promenu u emocionalnom ili ponašajnom funkcionisanju za koju ne postoji očigledan ili uočen faktor • kada adolescent pokaže emocionalne probleme ili probleme u ponašanju (bez obzira na težinu problema), a primarni staratelj ima ozbiljno emocionalno oštećenje ili problem zloupotrebe supstanci • kada adolescent pokaže emocionalni ili ponašajni problem u kojem postoje dokazi o značajnom poremećaju u svakodnevnom funkcionisanju ili kontaktu sa stvarnošću • kada adolescent sa problemima u ponašanju ili emocionalnim problemima ima tok prethodnog tretmana u trajanju od 6 do 8 nedelja bez značajnog poboljšanja • tegobe u domenu mentalnog zdravlja i psihosocijalnog funkcionisanja (bilo kog intenziteta) ako je mlada osoba prethodno koristila psihijatrijske usluge • sva stanja tokom i nakon uključivanja mlade osobe u specijalizovanu podršku u psihijatrijskoj ustanovi sekundarnog ili tercijarnog nivoa, kada je indikovano dalje praćenje i pružanje psihosocijalnih intervencija na dispanzerskom nivou Najvažnije indikacije: • umereni do teški depresivni poremećaj i anksiozni poremećaj, depresija i anksioznost koji ne reaguju na psihosocijalne intervencije pružene u prethodnim koracima • sa stresom povezani poremećaj (poremećaj prilagođavanja) koji ne reaguje na prethodno pružene psihosocijalne intervencije • opsesivno-kompulzivni poremećaj • posttraumatski stresni poremećaj • sumnja na simptome psihoze i bipolarnog poremećaja • neurorazvojni poremećaj • poremećaji ishrane • korišćenje psihoaktivnih supstanci • izražene bihevioralne zavisnosti (patološko kockanje, zavisnost od video-igara, interneta i dr.). • ponovljeni napadi besa, ozbiljno agresivno ponašanje • suicidalni fenomeni (misli, namere, pokušaji) • nesuicidno samopovređivanje • produžena/komplikovana ožalošćenost

Korak	Stanja / faktori rizika
Peti korak	- Stanja navedena u četvrtom koraku koja nisu povoljno reagovala na psihijatrijski tretman u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (6–8 nedelja) - Dijagnostički nejasna stanja (koja nisu razjašnjena dijagnostičkim procedurama sprovedenim na prethodnim nivoima zdravstvene zaštite) - Stanja koja zahtevaju hospitalizaciju koja nije hitna: nejasna stanja koja zahtevaju diferencijalno dijagnostičko sagledavanje, a koje se može obaviti samo u bolničkim uslovima, sva stanja navedena u četvrtom koraku koja nisu povoljno reagovala na ambulantni tretman, izmena farmakoterapijskih protokola kod akutnih i hroničnih stanja koja se ne mogu ambulantno obaviti - Stanja koja zahtevaju hitnu hospitalizaciju u slučaju da ova ustanova pruža i usluge urgentne psihijatrije
Šesti korak	- Sva stanja navedena u petom koraku koja nisu povoljno reagovala na tretman u psihijatrijskoj ustanovi sekundarne zdravstvene zaštite (6–8 nedelja) - Dijagnostički nejasna stanja (koja nisu razjašnjena dijagnostičkim procedurama sprovedenim na prethodnim nivoima zdravstvene zaštite)

Tim za podršku mladima

Za efikasnost ukupne podrške mladoj osobi izuzetno je značajno da svi akteri uspostave kontakt i saradnju koja će trajati sve dok mladoj osobi i porodici bude potrebna podrška kako bi razmenjivali informacije, upoznavali jedni druge sa preduzetim koracima i efektima i paralelno delovali iz svoje zone odgovornosti. Preduslov za učešće u timu je završena obuka iz primene MPUM. Uključivanje drugih značajnih aktera jača spremnost svih da se uključe i da aktivno podržavaju mladu osobu i porodicu.

Mehanizam međusektorske saradnje koji bi mogao da omogućiti to, a koji ovde predlažemo, jeste tim za podršku mladima (TPM tim) sastavljen od profesionalaca iz različitih ustanova, koji prati jednu mladu osobu sa problemom mentalnog zdravlja i pruža joj sveobuhvatnu podršku. Uloga tog tima bila bi produbljivanje i sistematizacija principa pružanja postojeće usluge konferencije slučaja u okviru nove usluge koja se pruža u kontinuitetu, i to svakoj mladoj osobi koja zbog izazova u mentalnom zdravlju „putuje“ kroz sisteme.

U sastavu TPM tima mogu se naći:

- profesionalac iz psihološko-pedagoške službe škole,
- profesionalac iz savetovašta,
- profesionalac iz ustanove socijalne zaštite (ako je uključena),
- profesionalac iz psihijatrijske službe (ako je bilo psihijatrijskog lečenja).

Koordinator TPM tima je profesionalac iz sistema koji je prvi detektovao problem i pokrenuo uključivanje mlade osobe u intervencije odnosno koji je najviše u kontaktu sa njom zbog opisa svog posla. To je osoba koja je završila osnovnu obuku za primenu MPUM i stekla osnovna znanja i veštine koje se dobijaju tokom te obuke. Svaka osoba koja radi s mladima može da prepozna znake problema mentalnog zdravlja, ali samo obučene osobe pružaju podršku i to su obučene osobe iz sva tri sistema. Zadatak koordinatora je da vodi komunikaciju sa mladom osobom i ostalim članovima tima, da integriše informacije te da inicira sastanke. Koordinator raspolaže svim podacima koji su značajni za pružanje podrške, poštuje princip poverljivosti, prati ceo proces, posreduje kod drugih službi ako je to potrebno, organizuje sastanke TPM tima ili konferencije slučaja, učestvuje u njima i vodi ih te gradi poseban odnos poverenja. U procesu podrške tu ulogu može preuzeti profesionalac iz službe koja je posebno nadležna za ukupnu zaštitu mlade osobe,

a posebno ako je mlada osoba pod starateljstvom po službenoj dužnosti. Takođe, trebalo bi i formalno definisati *uslugu koordinatora tima* (u skladu sa zakonskim propisima), koja bi kao obavezni kriterijum zahtevala prethodno završenu obuku za primenu MPUM.

TPM tim pruža pomoć u uspostavljanju odnosa poverenja i saradnje između mlade osobe sa problemom mentalnog zdravlja i sistema pružanja podrške te inicira uključivanje mlade osobe u sistem podrške mentalnom zdravlju i praćenje njenog puta kroz sistem (uz pružanje podrške prilikom uključivanja u potrebne komponente sistema). TPM tim prati mentalno stanje mlade osobe, tok i efekte primenjenih intervencija te obavlja razmenu i integraciju informacija radi optimalnog praćenja.

Funkcionisanje TPM tima podrazumeva sledeće principe rada:

- kontinuirano učešće istih članova tima kada god je to moguće,
- komunikacija sa mladom osobom obavlja se redovno preko koordinatora (važno je da mlada osoba aktivno učestvuje u komunikaciji; adolescent po potrebi komunicira i sa drugim članovima tima),
- komunikacija između članova tima obavlja se redovno preko koordinatora,
- komunikacija članova tima obavlja se na sastancima tima koji se uglavnom odvijaju onlajn, a povremeno i uživo (zbog uspostavljanja odnosa saradnje i poverenja u timu); vodi se dokumentacija vezana za integrisane informacije i zaključke sa timskih sastanaka,
- održavanje „konferencija slučajeva“ (to su sastanci tima na kojima se okuplja širi krug profesionalaca i osoba značajnih za mladu osobu koji mogu udruženo da deluju kada dođe do problema u rešavanju stanja adolescenta ili kada treba napraviti rezime prilikom prelaska u novu fazu).

TPM tim i svi akteri koji učestvuju u pružanju podrške mladoj osobi treba da se staraju o tome da koriste *ujedinjeni narativ* (pridržavajući se modela MPUM kao okvira za pružanje podrške tokom vremena), koji uvažava princip *razumevanja kontinuumu razvojnih promena i mentalnog zdravlja mladih* te važnosti ranih intervencija i *aktivnog učešća* mladih. TPM tim i svi akteri, takođe, treba da se staraju o tome da *prelazak mlade osobe iz jedne službe u drugu bude što lakši* i bez prepreka koje mogu negativno uticati na njeno mentalno stanje, funkcionisanje i razvoj. Na kraju, možda i ono najvažnije, TPM tim i svi akteri treba da se pobrinu za to da se *mlada osoba prati kontinuirano*, i nakon akutnih poboljšanja, što će omogućiti unapređenje veština za mentalno blagostanje mlade osobe na duže staze i pravovremeno sprečiti eventualna pogoršanja stanja.

Da bi objedinjeni sistem podrške mentalnom zdravlju mladih uspešno funkcionisao, izuzetno je značajno da stručnjaci dobiju podršku od rukovodilaca lokalnih institucija. U skladu sa tim predlažemo da se potpiše protokol koji će obezbediti razvoj i unapređenje međuinstitucionalne i međusektorske saradnje usmerene na razmenu informacija, planiranje i sprovođenje mera i zajedničkih aktivnosti, kao i razvoj integrisanih usluga podrške deci, adolescentima i mladima u oblasti zaštite i unapređenja mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške.

Reference

Australian Government. [Internet]. Canberra: Australian Government; [sajtu pristupljeno 19.1.2023.]. Dostupno na: <https://iar-dst.online/#/>
Institut za mentalno zdravlje. Mentalno zdravlje u školama. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2024.

Marraccini ME, Pittleman C, Toole EN, Griffard MR. School Supports for Reintegration Following a Suicide-Related Crisis: A Mixed Methods Study Informing Hospital Recommendations for Schools During Discharge. *Psychiatr Q*. 2022 Mar; 93(1): 347–83.

Matijaš T, Bulić D. Promicanje međusektorske suradnje u modelu rane intervencije. *Paediatrica Croatica* [Internet]. 2021 [tekstu pristupljeno 19. 1. 2023.]; 2021.65(4): 174-9. Dostupno na: <https://doi.org/10.13112/PC.2021.30>

Mental Health Matters. Stepped care. [Internet]. [sajtu pristupljeno 19. 1. 2023.]. Dostupno na: <https://www.mhm.org.uk/pages/faqs/category/stepped-care>

Ministarstvo prosvete. Posebni protokol za zaštitu dece i učenika od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja u obrazovno-vaspitnim ustanovama. Beograd: Ministarstvo prosvete; 2007.

Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike. Posebni protokol za zaštitu dece u ustanovama socijalne zaštite od zlostavljanja i zanemarivanja. Beograd: Ministarstvo rada, zapošljavanja i socijalne politike; 2006.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2018.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Priručnik za primenu Posebnog protokola zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zanemarivanja i zlostavljanja. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2012.

Mitković Vončina M, Pešić D, Munjiza Jovanović A, Radovanović A, Pejović Milovančević M. Mentalno zdravlje mladih — psihosocijalne intervencije u srcu prevencije i tretmana. U: *Zbornik radova X Foruma Instituta za mentalno zdravlje*. Beograd, 2023: 73–92.

Mreža organizacija za decu Srbije (MODS). Međusektorska saradnja na zaštiti dece od nasilja u lokalnim samoupravama. Beograd: MODS; 2018.

Pejović-Milovančević M, Grujić R, Stupar S, Ninković M. Prevazilaženje izazova u dečjoj i adolescentnoj psihijatriji. *Srp Arh Celok Lek*. 2021; 149(3–4): 236–41. doi: 10.2298/SARH191216009P.

Robbereg SJ, Brouwer ME, Kooiman BEAM, Stikkelbroek YAJ, Nauta MH, Bockting CLH. Meta-analysis: relapse prevention strategies for depression and anxiety in remitted adolescents and young adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022 May 2; 50890-8567(22)00244-1.

Službeni glasnik RS. Pravilnik o protokolu postupanja u ustanovi u odgovoru na nasilje, zlostavljanje i zanemarivanje. Službeni glasnik RS. 2024; 11.

UNICEF, EAPRO. Child Protection Programme Strategy Toolkit. [Internet]. 2009 [cited 2023 Jan 19]. Dostupno na: http://www.unicef.org/eapro/UNICEF_Child_Protection_Toolkit.pdf

UNICEF. Strengthening mental health and psychosocial support systems and services for children and adolescents in the East Asia and Pacific; Regional Report 2022. Dostupno na: <https://www.unicef.org/eap/media/11761/file/Regional%20Report%202022%20-%20Strengthening%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20Systems%20and%20Services%20.pdf>

Vlada Republike Srbije. Opšti protokol za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Beograd: Vlada Republike Srbije; 2022. Dostupno na: <https://zadecu.org/wp-content/uploads/2022/03/Ops%CC%8Cti-protokol-za-zas%CC%8Ctitu-dece-od-nasilja.pdf>

Zakon o socijalnoj zaštiti. Službeni glasnik RS. 2011; 24: 117–22.

Drugi značajni resursi

demo.paragraf.rs/demo/combined/Old/t/t2021_08/PG_006_2021_104.htm

Headspace Family Inclusion booklet

<https://ceo.edu.rs/стандарди-у-образовању/>

<https://prosveta.gov.rs/wp-content/uploads/2020/02/Prirucnik-za-skole-sa-primerima-dobrih-praksi.pdf>

<https://prosveta.gov.rs/wp-content/uploads/2024/04/Mentalno-zdravlje-u-skolama.pdf>

<https://www.unicef.org/documents/i-support-my-friends>

https://www.unicef.org/serbia/media/15016/file/Ka_podsticajnom-skolskom-okruzenju_%20vodic_za%20skole.pdf

<https://www.unicef.org/serbia/media/23021/file/Smernice%20za%20unapre%20enje%20mentalnog%20zdravlja%20adolescenata.pdf>

<https://www.unicef.org/serbia/media/23046/file/skup%20alata%20pomo%20%87%20adolescenti.pdf>

<https://www.unicef.org/serbia/media/23066/file/Smernice%20za%20participaciju%20i%20gra%20ansko%20anga%20C5%BEovanje%20adolescenata.pdf>

<https://www.unicef.org/serbia/publikacije/budi-ruka-koja-voli-i-rec-koja-sokoli-prirucnik>

Materijali za roditelje (psihoedukativni), na platformi svejeok.rs

Mentalno zdravlje u školama: zašto je važno, kako prepoznati probleme, i kako reagovati

MHPD — moduli posebno za rad sa porodicama i konsultacije za jednu seansu Društveni odnosi: rad sa porodicama

Orygen Kratke intervencije, mentalno zdravlje mladih

Orygen. Alkohol i drugi narkotici

Orygen. Porodični rad u ranoj psihozi

ORYGEN. Resursi za mlade sa transrodnim stanjima i rodnim diverzitetom [Orygen We-re-all-in-this-together 2019.aspx](https://orygen.org.au/we-re-all-in-this-together-2019.aspx)

Podrška članovima porodice — [orygen family peer work fact sheet.aspx](https://orygen.org.au/family-peer-work-fact-sheet.aspx)

Podrška za [headspace | headspace](https://headspace.org.au/)

Porodične konsultacije na jednoj seansi

Resursi za roditelje i staratelje, materijali za profesionalce

Vodich za škole: Ka sigurnom i podsticajnom okruženju

Priručnik za škole sa primerima dobrih praksi

**CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд**

159.913-053.6(035)

159.98-053.6(035)

613.86-053.6(035)

BUDI tu za mlade: kako podržati prevenciju i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata i mladih u javnim sistemima u Srbiji kroz Minimalni paket usluga za mlade (MPUM) / urednici Marija Mitković Vončina, Milica Pejović Milovančević / Beograd: Institut za mentalno zdravlje, 2025 / Beograd: Radunić / 222 str. : ilustr. ; 28 cm / Tiraž 100 / Najvažnije definicije: str. 8–10 / Bibliografija uz svako poglavlje / **ISBN 978-86-82277-85-9** / а) Ментално здравље – Млади – Заштита – Приручници б) Психолошка помоћ – Приручници / **COBISS.SR-ID 182698761**

**BUDI TU
ZA MLADE** 

