



PSIHOLOGIJA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA

Marina Ajduković

Berta Bacinger-Klobučarić

Viktor Božičević

Siniša Brlas

Marina Gulin

Branka Lukić Cesarik

Marta Ljubešić

Margareta Mesić

Ljiljana Mikuš

Mirjana Nazor

Zdenka Pantić

Pino Tuftan

Ana Uranija

PSIHOLOGIJA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA

Autori tekstova

Prof. dr. sc. Marina Ajduković
Berta Bacinger-Klobučarić, prof.
Mr. sc. Viktor Božičević
Siniša Brlas, prof.
Mr. spec. Marina Gulin
Branka Lukić Cesarik, prof.
Prof. dr. sc. Marta Ljubešić
Margareta Mesić, prof.
Mr. spec. Ljiljana Mikuš
Prof. dr. sc. Mirjana Nazor
Zdenka Pantić, prof.
Pino Tuftan, prof.
Ana Uranija, prof.

Urednici

Siniša Brlas, prof.
Mr. spec. Marina Gulin

Nakladnik

Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije

Autorica predgovora

Prim. dr. sc. Marina Kuzman, dr. med.

Autor pogovora

Hrvoje Gligora, prof.

Lektorica

Danijela Fabric Fabijanac, prof.

Naslovnica

Definicija, Zagreb

Priprema i tisak

Grafiti Becker, Virovitica

Naklada

1000 primjeraka

Virovitica 2010.

Prvo izdanje

CIP zapis dostupan u računalnom katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice
u Zagrebu pod brojem 742778

ISBN 978-953-55137-8-0

Nakladnik na potpori zahvaljuje:

Hrvatskoj psihološkoj komori
Hrvatskom psihološkom društvu
Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo
Zavodu za javno zdravstvo Ličko-senjske županije
Zavodu za javno zdravstvo Međimurske županije
Nastavnom zavodu za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije
Zavodu za javno zdravstvo Šibensko-kninske županije
Zavodu za javno zdravstvo Zadar

Marina Ajduković • Berta Bacinger-Klobučarić • Viktor Božičević • Siniša Brlas
Marina Gulin • Branka Lukić Cesarik • Marta Ljubešić • Margareta Mesić
Ljiljana Mikuš • Mirjana Nazor • Zdenka Pantić • Pino Tuftan • Ana Uranija

PSIHOLOGIJA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA

Virovitica 2010.

SADRŽAJ

PREDGOVOR (Marina Kuzman, Hrvatski zavod za javno zdravstvo)	11
1. UVODNA RAZMATRANJA, DEFINIRANJE POJMOVA I POZICIONIRANJE PSIHOLOGIJE U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA	15
1.1. Mentalno zdravlje, biopsihosocijalni pristup u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja, istraživanje u području mentalnog zdravlja - opće naznake (Viktor Božičević)	17
1.1.1. Uvod	17
1.1.2. K biopsihosocijalnom poimanju mentalnog zdravlja i njegovom pozicioniranju u sustavu brige o zdravlju	18
1.1.3. Istraživanje u području zaštite mentalnog zdravlja	19
Literatura	21
1.2. Uloga i mjesto psihologa u prevenciji ovisnosti i mentalnom zdravlju; tko smo, kako nam je i što radimo (Margareta Mesić)	23
1.2.1. Uvod	23
1.2.2. Rezultati	24
1.2.3. Zaključak	32
Literatura	32
2. ŠTO UČINITI ZA DOBROBIT - PREVENCIJA PROBLEMA MENTALNOG ZDRAVLJA	33
2.1. Mentalno zdravlje djece; što učiniti dok je još vrijeme (Marta Ljubešić)	35
2.1.1. Uvod	35
2.1.2. Koje teme ulaze u pojam mentalnog zdravlja dojenčadi i male djece	35
2.1.3. Što činimo - aktualna hrvatska pitanja	37
2.1.3.1. Rano prepoznavanje razvojnih odstupanja i podrška roditeljstvu	37
2.1.3.2. Etiketiranje i izdvajanje	38
2.1.3.3. Briga o djeci	39
2.1.4. Što bismo mogli učiniti dok je još vrijeme	40
Literatura	40
2.2. Mentalno zdravlje mladih; kako im pomoći da nađu pravi put (Mirjana Nazor)	42
2.2.1. Uvod	42
2.2.2. Načini preventivnog djelovanja	44
2.2.2.1. Razvijanje i jačanje socioemocionalnih kompetencija	44
2.2.2.2. Smanjenje zagađenosti sredine u kojoj mladi odrastaju (obitelj, škola, mediji, javna scena, cjelokupno društveno okruženje)	45
2.2.3. Umjesto zaključka	48
Literatura	48

2.3. Mentalno zdravlje odraslih; ima li još nade (Zdenka Pantić)	49
2.3.1. O mentalnom zdravlju	49
2.3.2. Životni ciklusi: Što znači „biti odrastao“	49
2.3.3. Stanje mentalnog zdravlja kod nas	50
2.3.4. Zašto treba vježbati radi održavanja psihičkog zdravlja	51
2.3.5. Kontekst	52
2.3.5.1. Radna sredina i mentalno zdravlje	53
2.3.5.2. Obitelj, uloge, odnosi	54
2.3.6. Tjelesno i mentalno, mentalno i tjelesno	55
2.3.7. Unaprjeđenje mentalnog zdravlja u specifičnim i vulnerabilnim populacijama odraslih	56
2.3.8. Zaštita mentalnog zdravlja (odraslih) u zajednici	57
2.3.9. Zaključak	58
Literatura	59

3. KAKO RADITI NA ZAŠTITI I UNAPRJEĐENJU MENTALNOG ZDRAVLJA 61

3.1. Jačanje osobnog potencijala za napredovanje (Marina Gulin)	63
3.1.1. Uvod	63
3.1.2. Što i kako raditi	63
3.1.3. U ranom djetinjstvu, prije polaska u školu	65
3.1.4. U djetinjstvu i mladenaštvu, tijekom obrazovanja	65
3.1.4.1. Što raditi za jačanje osobnog potencijala za napredovanje	66
3.1.4.2. Kako raditi na jačanju osobnog potencijala za napredovanje	68
3.1.5. U odrasloj dobi, tijekom karijere	69
Literatura	71
3.2. Osnaživanje rizičnih i zlostavljajućih obitelji kao podrška dobrom mentalnom zdravlju (Ana Uranija)	73
3.2.1. „Sve dolazi iz obitelji“, mit ili činjenica	73
3.2.2. Ulazak stručnjaka u obitelj	74
3.2.3. Kako obitelj pridobiti za suradnju	75
3.2.4. Procjena resursa i potreba obitelji - preduvjet izbora učinkovite stručne pomoći	76
3.2.5. Što ponuditi obiteljima	77
3.2.6. Svjesnost pomagača o osobnim doživljajima i ponašanju u kontaktu s obiteljima	79
3.2.7. Sažetak	80
Literatura	80
3.3. Osnaživanje učenika i škole za zaštitu i unaprjeđivanje mentalnog zdravlja (Branka Lukić Cesarik)	82
3.3.1. Uvod	82
3.3.2. Učenik	83
3.3.3. Rad u razrednim odjelima	85
3.3.4. Učitelji	88

3.3.5.	Školski psiholozi	89
	Literatura	89
3.4.	Uloga psihologa u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja na radnom mjestu (Ljiljana Mikuš)	91
3.4.1.	Uvod	91
3.4.2.	Procjena zdravstvene sposobnosti za rad	92
3.4.3.	Zdravstvena i psihička sposobnost kao posebni uvjeti rada	93
3.4.4.	Zaštita na radu i procjena opasnosti	95
3.4.5.	Zaštita na radu - stres i psihofiziološko opterećenje	96
3.4.6.	Zaštita dostojanstva - uznemiravanje na radu	97
3.4.7.	Zaključak	99
	Literatura	99
3.5.	Psihosocijalna podrška mentalnom zdravlju socijalno isključenim skupinama u sustavu socijalne skrbi; kako da se uključe (Berta Bacinger-Klobučarić)	101
3.5.1.	Uvod	101
3.5.2.	Djelatnost socijalne skrbi kroz prizmu zaštite mentalnog zdravlja	102
3.5.3.	Psiholog u zaštiti mentalnog zdravlja u sustavu socijalne skrbi	105
3.5.3.1.	Zaštita djece, braka, obitelji	106
3.5.3.2.	Skrbništvo	110
3.5.3.3.	U sklopu opće socijalne skrbi	110
3.5.3.4.	Zaštita djece koja su tjelesno i/ili mentalno oštećena	111
3.5.4.	Uloga psihologa u međusektorskoj suradnji na području psihosocijalne skrbi o mentalnom zdravlju	111
3.5.5.	Zaključak	114
	Literatura	114
3.6.	Izvanbolnički psihosocijalni tretman u ovisničkoj populaciji; kako pronaći svjetlo na kraju tunela (Pino Tuftan)	115
3.6.1.	Uvod	115
3.6.2.	Patološko kockanje	116
3.6.3.	Centar za liječenje ovisnosti	122
3.6.4.	Umjesto kraja	125
4.	UPRAVLJANJE STRUČNIM POSTUPCIMA	127
4.1.	Mjerenje učinkovitosti i upravljanje stručnim postupcima; vrjednovanje i samovrjednovanje rada (Siniša Brlas)	129
4.1.1.	Mjerenje učinkovitosti i upravljanje stručnim postupcima kroz evaluaciju (vrjednovanje i samovrjednovanje) stručnoga rada u pomagačkim zanimanjima	129
4.1.2.	Što je vrjednovanje i samovrjednovanje rada i koja je razlika između njih	130
4.1.3.	Zašto je važno provoditi vrjednovanje i samovrjednovanje rada	131
4.1.4.	Kako provoditi vrjednovanje i samovrjednovanje rada; prijedlog i opis instrumenata vrjednovanja i samovrjednovanja rada	132

4.1.5.	Posebni oblici (samo)vrjednovanja rada na primjeru rada s ovisničkom populacijom	142
4.1.6.	Pokazatelji o vrjednovanju i samovrjednovanju rada u funkciji zaštite osobnog mentalnog zdravlja u radu	145
4.1.7.	Upravljanje stručnim postupcima postavljanjem ciljeva u radu i planiranjem i programiranjem rada - zašto je nužno u radu s ranjivom populacijom	145
4.1.8.	Zaključak	148
	Literatura	148
4.2.	Pravo na superviziju psihologa u službama za mentalno zdravlje kao potreba za profesionalnim dijalogom i podrškom (Margareta Mesić i Marina Ajduković)	149
4.2.1.	Uvod	149
4.2.2.	Metoda	151
4.2.3.	Rezultati	151
4.2.4.	Što još kažu psiholozi o značaju supervizije	156
4.2.5.	Zaključno razmišljanje	157
	Literatura	158
	POGOVOR (Hrvoje Gligora, Hrvatska psihološka komora)	159
	KAKO JE NASTALA KNJIGA (Marina Gulin)	161
	O AUTORIMA	163

PREDGOVOR

Zdravlje je univerzalna vrijednost i temeljno ljudsko pravo, jedna od temeljnih odrednica ljudskog življenja i ima ključnu ulogu u životu ljudi i razvoju društva. Iako su definicije zdravlja usuglašene i poznate ono ipak ima različito značenje za različite pojedince, grupe i populacijske skupine te se različito tumači u različitim sektorima pa čak i unutar jednog sektora. Sve sastavnice zdravlja, i tjelesno i mentalno i društveno, teško su razdvojiva cjelina. S obzirom na pojavnost i težinu problema poremećaja mentalnog zdravlja u suvremenom se svijetu sve veća pozornost posvećuje specifičnim mjerama koje se mogu poduzeti u promociji i zaštiti mentalnog zdravlja pojedinca i zajednice.

Potrebu za pozornošću u zaštiti mentalnog zdravlja potiču i suvremena kretanja u razvijenom svijetu kao demografske promjene, odnosno povećana zastupljenost starije populacije te sve veća proširenost poremećaja mentalnog zdravlja u ukupnom morbiditetu. Posljedično, očekuje se i povećanje izravnih i neizravnih troškova vezanih uz poremećaje mentalnog zdravlja, osobito onih izvan zdravstvenog sustava vezanih na izostajanje s posla, nesposobnost za rad i ranije umirovljenje.

O pojavnosti poremećaja mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj nema potpuno preciznih podataka. U ukupnom bolničkom morbiditetu sudjeluju sa 6-7%, no u radno aktivnom stanovništvu (20-59 godina) hospitalizacije zbog mentalnog zdravlja na drugome su mjestu po zastupljenosti. Osim toga, svaki se četvrti ili peti dan bolničkog liječenja koristi za duševne poremećaje te su oni i vodeća skupina bolničkog pobola prema korištenju dana bolničkoga liječenja. U specijalističko-konzilijarnoj djelatnosti registrirano je 651.627 psihijatrijskih pregleda, odnosno 8,4% od ukupnog broja specijalističkih pregleda 2007. godine. U djelatnosti primarne zdravstvene zaštite također se opaža uzlazni trend pobola zbog duševnih poremećaja. U 2007. godini registrirana su 432.774 dijagnostička entiteta iz skupine mentalnih poremećaja, što čini 4,8% udjela utvrđenih dijagnoza ukupno. Najviše je dijagnoza iz podskupine neuroze, afektivni poremećaji povezani sa stresom i somatoformni poremećaji.

Na razini Europske unije je na Ministarskoj konferenciji u Helsinkiju 2005. godine u suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom prihvaćena Deklaracija o mentalnom zdravlju i Akcijski plan za mentalno zdravlje za Europu. Ta je konferencija uspostavila okvir za cjelovitu akciju i stvorila snažnu političku podršku unaprjeđenju mentalnog zdravlja. Na Konferenciji na visokoj razini 2008. godine prihvaćen je Europski pakt za mentalno zdravlje i dobrobit koji izdvaja pet prioriternih područja djelovanja u zaštiti mentalnog zdravlja: prevenciju depresije i suicida, mentalno zdravlje u mladosti i obrazovanju, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje starijih te suprotstavljanje stigmati i socijalnoj isključenosti.

U tijeku pregovaračkog procesa za punopravno članstvo u Europskoj uniji Republika Hrvatska nije samo usklađivala zakone kao i sustav provedbe sa zakonodavstvom i praksom Europske unije, već se i obvezala na donošenje strateških i provedbenih dokumenata iz pojedinih područja. Jedan je od tih dokumenata i Nacionalna strategija mentalnog zdravlja čiji je prijedlog u postupku prihvatanja.

Svrha je donošenja Strategije da u skladu s već donesenim komplementarnim strategijama na drugim područjima, a posebice onima na području zaštite zdravlja,

ustopave smjernice kojima bi se unaprijedili postojeći i razvili novi načini zaštite mentalnog zdravlja, smanjila pojava poremećaja mentalnog zdravlja, povećala ujednačena dostupnost kvalitetnog i pravovremenog liječenja, rehabilitacije i društvenog uključivanja osoba s duševnim poremećajima, jačajući i njihovu ulogu u odlučivanju u navedenim procesima, a s ciljem povećanja osobnog zadovoljstva i zdravlja građana, smanjenja troškova te poticanja ekonomskog i društvenog razvoja.

Prioritetna područja djelovanja Strategije su: unaprjeđenje mentalnog zdravlja u općoj populaciji, u dobno-specifičnim i vulnerabilnim populacijama, na radnom mjestu, prevencija, liječenje i rehabilitacija duševnih poremećaja, zaštita mentalnog zdravlja u zajednici te suradnja s drugim sektorima, razmjena informacija i znanja, istraživanje.

U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti od 2008. godine i Dopunama i izmjenama Zakona iz 2010. godine zaštita mentalnog zdravlja obuhvaćena je na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite i provode je Hrvatski zavod za javno zdravstvo te zdravstvene ustanove. U županijskim zavodima za javno zdravstvo organizirana je djelatnost zaštite mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti, a strateška uloga stručne koordinacije povjerena je Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo.

Sustav zavoda za javno zdravstvo preuzeo je županijske odnosno gradske centre za prevenciju ovisnosti 2004. godine. Djelatnost je normirana, strukturirana, sadržajno osmišljena, financiranje stabilizirano te je postupno stručno i profesionalno kapacitirana u skladu s Nacionalnom strategijom prevencije ovisnosti. Kako u zdravstvenom sustavu, osim zavoda za javno zdravstvo, ne postoje organizacijske strukture na županijskoj razini koje bi bile populacijski usmjerene, zakonodavac je odlučio da mentalno zdravlje, slijedom dobrog iskustva s područjem prevencije ovisnosti i izvanbolničkog liječenja ovisnika, također postane dio javnozdravstvenih zavoda.

Zatečeno stanje profesionalaca koji rade u službama rezultat je normiranja timova za prevenciju ovisnosti koji su obuhvaćali dva liječnika (od kojih je preporuka bila da jedan bude psihijatar), dva zdravstvena suradnika (psiholog, defektolog, socijalni radnik, pedagog) te jedna medicinska sestra. Timovi za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti su prema Odluci Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje normirani u sastavu jedan specijalist psihijatrije, jedan psiholog i jedna medicinska sestra. Kako nije namjera rušiti ni razbijati postojeći sustav, a kako je financiranje još uvijek iz tri izvora (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi te lokalna uprava i samouprava), predviđeno je da se postojeći djelatnici zadržavaju i djelatnost osmišljava i nadopunjuje novim sadržajima.

U zdravstvenom je sustavu nova djelatnost proširenje raspoloživih resursa i uistinu mogućnost da se problematika mentalnog zdravlja sagleda i osmisli dostupnije i djelotvornije nego ikada ranije. U Republici Hrvatskoj se u dijagnosticiranju i liječenju duševnih poremećaja nedvojbeno primjenjuju suvremena znanstvena dostignuća i klinička znanja, kao i principi dobre kliničke prakse. Razvijeni su i objavljeni postupnici i terapijske smjernice, u rehabilitaciji osoba s duševnim poremećajima primjenjuju se smjernice SZO-a. No, potrebno je i dalje poticati razvoj standardiziranih programa i terapijskih smjernica za forenzički tretman u ustanovama za mentalno zdravlje, a programi rehabilitacije za ljude s duševnim problemima u kaznenim ustanovama, posebice za maloljetne počinitelje, također nisu dovoljno razvijeni. Potrebno je unaprijediti i skrb

za mentalno zdravlje u lokalnoj zajednici. Uloga nevladinih organizacija u pružanju usluga također bi se mogla unaprijediti, a predviđene aktivnosti često nisu koordinirane, dugoročno planirane i samoodržive. Postoji nedostatak suradnje stručnjaka na području mentalne skrbi, vladinih agencija i nevladinih udruga.

Mentalno zdravlje i dobrobit promatra se kao stalnost, pozitivna vrijednost ljudskog življenja i omogućavanje dosizanja punog potencijala mentalne dobrobiti. Takvo shvaćanje naglašava da mentalno zdravlja obuhvaća sposobnost življenja punog i kreativnog života i mogućnost suočavanja s neizbježnim životnim izazovima. Holistički model mentalnog zdravlja općenito uključuje koncepte temeljene na antropološkim, obrazovnim, psihološkim, religijskim i sociološkim perspektivama.

Multidisciplinarni pristup problemima mentalnog zdravlja očituje se i u brojnim profesijama koje su uključene u zbrinjavanje i tretman. Osim medicinske struke, osobito specijalista psihijatarata, mentalnim se zdravljem bave psiholozi, socijalni radnici, defektolozi, socijalni pedagozi, javnozdravstveni specijalisti, a u različitim zemljama postoje i zvanja kao savjetnici za mentalno zdravlje, obiteljski terapeuti, savjetnici itd. Različite teorijske, kliničke, znanstvene i javnozdravstvene perspektive rezultiraju i raznorodnim modelima istraživanja, primjene i aktivnosti, no sa sličnim i nadopunjujućim ciljevima i zadaćama.

Uzimajući u obzir kompleksnost problema predloženi Program mjera za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti koji je u postupku prihvatanja i usuglašavanja obuhvaća sva relevantna područja mentalnog zdravlja. Unaprjeđenje i očuvanje mentalnog zdravlja djece i adolescenata, osobito onih s rizičnim ponašanjem, predviđa savjetovanje obitelji, majki s dojenčadi i predškolskom djecom, za školsku djecu i adolescente te savjetovanje i skrb za djecu i adolescente koji su u rizičnom ponašanju, kao i posebno izloženi stresu. Za sve probleme predviđeno je i savjetovanje te edukacijski rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova u vezi zdravog odrastanja.

Slične su aktivnosti, s ciljem unaprjeđenja mentalnog zdravlja, predviđene za opću populaciju, osobito za osobe odnosno obitelji s povećanim rizikom ili izloženih stresnoj situaciji uz edukaciju osoblja staračkih domova u cilju prepoznavanja rizičnih situacija.

U svrhu ranog otkrivanja, dijagnostike i terapije osoba s poremećajima ponašanja i problemima mentalnog zdravlja planira se senzibiliziranje i edukacija primarne zdravstvene zaštite za rano prepoznavanje poremećaja ponašanja i problema mentalnog zdravlja, rad s nastavnim osobljem predškolskih i školskih ustanova te savjetovanje i liječenje osoba s mentalnim poremećajima i rehabilitacija prema medicinskoj indikaciji sukladno suvremenim medicinskim saznanjima i stručnim smjernicama uz uključivanje obitelji u terapijski proces.

Predviđene su i edukacijske aktivnosti usmjerene razvijanju svijesti o mentalnom zdravlju u cilju sprječavanja stigmatizacije i izolacije osoba s problemima mentalnog zdravlja kao i unaprjeđivanje položaja i podrška obiteljima i skrbnicima osoba s problemima mentalnog zdravlja.

Mjere i postupci i do sada provedeni u programu prevencije, suzbijanja i liječenja ovisnosti nastavljaju se i dalje, a uključuju aktivnosti usmjerene prepoznavanju i ranom otkrivanju i tretiranju visoko rizične populacije, savjetodavni i edukacijski rad s djelatnicima škola, savjetovanišni rad s djecom i mladima, savjetovanišni rad s obiteljima eksperimentatora, što obuhvaća praćenje i obiteljsku terapiju.

Testiranje na droge rizičnih skupina i pojedinaca u cilju ranog otkrivanja te procjene prevalencije eksperimentiranja u rizičnim skupinama obuhvaća provođenje testiranja prema stručno usuglašenim smjernicama, u skupinama ili kod pojedinaca s rizičnim ponašanjima, prije i za vrijeme tretmana. Kontinuirano se provode aktivnosti prevencije AIDS-a i hepatitisa B i C sa svim skupinama ovisnika usmjerene smanjivanju rizičnih ponašanja ovisnika. Svi djelatnici timova uključeni su u rad s konzumentima i ovisnicima, što obuhvaća i suradnju s primarnom zdravstvenom zaštitom i nadzor nad provođenjem specifične medikamentozne terapije. Na lokalnim i županijskim razinama timovi sudjeluju u programima promicanja zdravlja i drugim preventivnim aktivnostima te kontinuirano surađuju s djelatnicima škola.

Ključnu ulogu u predviđenim mjerama i aktivnostima imaju timovi u djelatnosti zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti u suradnji s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo, timovima primarne zdravstvene zaštite i specijalističko-konzilijarnom psihijatrijskom djelatnošću.

Stratešku i koordinativnu ulogu preuzeo je Hrvatski zavod za javno zdravstvo, nakon formalnog dokidanja Hrvatskog zavoda za mentalno zdravlje koji nikada nije ni započeo funkcionirati.

Publikacija koja je pred vama predstavlja hvalevrijednu inicijativu psihologa koji su zaposleni u sustavu zavoda za javno zdravstvo da se na stručan, analitičan i vizionarski način suoče s novim izazovima i mogućnostima. Organizacija i sadržaj službi u zavodima za javno zdravstvo dodatna je vrijednost koju je država uložila u zdravstveni sektor kako bi unaprijedila rad na području koje se procjenjuje vulnerabilnim i prioritetnim.

Multidisciplinarnost i nužnost suradnje među profesijama, a i među sektorima očituje se ne samo u raznorodnosti sastava timova već i u povezničkom položaju službi u zavodima. Naime, po naravi posla i zadaćama različitih dijelova javnozdravstvenih zavoda, oni su suradničke ustanove za obrazovni sustav, centre za socijalnu skrb, policiju, zatvorski sustav itd. Sve to može pomoći upravo u zadaćama suočavanja i rješavanja problematike mentalnog zdravlja.

Sadržaj rada i položaj službi u budućnosti, a s tim povezano i normiranje i standardiziranje, uvelike će ovisiti o rezultatima i evaluaciji rada. Nadamo se da će i ova publikacija pomoći da se stručnjaci optimistično i odgovorno suoče s izazovima i novim mogućnostima rada na ovome području.

Prim. dr. sc. Marina Kuzman, dr. med.
Hrvatski zavod za javno zdravstvo

1. UVODNA RAZMATRANJA, DEFINIRANJE POJMOVA I POZICIONIRANJE PSIHOLOGIJE U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA

1.1. Mentalno zdravlje, biopsihosocijalni pristup u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja, istraživanje u području mentalnog zdravlja - opće naznake

1.1.1. Uvod

Zdravlje općenito, a unutar njega mentalno zdravlje kao poseban, no ne i najmanje važan aspekt zdravlja, intimna je, životno vjerojatno najvažnija vrijednost svakog pojedinca, ali i svih ljudskih zajednica. Vidi se to u raznim aktivnostima, nekima koje su više neformalne, ali i onima koje se odvijaju unutar institucija koje zapošljavaju visokoškoloovane stručnjake i financirane su većim dijelom iz proračuna ili posebnih izdvajanja zajednice i korisnika. Tako, samo za primjer, zbog naše immanentne skrbi za zdravlje, imamo svakodnevno „cvjetanje“ produkcije i prodaje literature unutar „uradi sam(a)“ djelatnosti. Toliko mnoštvo dostupnih knjiga i toliki broj stručnjaka i „stručnjaka“ koji se nude pomoći u poboljšanju zdravlja u svim njegovim aspektima ili nas uputiti kako da sami sebi pomognemo, rijetko je kad postojao u svijetu. Institucije financirane iz proračuna i iz posebnih ciljanih izdvajanja građana, druga su, formalna strana, brige o zdravlju. Proračunski su troškovi zdravstvene zaštite stanovništva u većini zemalja u svijetu manji jedino od sredstava koja se u proračunima predviđaju za obranu, odnosno u vojne svrhe. Većina sredstava koja se izdvajaju za zdravlje troši se na visoku tehnologiju i liječenje bolesti i poremećaja (90,6%), dok se u unaprjeđenje „stilova života“ i ponašanja ljudi ulaže 1,2%, što je besmisleno, obzirom da vodeću ulogu u pobolu i mortalitetu imaju čimbenici načina života i ponašanja s 43%, a čimbenici zdravstvene zaštite u tome sudjeluju s 11% (Letica, 1989., prema Barath, 1995., str. 14.). Unutar zdravstvenih profesija, zvanja i zanimanja te djelatnosti, koje se obavljaju u području zaštite zdravlja, odvija se tijekom zadnjih dvjestotinjak godina diferencijacija postojećih specijalnosti, nastaju mnogobrojne znanstvene i primijenjene discipline i djelatnosti što se onda manifestira u novim specijalizacijama i subspecijalizacijama.

Svakodnevni rast znanja o zdravlju i primjena strogih pravila u temeljnim znanstvenim i primijenjenim istraživanjima u području zdravlja veća je nego ikada. Znanja u području liječenja i zaštite zdravlja povećavaju se gotovo geometrijskom progresijom, bilo da se radi o fundamentalnim, bilo o primijenjenim istraživanjima. Promijenilo se opće poimanje zdravlja, koje se ranije, naročito u stručnim krugovima, gotovo isključivo odnosilo na zdravlje i funkcioniranje tijela, a najčešće je bilo određivano kao stanje u kojem nema bolesti. Iz tog poimanja dolazi tradicija da se uzroci bolesti, uključujući psihičke, nalaze isključivo u tijelu i funkcioniranju tijela. Ovo je poimanje i danas prisutno i iza njega dobrim dijelom stoje proizvođači lijekova i proizvođači sofisticiranih uređaja uz pomoć kojih suvremena medicina doslovno čini čuda. Razvoj psihofarmaka u razvijenijim je zemlja otvorio vrata psihijatrijskih bolnica i značajno u njima skratio boravak. Psihijatrijske bolnice i odjeli danas su tranzitne postaje u kojima se nastoji što kraće zadržavati pacijente, vraćajući ih u zajednicu i, u velikom broju slučajeva, kvalitetnijem životu, naročito kad usporedimo život psihijatrijskih bolesnika danas sa životom bolesnika u vrijeme dok još

nije bilo psihofarmaka. Dakle, i takav je medicinski model poimanja psihičkih bolesti, poremećaja i problema dao i daje velik doprinos njihovu razumijevanju i liječenju, no pokazuje manjkavosti kako u razumijevanju nastanka psihičkih bolesti i poremećaja tako i u samom liječenju bolesti i njihovoj prevenciji.

1.1.2. K biopsihosocijalnom poimanju mentalnog zdravlja i njegovom pozicioniranju u sustavu brige o zdravlju

Nepotpuna primjerenost medicinskog modela u razumijevanju, ublažavanju i liječenju psihičkih bolesti, poremećaja i teškoća, postavila je nove zahtjeve na profesije orijentirane na ove aspekte zdravlja, kako unutar medicinskih struka, tako i unutar struka koje s medicinskim strukama surađuju u dijagnostici, kurativi i prevenciji bolesti te u promociji zdravlja uopće. Usporedno s medicinskim modelom razvijalo se drukčije razumijevanje funkcioniranja čovjeka, koje je uzimalo u obzir i tijelo i njegovo funkcioniranje u svim aspektima, ali i doživljavanje i ponašanje čovjeka i njegovo funkcioniranje u zajednici, posebno njegove socijalne interakcije. Tako se, uz promjene u društvu, naročito u razvijenim i bogatijim zemljama, uz naglašavanje individualnih prava i sloboda, razvilo poimanje zdravlja koje je značajno fleksibilnije i obuhvatnije od tradicionalnog medicinskog modela. Prihvaća se činjenica da mentalno i tjelesno zdravlje ne egzistiraju neovisno jedno od drugog i da u istoj osobi istovremeno mogu u različitim omjerima postojati i zdravlje i bolest koji ovise i o ponašanju te osobe. Velik je broj interakcija tjelesnog i psihičkog zdravlja i o svakoj od njih dijagnostičar i terapeut moraju voditi računa žele li ispravno pomoći pacijentu/klijentu (Cleghorn, J. M., Lee, L. L., 1991., str. 192. - 197.). Uviđa se da zdravlje ima više dimenzija. Dio je uključen u tradicionalno poimanje zdravlja, a dio je nastao na temelju novijih spoznaja, promišljanja i vrjednovanja zdravlja. U te dimenzije spadaju tjelesno, intelektualno, emocionalno, moralno, duhovno i socijalno zdravlje (Barath, A., 1995.).

Pogledajmo nakratko kakvo određenje zdravlja i mentalnog zdravlja nalazimo u literaturi. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je zdravlje kao: „stanje potpunog tjelesnog, psihološkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti“. Izraz mentalno zdravlje u stručnoj literaturi, prvenstveno psihološkoj i psihijatrijskoj, pokriva širok raspon različitih pojmova i pojava. Svjetska zdravstvena organizacija definirala je mentalno zdravlje kao „stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban(na) pridonositi svojoj zajednici“ (WHO (2001d), Strengthening mental health promotion, Geneve, World Health Organization (Fact sheet no. 220), prema Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R., 1995., str. 2.). Slično mentalno zdravlje definira i Krizmanić. Prema njoj je mentalno zdravlje: „...stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života. Mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve“ (Krizmanić, M., u: Petz, B., 2005., str. 256.).

U istoj publikaciji (Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R., 2005., str. 26. i dalje) Svjetska zdravstvena organizacija smješta izrjekom mentalno zdravlje u područje javnoga zdravstva što u ne tako davnoj prošlosti nije bio slučaj. Koji su razlozi za to, odnosno što je pridonijelo da mentalno zdravlje prestane biti tema o kojoj se „govorilo šapćući“, čak i u zdravstvenim krugovima? Na prvome su mjestu nastojanja da se naporom svih čimbenika unutar pojedinih država, ali i na nadnacionalnoj razini, „zaštiti i unaprijedi zdravlje populacije i da se smanje nejednakosti u dostupnosti zdravlja“ (Herrman, Saxena, Moodie, 2005., Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja - prijedlog, 2009.). Na drugome je mjestu svijest o univerzalnosti mentalnih poremećaja i mentalnih bolesti. Nisu ih pošteđene niti jedna civilizacija i kultura. Kao što je univerzalno mentalno funkcioniranje, tako su univerzalni i problemi u tom funkcioniranju, koji se mogu očitovati i postojati u jednom velikom rasponu intenziteta i sadržaja. To što postoje kulturalne razlike u funkcioniranju osoba i zajednica ne umanjuje univerzalnost značajki mentalnog funkcioniranja ljudi. Na treće mjesto možemo staviti pomak u liječenju psihičkih bolesti i poremećaja koji se dogodio uvođenjem psihofarmaka i drugih psihoaktivnih lijekova, te spoznaja da i uz poboljšanja u liječenju psihičkih bolesti primjenom psihofarmaka postoji velik broj ponašajnih i društvenih čimbenika koji djeluju na nastanak psihičkih bolesti i poremećaja, na rezultate liječenja i održavanje zdravlja nakon liječenja. Posebnu je ulogu ovdje odigrao razvoj pojma stresa i stresora. Za bolje razumijevanje odnosa između ponašanja, stresa, socijalnog funkcioniranja i tjelesnog, a dijelom i mentalnog zdravlja, pogledajte Hudek-Knežević, J., Kardum, I. (2006.).

Ove su spoznaje pomogle boljem razumijevanju nastanka psihičkih bolesti i zaštitnih i rizičnih čimbenika koji mogu dovesti do izbijanja psihičkih bolesti te poremećaja ponašanja i doživljavanja. Na temelju njih razvijene su cjelovite strategije prevencije i unaprjeđenja zdravlja (Bašić, J., 2009.). U ovome je pristupu bitno da zdravstveni djelatnici i zdravstveni suradnici više ne čekaju da im dođe bolesna osoba ili pojedinac koji ima problema sa zdravljem i moli ih za pomoć, već odlaze izvan zdravstvenih institucija u zajednicu i prepoznaju probleme koje moraju rješavati. Ciljano se traže osobe koje trebaju pomoć ili se rizično ponašaju te im se pomaže motivirajući ih za promjenu rizičnih ponašanja, da ustraju u promjeni i ponašanju koje je blagotvorno za njihovo zdravlje, a mogu ih, kad za to dođe vrijeme, uz njihovu suglasnost, uputiti na tretman koji će im pomoći (vidi: npr. MOVE priručnik, 2008.).

1.1.3. Istraživanje u području zaštite mentalnog zdravlja

U području zaštite mentalnog zdravlja postoji već velika količina dostupnih i prikupljenih podataka i važno je osigurati njihovo osmišljavanje, eventualnu provjeru i dosljednu primjenu. Pri tome se, jasno, ne smije zanemariti ni potreba za novim istraživanjima. Kod novih je istraživanja važno osigurati da podaci budu valjani i pouzdani, dakle relevantni za cilj i vrstu intervencija koje će se na njihovu temelju planirati i provoditi i kojima će se kontrolirati učinkovitost intervencija (za detaljnije informiranje pogledajte Bašić, J., 2009.).

Prikupljanje podataka i intervencije na temelju njih može biti usmjereno na pojedince, rizične skupine, zajednicu, organizacijske zahvate unutar djelatnosti koje se brinu za zdravlje građana, na radnu sredinu i zakonodavstvo. Obično u ovakvim slučajevima govorimo o intersektorskoj suradnji koja pokriva suradnju velikog broja institucija različite razine unutar društva i pojedinaca najrazličitijih obrazovnih profila. O intersektorskoj suradnji moramo govoriti uvijek kada govorimo o unaprjeđivanju zdravlja i mentalnog zdravlja. Složenost podataka koje prikupljamo i intervencija na temelju njih, ide od vrlo jednostavnih, do vrlo složenih, od onih koji se tiču samo pojedinaca, dakle naizgled ne zanimaju cijelo društvo, do podataka i intervencija koje mogu biti i takva oblika da je od samoga početka jasno da će njihovo prikupljanje i intervencije na njihovu temelju, neminovno unijeti promjene u život većeg broja osoba, a isto je tako moguće da takve intervencije mogu unijeti promjene i u život naraštaja koji dolaze.

Odluke o ovim intervencijama nipošto nisu jednostavne. Ilustrirajmo to primjerom. Zahvaljujući radu mnogobrojnih istraživača u području razvojne psihologije poznato nam je kako, otprilike, teče razvoj čovjeka od začeca, trudnoće, do rođenja, preko djetinjstva i mladosti, do u duboku starost. Na (psihičko) mentalno zdravlje cijelo vrijeme mogu djelovati mnogobrojni čimbenici, od onih koji su naslijeđeni, preko značajki osobnosti, zdravstvenih navika i ponašanja relevantnih osoba koje se bave djetetom, do pravila i običaja u široj zajednici u kojoj roditelji i djeca žive. Dakle, razvoj djece ovisi o cijelom nizu čimbenika, od pozicije obitelji u društvu, materijalnom statusu roditelja, cjelovitosti obitelji, stilovima i postupcima njegovanja i odgajanja, dostupnosti zdravstvene skrbi, zaposlenosti ili nezaposlenosti roditelja.

Podimo od jednostavne činjenice da se ljudsko biće rađa potpuno bespomoćno i za preživljavanje mu je potrebna pomoć drugih ljudi. Istovremeno to ljudsko biće, premda potpuno bespomoćno, nosi u sebi silan potencijal za učenje i razvoj. Tijekom prve godine života biološkim sazrijevanjem i učenjem kroz interakcije s relevantnim osobama, prvenstveno njegovateljima, intenzivno se razvijaju i grade sposobnosti i osobnost djeteta, posljedice čega svako ljudsko biće nosi i osjeća cijeloga života. Taj je razvoj vrlo složen i daleko smo od toga da možemo reći da razumijemo sve što se događa u tom početnom kratkom životnom razdoblju (Cassidy, J., Shaver, P. R., 1999.; Greenspan, S. I., 1997.; Siegel, D. J., 1999.; Grossmann, K. E., Grossmann, K., Waters, E., 2005.). Poseban značaj u istraživanjima zadnjih četrdeset do pedeset godina, uz razvoj sposobnosti, dan je razvoju, tzv. privrženosti (attachement). Većina se djece krajem prve godine života može samostalno kretati i počinje verbalno komunicirati. Krajem prve godine života, tijekom razvoja privrženosti, javljaju se intenzivni strahovi od odvajanja, koji su najjači u dobi od oko trinaest mjeseci, ostaju na toj razini do navršениh osamnaest mjeseci i onda lagano opadaju prema dobi od oko tri do tri i pol godine, ponekad i nešto duže.

U velikom broju razvijenih zemalja običaj je da djeca zaposlenih roditelja već tijekom, a najkasnije krajem prve godine života budu povjerena na čuvanje i njegu jasličkim ustanovama. Premda već više desetljeća postoji evidencija o tome da povjeravanje djece domovima i jasličkim ustanovama nema blagotvornog učinka na razvoj sposobnosti djece

(Miljević-Ridički, R., Pavin Ivanec, T., 2009.; Božičević, V., 1985.), a vjerojatno ni na razvoj osobnosti, obzirom na vrlo visoke fiziološke pokazatelje stresa, smanjenu tjelesnu otpornost i boležljivost kod jaslčke djece (Tonkova-Jampoljskaja, R., Schmidt-Kolmer, E., Atanasova-Vukova, A., 1980.), praksa povjeravanja djece domovima i jaslčkim ustanovama nastavlja se, uz sve negativne posljedice koje to povjeravanje dugotrajno donosi. Sve više poremećaji privrženosti postaju predmetom psihoterapijskog rada (Solomon, J., George, C., 1999.; Wallin, D. J., 2007.) i s djecom i s odraslima. Države, posebno SAD, nešto manje europske države, više pozornosti poklanjaju zakonskom reguliranju neroditeljske odnosno neobiteljske skrbi o djeci, nego što reguliraju status roditelja koji sami žele podizati i njegovati svoje dijete (Zeanah, C. H. Jr., 2000.). Drukčije rečeno, u utrci za zaradom i radnom snagom, koja će ju stvarati, zakonodavci svjesno zanemaruju dobrobit djece i budućih naraštaja. Ovdje se jasno vidi i slabije povezivanje dugogodišnjih fundamentalnih istraživanja u razvojnoj psihologiji s planiranjem preventivnih akcija i akcija unaprjeđenja zdravlja, dobrim dijelom zbog toga što nije postojala jasna politika usmjerena na unaprjeđenje mentalnog zdravlja. Obzirom na to da se stav zakonodavaca, prvenstveno zbog toga što su spoznali da je ulaganje u unaprjeđivanje mentalnog zdravlja isplativije od liječenja posljedica nebrige o mentalnom zdravlju, bar u jednom dijelu promijenio. To se posebno vidi u doktrinarnim dokumentima nadnacionalnih organizacija, poput UN-ove i Europske komisije. Za očekivati je da će promjenom politike i mentalno zdravlje dobiti mjesto koje mu, zbog njegove važnosti, u društvenim djelatnostima i pripada.

Literatura:

1. Barath, A. (1995.): Kultura, odgoj i zdravlje I., interno izdanje, Viša medicinska škola, Zagreb
2. Bašić, J. (2009.): Teorije prevencije: prevencija poremećaja u ponašanju i rizičnih ponašanja djece i mladih, Školska knjiga, Zagreb
3. Božičević, V. (1985.): Utjecaj odgojnih sredina na psihički razvoj djece, neobjavljeni magistarski rad, Zagreb
4. Cassidy, J., Shaver, R. P. (eds.) (1999.): Handbook of Attachment, Theory, Research and Clinical Applications, The Guilford Press, New York, London
5. Cleghorn, J. M., Lou Lee, B. (1991.): Understanding & Treating Mental Illness, The Strengths & Limits of Modern Psychiatry, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, Lewiston, 1991.
6. Davison, G. C., Neale, J. M. (1999.): Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja, Naklada Slap, Jastrebarsko
7. Grossman, K. E., Grossmann, K., Everett, W. (eds.) (2005.): Attachment from Infancy to Adulthood, The Major Longitudinal Studies, Guilford Press, New York, London

8. Greenspan, S. L. (1996.): The Growth of the Mind and the Endangered Origins of Intelligence, Addison-Wesley Publishing Company
9. Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R. (eds.) (2005.): Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, WHO, Geneva
10. Hudek-Knežević, J., Kardum, I. (2006.): Stres i tjelesno zdravlje, Naklada Slap, Jastrebarsko
11. Lacković-Grgin, K., Čubela-Adorić, V. (ur.) (2006.): Odabrane teme iz psihologije odraslih, Naklada Slap, Jastrebarsko
12. Miljević-Ridički, R., Pavin Ivanec, T. (2009.): Važnost socijalnog konteksta za kognitivni razvoj predškolske djece - Usporedba kognitivne uspješnosti djece koja odrastaju u različitim obiteljsko institucionalnom okruženju, Suvremena psihologija Vol. 12, br. 2, str. 309. - 322.
13. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja - prijedlog, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske, Zagreb, veljača 2009.
14. MOVE priručnik, Ured za suzbijanje zlorabe opojnih droga Vlade Republike Hrvatske, Zagreb, 2008.
15. Petz, B. (ur.) (2005.): Psihologijski rječnik, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Naklada Slap, Jastrebarsko
16. Siegel, D. J. (1999.): The Developing Mind, Toward Neurobiology of Interpersonal Experience, Guilford Press, New York, London
17. Solomon, J., George, C. (1999.): Attachment Disorganization, Guilford Press, New York, London
18. Wallin, D. J. (2007.): Attachment in Psychotherapy, Guilford Press, New York, London
19. Tonkova-Jampoljskaja, R. V., Schmidt-Kolmer, E., Atanasova-Vukova, A. (ur.) (1980.): Socijalna adaptacija djece u doškoljnih učređenijah, Medicina, Moskva
20. WHO (2001d), Strengthening mental health promotion, Geneva, World Health Organization (Fact sheet no. 220), u: Herrman Helen, Saxena Shekhar, Moodie Rob (eds.), Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne, WHO, Geneva, 2005., str. 2.
21. Zeanah Charles, H., Jr. (ed.) (2005.): Handbook of Infant Mental Health - sec. ed., Guilford Press, New York, London

1.2. Uloga i mjesto psihologa u prevenciji ovisnosti i mentalnom zdravlju; tko smo, kako nam je i što radimo

1.2.1. Uvod

Centri za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti osnovali su se u Hrvatskoj kasnih i poslijeratnih 90-ih godina. Nažalost, u tom se vremenu tek pokušavalo privući na liječenje one ljude koji su bili ovisnici o teškim drogama, najčešće o heroinu, tako da se tada puno radilo na uspostavi metadonskog programa liječenja i svemu vezanom za to. Tada nije bilo popularno raditi na takvom radnom mjestu iz više razloga: centri nisu nigdje pripadali, lokalne su ih jedinice rješavale kako su znale i umjele, vladao je priličan kaos i zaposlenje nije bilo sigurno. Većina tada zaposlenih u centrima bili su liječnici koji su imali stalna zaposlenja u bolnicama pa su na ugovore o djelu radili u centrima, tako su i stručni djelatnici imali neriješen status te su i oni radili na ugovore o djelu. Stihijski se prilazilo svemu što je dolazilo, nije se znalo tko što radi, tko što smije ili ne smije raditi, nije se znalo kako raditi s ovisnikom. Sjećam se kako su komune učile roditelje da izbacuju svoju djecu van iz kuće, neki liječnici nisu znali koje bi nama stručnim suradnicima poslove davali, smatralo se da se s heptanona treba odmah i brzo skidati, neke su škole dovodile ovisnike da djeci pričaju svoja iskustva. Iako je razvoj onoga što danas imao prošao s puno poteškoća, imali smo nešto što je bila učestala podrška, to je bio glas doktora Sakomana koji se javljao i donosio neke „vijesti iz svijeta“ koje su nama izgledale kao čudo. Puno smo od njega učili, naprosto i zbog toga što nije bilo drugih mjesta za učenje.

Već su tada psiholozi bili navedeni kao mogući članovi timova na način da su bili izjednačavani s drugim stručnim kadrom: defektolozima, sociolozima, pedagogima, socijalnim radnicima i sl. Dakle, nažalost, sustav nije prepoznavao razliku među kadrom i tako sve do danas, 2010. godine, kada se konačno struka psihologa prepoznala kao važnija u odnosu na ostale stručne suradnike. Prepoznavanje nije dovoljno jasno jer još uvijek dozvoljava, unatoč dovoljnom broju raspoloživih psihologa, da se umjesto psihologa na njihova radna mjesta primaju druge struke. Ipak, mi koji smo tu od početaka prisjećamo se da su neke stvari tada bile važne: bilo je jako važno da rade ljudi koji žele raditi s ovisnicima, da imaju entuzijazam i ljubav prema učenju. U to je vrijeme bilo poticano educiranje stručnog kadra, mnogima su županije, odnosno gradovi, iste financirali. Kada su centri za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti pripali zavodima za javno zdravstvo, situacija se promijenila. Zavodi su donijeli sigurnost i usustavljenost, ali entuzijazam kao da još živi samo u nama starima... ili nam se možda samo tako čini?

Danas se i na fakultetima uči o ovisnostima. Kadar koji dolazi, uz to što je društvena pojavnost ovisnosti prepoznata, i sam prepoznaje tematiku rada jer o njoj uči. Danas u centrima znamo što nam je činiti, znamo kako postupati s pacijentima, kako treba raditi primarnu prevenciju, ako nešto i ne znamo, znamo koga možemo pitati. I baš kada su

stvari postale prilično jasne naše su službe u prosincu 2009. godine dobile novu zadaću: baviti se mentalnim zdravljem, što god to značilo.

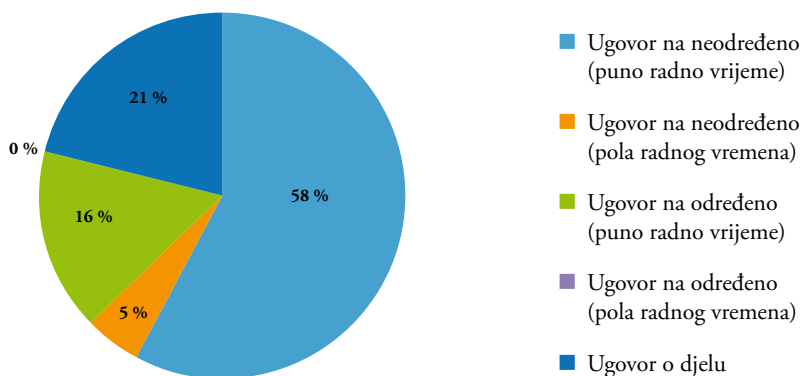
„Dobro mentalno zdravlje je stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može se nositi sa stresom svakodnevnog života, raditi produktivno i plodno, te pridonositi svojoj zajednici. Narušeno mentalno zdravlje uključuje probleme mentalnog zdravlja i oštećeno funkcioniranje povezano sa distresom, simptomima ili klinički izraženim mentalnim poremećajima“ (Silobrčić Radić, M., Hrabak-Žerjavić, V., 2009.). Definicije mentalnog zdravlja i opisa područja djelovanja u okviru istog koncepta uklapaju se u naše područje djelovanja.

„Psihologija je znanost koja se bavi psihičkim procesima i njihovim manifestacijama u ponašanju. Primijenjena psihologija usmjerena je na primjenu znanja i spoznaja u praksi. Zdravstvena psihologija je relativno nova psihološka disciplina koja se početkom osamdesetih izdvaja iz bihevioralne medicine. Osnovni ciljevi su istraživanja psihosocijalnih aspekata zdravlja i bolesti, povećanje efikasnosti preventivnih, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih aktivnosti primjenom psiholoških spoznaja, metoda i tehnika, te humanizacija međuljudskih odnosa i okoline u zdravstvenoj praksi“ (Petz, B., 2005.). Iz gore navedenog razvidno je da psiholozi imaju pune ruke posla u mentalnom zdravlju. Zanimljivo je istražiti što je to što oni rade i koliko znaju o mentalnom zdravlju?

1.2.2. Rezultati

U službama za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u Hrvatskoj prema dostupnim podacima radi trideset i jedan psiholog, od čega ih je samo šesnaestero, odnosno 52%, zaposleno na ugovor na neodređeno. U ovome je istraživanju sudjelovalo devetnaestero psihologa zaposlenih u navedenim službama, odnosno njih 61%. Njihova prosječna dob je 39,72 godina, njihov prosjek godina rada u struci je 12,77 godina. Prosječan broj godina rada na sadašnjem radnom mjestu je 4,99. Važno je napomenuti da deset centara ima zaposlenog samo jednog psihologa, a postoji i jedan veći centar koji nema niti jednoga. Postoje i centri koji mogu, a ne žele, zapošljavati više psihologa. Već ovi uvodni podaci govore u prilog tome da situacija za psihologe u sustavu mentalnog zdravlja nije u dovoljnoj mjeri podržavajuća.

Vrste ugovora o radu



Grafički prikaz 1. Vrste ugovora o radu kod ispitanika

U prvom je grafičkom prikazu vidljivo da 21% naših ispitanika radi u službama na ugovor o djelu. Ta je brojka neprihvatljiva, jer poznavajući Zakon o radu, poslovi koje naša struka obavlja kontinuirano u navedenim službama nikako ne udovoljava kriterijima za ugovor o djelu. Naši su poslovi trajnijeg karaktera, imaju kontinuitet u radu s klijentima, u suradnji s drugima te nikako ne mogu biti pod ugovorom o djelu. To govori da sustav, na našu žalost, ne funkcionira najbolje. Dok imamo ljude na takvim ugovorima ne možemo očekivati isti razvoj kompetencija kod stručnjaka koji su na ugovorima na neodređeno i onih koji su na ugovorima o djelu. U konačnici, možemo očekivati manju motiviranost i manju kvalitetu rada koja se mora odraziti i na naše korisnike.

Na pitanje o završenim edukacijama devetero ih ima završenu neku edukaciju za psihoterapeuta (47,39%), dvoje je ispitanika trenutno u edukaciji (10,53%), četvero nema nikakvu edukaciju (21,05%), a ostala četiri ispitanika završila su različite tečajeve i radionice vezane za savjetodavni ili neki drugi rad - kao što su MOVE, krizne intervencije, promocija zdravlja i prevencija ovisnosti, škola psihotraume i sl. (21,05%).

Od onih koji su završili za psihoterapeute imamo:

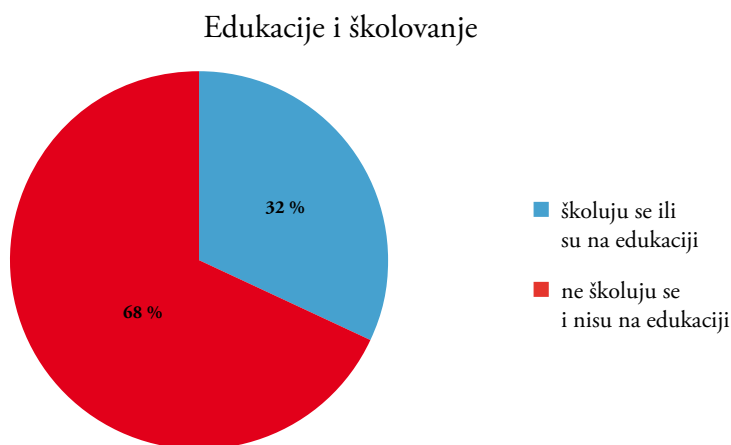
Kognitivno - bihevioralna psihoterapija:	3 ispitanika
Integrativna Geštalt i Geštalt psihoterapija:	2 ispitanika
NLP:	1 ispitanik
Realitetna psihoterapija:	1 ispitanik
Obiteljska sistemska psihoterapija:	1 ispitanik
Grupno analitička terapija:	1 ispitanik

Ovdje se otvara pitanje i statusa psihoterapije kao djelatnosti. Kako je to riješeno u našim profesionalnim krugovima? Nažalost, nije još uvijek riješeno i psiholozima

i na ovom području treba podrška. Treba dodati da je jedan psiholog osposobljen za supervizora na području psihoterapije, a jedan za supervizora u vođenju skupina.

Kad je riječ o plaćanju istih edukacija, većina ispitanika, njih šestero, sami su financirali svoju doedukaciju (66,67%), dvoje je ispitanika jednim dijelom samo platilo, dok im je veći dio platio poslodavac (22,22%). Samo je jednom ispitaniku poslodavac u cijelosti platio edukaciju.

Ostaje nam nadati se da će uvođenjem većeg obima posla poslodavci prepoznati svoju obvezu da financijski podrže psihologe u doedukacijama. Sakoman je 2009. godine na stručnom sastanku voditelja službi za prevenciju naglasio da je pretpostavka za razvoj službi za mentalno zdravlje osigurati dovoljan broj educiranih stručnjaka, psihologa i psihijatarata, i da je za to potrebno nekoliko godina.



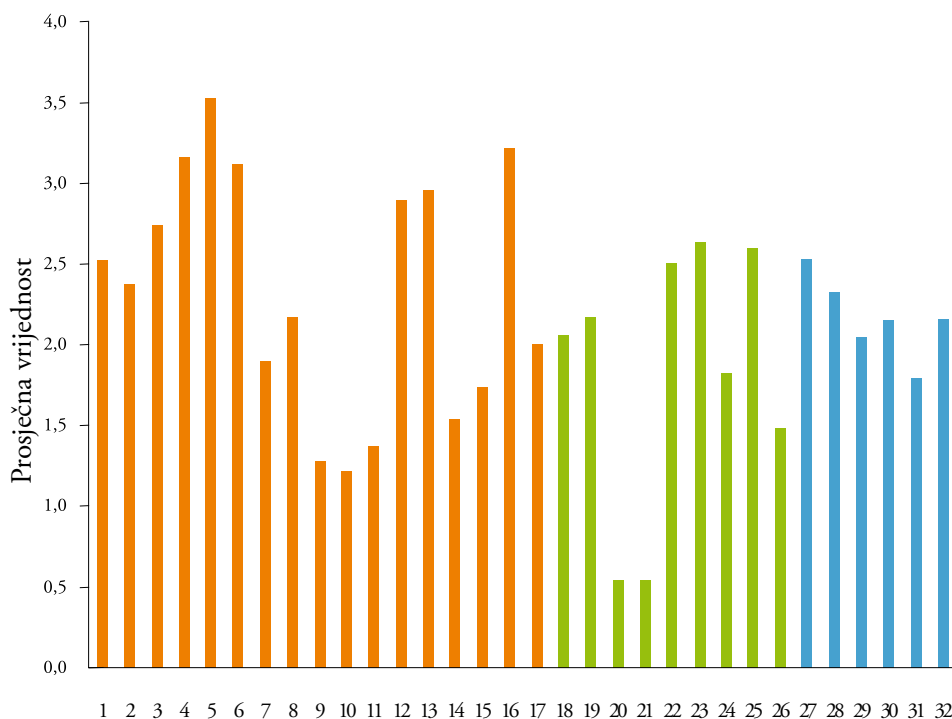
Grafički prikaz 2. Broj ispitanika koji se dodatno školuju i onih koji se ne školuju

Trenutno se školuje 32% ispitanih psihologa, a njih 68% trenutno nije uključeno u školovanje. Pravo na korištenje slobodnih dana u svrhu edukacije ima 37% ispitanika, 16% ispitanika nema pravo na korištenje slobodnih dana tijekom edukacije, a njih 47% ne zna ništa o tome.

Aspekti radne klime	Prosječna ocjena
Komunikacija i odnosi na poslu	4,05
Rješavanje problema	3,63
Donošenje odluka	3,79
Upravljanje konfliktima	3,52
Učenje i motivacija	3,52
Zadovoljstvo poslom	3,89

Tablica 1. Zadovoljstvo različitim aspektima radne klime na skali od 1 do 5 (1=loše, 5=odlično)

Psiholozi nam najlošijim procjenjuju upravljanje konfliktima na svom radnom mjestu i učenje i motivaciju. S obzirom na posao koji je s mentalnim zdravljem pred nama, loša procjena učenja i motivacije za posao kazuje da na ovome području, odnosno području stručnoga usavršavanja, ima prostora za napredak.



Grafički prikaz 3. Prikaz poslova koje obavljaju ispitanici na svom radnom mjestu

Legenda:

Opći poslovi psihologa (crvena boja):

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1 - psihotestiranje | 10 - pisanje stručnih radova |
| 2 - pisanje nalaza i mišljenja | 11 - osmišljavanje i pisanje razl. brošura |
| 3 - telefonsko savjetovanje | 12 - pisanje razl. izvještaja |
| 4 - savjetodavni rad s roditeljima | 13 - čitanje stručne literature |
| 5 - savjetodavni rad s mladima | 14 - suradnja s medijima |
| 6 - savjetodavni rad s adolescentima | 15 - rad sa skupinama |
| 7 - savjetodavni rad s djecom | 16 - sastanci stručnog tima |
| 8 - psihoterapija | 17 - neki drugi sastanci |
| 9 - provođenje istraživanja | |

Suradnja s drugim ustanovama (zeleno boja):

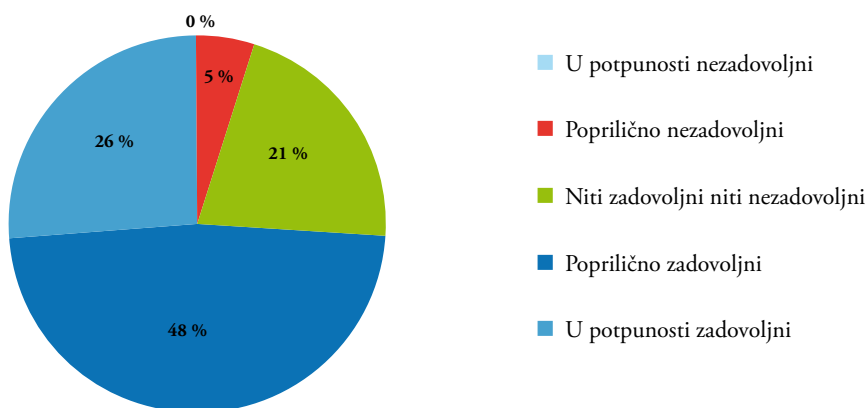
- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 18 - neki drugi sastanci | 23 - suradnja s obiteljskim centrom |
| 19 - suradnja s ODO-om | 24 - suradnja s CZSS-om |
| 20 - suradnja s prekršajnim sudom | 25 - suradnja s policijom |
| 21 - suradnja s caritasom | 26 - suradnja sa školama |
| 22 - suradnja s crvenim križem | |

Poslovi primarne prevencije (plava boja):

- | | |
|--|--|
| 27 - suradnja s povjerenstvom za droge | 30 - osmišljavanje preventivnih programa |
| 28 - suradnja sa školama | 31 - promocija prevencije |
| 29 - osmišljavanje preventivnih aktivnosti | 32 - priprema i provođenje predavanja |

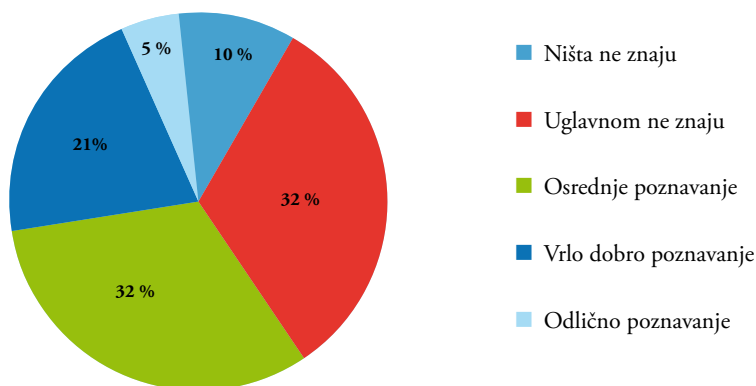
Treći grafički prikaz prikazuje opseg poslova i njihovu učestalost provođenja u službama. Iz njega proizlazi da naši psiholozi najviše rade savjetodavni rad s mladima, sudjeluju u sastancima stručnog tima, učestalo provode savjetodavni rad s roditeljima i savjetodavni rad s adolescentima. Također puno vremena provode u pisanju različitih izvještaja, ali i čitanju različite stručne literature. Provođenje istraživanja, pisanje stručnih radova i osmišljavanje i pisanje različitih brošura najmanje se odrađuju, što predstavlja nedovoljno korištenje potencijala, a također i djelomično odgovara na pitanje uslijed čega je psihologija u sustavu navedenih službi još uvijek u sjeni jer očigledno ne radi dovoljno na promidžbi. Dok ne počnemo sami sebe promovirati, mi koji radimo unutar sustava, ne trebamo se nadati većim promjenama.

Zadovoljstvo uvođenjem koncepta
mentalnog zdravlja



Grafički prikaz 4. Zadovoljstvo uvođenjem koncepta mentalnog zdravlja

Poznavanje poslova mentalnog zdravlja

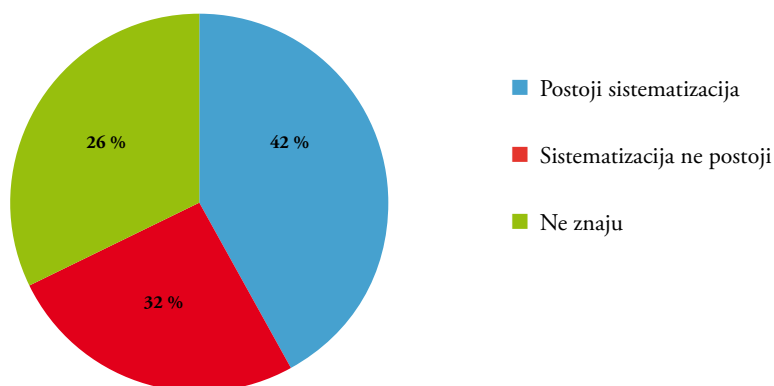


Grafički prikaz 5. Poznavanje poslova mentalnog zdravlja

Iz petoga je grafa vidljivo da 42% ispitanika uopće ne poznaje poslove koje će raditi u mentalnom zdravlju ili uglavnom ne znaju. To potvrđuje neizvjesnost koja je razumljiva jer dolazi uslijed promjena u sustavu, ali to još nije dovoljno utješno. Za pretpostaviti je da ukoliko ni područje mentalnog zdravlja ne postavi jasne definicije poslova za psihologe, nejasnoće djelovanja i dalje će se odražavati na zadovoljstvo i kvalitetu našeg rada. Ispitanici vide prednost svoje struke u poslovima mentalnog zdravlja u sljedećim argumentima:

- a) osposobljenosti psihologa za psihodijagnostiku: 35,71%
- b) educiranost iz područja mentalnog zdravlja i psihopatologije: 28,57%
- c) širina u pristupu - obuhvaća se prevencija, liječenje, resocijalizacija i savjetovanje: 28,57%
- d) mogućnost psihoterapijskog rada: 21,41%
- e) široko obrazovanje u smislu rada sa svim uzrastima; kako onima zdravima, tako i s onima bolesnima: 14,29%.

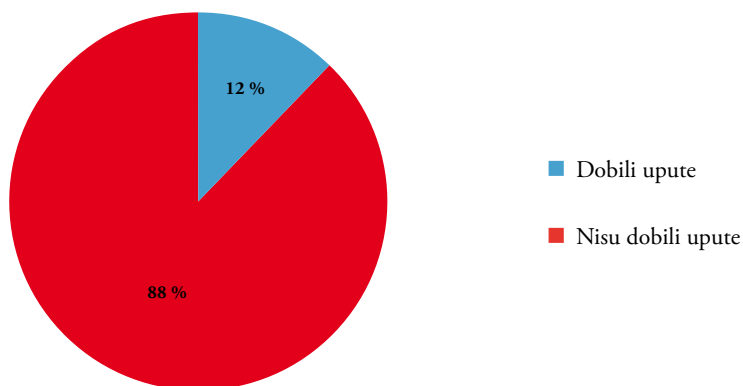
Sistematizacija radnih mjesta



Grafički prikaz 6. Sistematizacija radnih mjesta

Na pitanje postoji li u njihovim službama sistematizacija radnih mjesta 26% ispitanika odgovorilo je da ne zna, a 32% da ista ne postoji. To još jednom potvrđuje da sistematizacija službi još uvijek nije donijela odgovore na sva važnija pitanja o tome tko smo i što radimo.

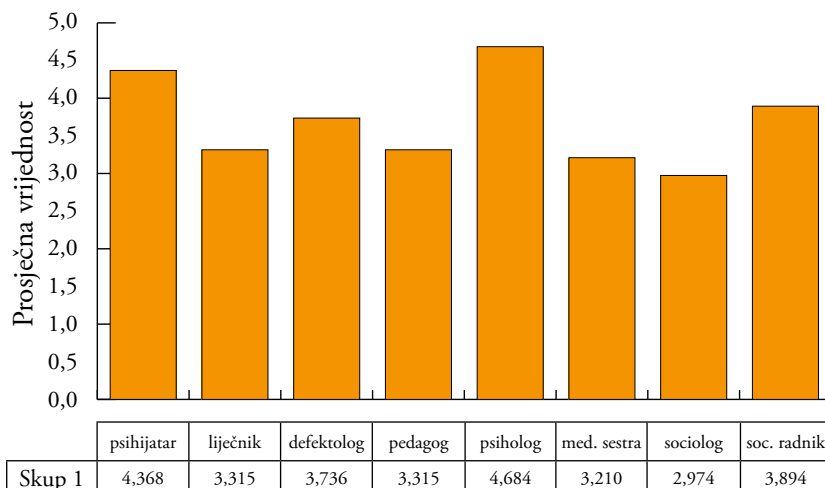
Upute o poslovima mentalnog zdravlja



Grafički prikaz 7. Upute o poslovima mentalnog zdravlja za psihologe

Do kraja lipnja 2010. godine 88% ispitanika nije dobilo jasne upute o poslovima mentalnog zdravlja.

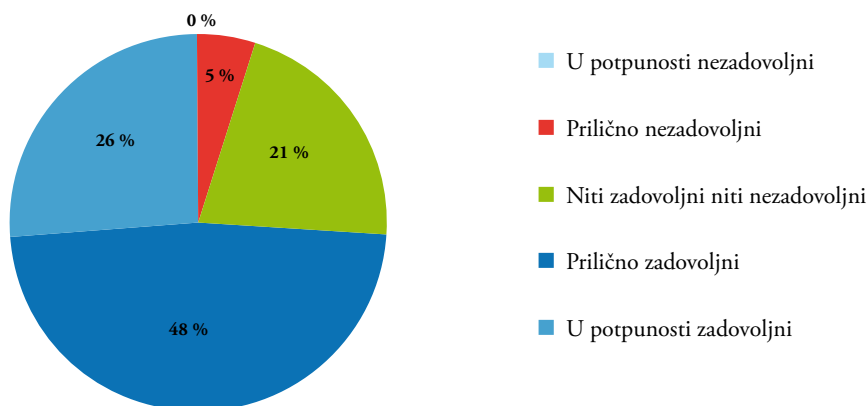
Potreba za suradnjom s drugim strukama



Grafički prikaz 8. Potreba za suradnjom s drugim strukama

Najveću su potrebu za suradnjom ispitanici iskazali prema psiholozima, što ukazuje da službe koje imaju dva i više psihologa vjerojatno rade kvalitetnije, a govori i o tome kako interdisciplinarna suradnja dobro funkcionira. Visoka je potreba za suradnjom s psihijatrima, čiju bi kvalitetu u nekom budućem istraživanju valjalo istražiti.

Zadovoljstvo uvođenjem koncepta mentalnog zdravlja



Grafički prikaz 9. Zadovoljstvo uvođenjem koncepta mentalnog zdravlja

I za kraj, 74% ispitanika je prilično i u potpunosti zadovoljno s uvođenjem koncepta mentalnog zdravlja u svoj posao.

1.2.3. Zaključak

- U službama za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u Hrvatskoj ima prema dostupnim podacima trideset i jedan psiholog, od čega ih je samo šesnaestero odnosno 52% zaposleno na ugovor na neodređeno.
- Vidljivo je da 21% naših ispitanika radi u službama na ugovor o djelu.
- Na pitanje o završenim edukacijama devetero ih ima završenu neku edukaciju za psihoterapeuta (47,39%).
- Trenutno se doeducira 32% ispitanih psihologa, a njih 68% nije trenutno uključeno ni u kakvu doedukaciju.
- Psiholozi najviše rade savjetodavni rad s mladima, sudjeluju u sastancima stručnog tima, učestalo provode savjetodavni rad s roditeljima i savjetodavni rad s adolescentima. Također puno vremena provode u pisanju različitih izvještaja, ali i čitanju različite stručne literature. Provođenje istraživanja, pisanje stručnih radova i osmišljavanje i pisanje različitih brošura najmanje se odrađuju.
- Vidljivo je da 42% ispitanika ili uopće ne poznaju poslove koje će raditi u mentalnom zdravlju ili ih uglavnom ne znaju.
- 88% ispitanika do kraja lipnja 2010. godine nije dobilo jasne upute o poslovima mentalnog zdravlja.
- Najveću su potrebu za suradnjom ispitanici iskazali prema psiholozima i psihijatrima.
- 74% ispitanika prilično je i u potpunosti zadovoljno s uvođenjem koncepta mentalnog zdravlja u svoj posao.

Literatura:

1. Petz, B. (2005.): Psihologijski riječnik, Naklada Slap, Jastrebarsko
2. Sakoman, S. (2009.): Osnove koncepta programa zaštite mentalnog zdravlja pri službama Zavoda za javno zdravstvo, prezentacija, Sisak
3. Silobrić Radić, M., Hrabak-Žerjavić, V. (2009.): Mentalno zdravlje u EU i strategija zaštite mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, prezentacija, Sisak

2. ŠTO UČINITI ZA DOBROBIT - PREVENCIJA PROBLEMA MENTALNOG ZDRAVLJA

2.1. Mentalno zdravlje djece; što učiniti dok je još vrijeme

2.1.1. Uvod

Tema mentalnog zdravlja prisutna je u brojnim nacionalnim dokumentima te u dokumentima Svjetske zdravstvene organizacije, ali uglavnom s fokusom na odraslu populaciju. S druge pak strane veoma često nailazimo na tvrdnju da su prve godine života osobito važne jer su formativne. Ako usporedimo isticanje važnosti ranog razvoja sa zastupljenošću tema o mentalnom zdravlju dojenčadi i male djece u dokumentima, znanstveno-stručnim časopisima ili tisku, uočiti ćemo velik nerazmjer. Tema mentalnog zdravlja dojenčadi i male djece pri dnu je liste interesa općenito, osobito kod nas. Razlog nije teško domisliti, a to je općedruštvena usmjerenost na nagomilane probleme, a manje na prevenciju. Tome doprinosi i zablude da neke pojave, npr. zdrav razvoj, nastaju same od sebe, a društvena ili stručna pozornost i intervencija pojavljuju se u trenutku kad se pojavi problem. Problem toliko velik da ga svi vide i ukazuju na njega, ali ga nitko više ne može riješiti. Mentalno zdravlje i bolest imaju svoju razvojnu putanju. Što se više bavimo mentalnim zdravljem, i to proaktivnim strategijama, to ćemo se manje baviti problemima narušenosti mentalnog zdravlja, kako djece tako i odraslih. Stoga je središnje pitanje javnoga zdravstva, ali i svih odgovornih za zdravo društvo: „Što učiniti dok je još vrijeme?“ (Ljubešić, M., 1999.)

2.1.2. Koje teme ulaze u pojam mentalnog zdravlja dojenčadi i male djece

Budući da se zdravlje više ne definira kao odsustvo bolesti, već kao stanje tjelesnog i duševnog blagostanja, u pitanja mentalnog zdravlja dojenčadi ulaze sve razvojno-psihološke teme, ali i intervencije koje pridonose zaštiti i unaprjeđenju zdravog razvoja male djece. Pri tom valja imati na umu da je mentalno zdravlje male djece pretpostavka mentalnog zdravlja starije djece, adolescenata i odraslih. Stoga se istražuje što pridonosi optimalnom socijalnom i emocionalnom razvoju djece u prvim godinama života, a kako su sve razvojne domene međusobno povezane i pitanja kognitivnog i motoričkog razvoja male djece ne izuzimaju se iz slike o njihovom mentalnom zdravlju. Pri tom fokus nije isključivo na djetetu nego na djetetu u kontekstu, a razvojna faza u kojoj se stvara, unaprjeđuje ili ugrožava mentalno zdravlje male djece njihovi su odnosi s bliskim osobama, dakako najčešće roditeljima. Odnosi koji se stvaraju u interakcijama malog djeteta i njemu bliskih osoba ugrađeni su u nebrojene druge odnose socijalne mreže. Tako i širi socijalni kontekst utječe na djetetov razvoj i djetetovo mentalno zdravlje. Zato suvremeni pogled na mentalno zdravlje malog djeteta u fokusu ima dijete smješteno unutar različitih dinamički međudjelujućih sklopova utjecaja. Unutar tih sklopova djeluju rizični i zaštitni čimbenici.

Zeanah, C. H. (2000.) u uvodu Priručnika o mentalnom zdravlju male djece, koji je uredio, ističe da sva djeca imaju pravo na mentalno zdravlje. Realni problem odraslih je da idealiziraju malu djecu i često zatvaraju oči pred problemima rane dobi jer im je teško i nelagodno suočiti se s njima. Nikakvo čudo da je strategija „čekaj i gledaj“ toliko rasprostranjena. Pri tom se zaboravlja da dijete treba razvojno primjerene poticaje i podršku za svoje odrastanje i da upravo oni izostaju u uvjetima kad je razvojna putanja pomaknuta od optimalne jer izostaje suočavanje odraslih s djetetovim teškoćama i rana intervencija. Iz osobnog kliničkog iskustva mogu potvrditi da sam nerijetko viđala predškolsku djecu s utjecajnim teškoćama intelektualnog razvoja koja su bila u nekom sustavu praćenja te su na redovitoj osnovi viđala i psihologe, a da su roditelji još uvijek bili obuzeti isključivo pitanjem „Zašto moje dijete ne govori i kada će progovoriti“. Nitko im nije ukazao na činjenicu da je djetetov ukupni kognitivni razvoj drukčiji i sporiji i da je odsustvo govora tek jedna od posljedica s kojom se dijete i njegova okolina bore. U pravilu takva djeca ne dobivaju razvojno primjerene poticaje već su trajno suočena s nerazumijevanjem okoline koja od njih traži nešto što ona niti razumiju niti mogu učiniti. Nerijetko s okolinom komuniciraju nepoželjnim oblicima ponašanja (agresijom, autoagresijom) jer su taj način otkrila sama, a nekom socijalno poželjnom, a njima shvatljivom (predjezičnom) komunikacijskom sustavu ih nikad nitko nije ni pokušao poučiti. Ovakvi primjeri pokazuju kako izostanak prave informacije i intervencije dovodi do narušavanja mentalnog zdravlja djece.

Preneseno na životnu razinu, tj. na razinu djelovanja, Svjetska udruga za mentalno zdravlje male djece/ <http://www.waimh.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3289>, pristup 1.6.2010./ vidimo da ova svjetska organizacija djeluje s ciljem unaprjeđivanja mentalnog dobrostanja i zdravog razvoja diljem svijeta, te pri tome uzima u obzir kulturalne, regionalne i varijacije okoline. Cilj je djelovanja i proizvodnja novog znanja i njegovo širenje. To se ogleda u djelovanju koje će:

- povećati znanje o mentalnom razvoju i poremećajima kod djece od začeća do treće godine života
- diseminirati znanstvene informacije o uslugama za brigu o djeci, o intervenciji i prevenciji mentalnih poremećaja i razvojnih teškoća u ranoj dobi
- diseminirati znanstveno utemeljeno znanje o načinima kako podržati prijelaz u roditeljstvo, jednako kao i o svim zdravim aspektima roditeljstva i brige o djeci
- ojačati međunarodnu suradnju među stručnjacima u vezi unaprjeđivanja optimalnog razvoja male djece, jednako kao i u pogledu prevencije i tretmana mentalnih poremećaja u ranim godinama
- olakšati sve aspekte istraživanja, edukacija i intervencija u gore navedenim područjima.

Iako je područje mentalnog zdravlja male djece od svog nastanka interdisciplinarno područje, ovaj opis djelovanja jasno upućuje na ulogu psihologa, kako znanstvenika i istraživača, tako i kliničara.

2.1.3. Što činimo - aktualna hrvatska pitanja

2.1.3.1. Rano prepoznavanje razvojnih odstupanja i podrška roditeljstvu

Hrvatska ima stogodišnju tradiciju pedijatrije i općenito dobro organiziranu zdravstvenu skrb o djeci koja u suvremenom shvaćanju u svom djelovanju ne bi trebala biti usmjerena samo na pitanja bolesti već i očuvanja zdravlja (Grgurić, J., 2005.). Preventivnu filozofiju prepoznavamo u procijepljenosti populacije, ali ne i u ranom prepoznavanju razvojnih odstupanja i roditeljskih potreba. Činjenica je da se neki roditelji teško nose s roditeljskom ulogom iz veoma različitih razloga koji nekad mogu biti na strani djeteta, a nekad na strani roditelja (Ljubešić, M., 2003.). Ti se problemi sasvim prevladavaju na roditeljska leđa jer se smatra da roditelj mora moći i znati. Pri tome se zaboravlja da u situaciji roditeljskog nesnalaženja dolazi do narušavanja interakcija roditelj - dijete (Papusek, M., 2004.). Važnost ranih interakcija i predjezične komunikacije leži u činjenici da interakcije imaju karakter epizoda učenja te se smatraju arenom u kojoj se odvija rani razvoj (Budwig, N., Uzgiris, I. C., Wertsch, J. V., 2000.). Prema podacima iz zapadnoeuropskih studija teškoće ranih interakcija prisutne su kod gotovo svakog četvrtog do petog dojenčeta te imaju produženo djelovanje (Wolke, D., Rizzo, P., Woods, S., 2002., Wurmser et al 2001.). U svojoj ranoj fazi odražavaju se u problemima spavanja, hranjenja, prekomjernog plakanja ili prkosa kod inače zdrave djece. Ovi su problemi postali jedan od glavnih problema pedijatrijske prakse u zapadnim društvima. Ono što valja imati na umu, kada se govori o poremećajima u području ranih interakcija, jest da „Poremećaj ne leži samo u djetetu - otprilike u obliku konstitucijske vulnerabilnosti, on ne leži niti samo u roditeljskom zakazivanju - primjerice postpartalnoj depresiji ili drugim psihosocijalnim opterećenjima roditelja - već se usidrio vrlo konkretno u svakodnevne interakcije roditelja i djeteta i kroz to ulazi i u njihov međusobni odnos“ (Papoušek, M., 2004., str. 103.).

Posebnu pozornost zaslužuju poremećaji ranih interakcija i predjezične komunikacije kod djece s organski uvjetovanim razvojnim teškoćama, genetičkim sindromima ili kompliciranim zdravstvenim stanjima. Oni su tada u pravilu još većeg intenziteta, teže ih je rješavati i odnos roditelj - dijete, kao i mentalno zdravlje, bivaju još ugroženiji. Ovi poremećaji uvijek zahtijevaju timski pristup i u nekim se zemljama takve usluge pružaju u specijaliziranim centrima (npr. u Njemačkoj su to službe u okviru centara za socijalnu pedijatriju). U Hrvatskoj za sada nemamo interdisciplinarnu servise u koje bi se roditelji mogli obratiti pa oni lutaju realnim (od različitih specijalista do terapeuta i nazad) i virtualnim prostorima (internet) što ilustrira i izvadak iz pisma jedne majke upućeno u internetsko savjetovanje (www.ranaintervencija.org): „Nakon intrauterinog zastoja rasta nepoznatog uzroka (zdrava trudnica, zdrava placenta), moj sin je rođen carskim rezom u 38. tjednu trudnoće s 1690 g i 39 cm. Danas, točno osamnaest mjeseci kasnije, vodi se kao „sumnja na Sy.Silver-Russel“. U sklopu sindroma je i izraziti nedostatak apetita: on jednostavno ne želi jesti.... Svu hranu mrzi i slatku i slanu i ljutu i kiselu i miksanu i pasiranu i mrvčastu i krutu... sve što smo

mu ikad dali. Istraumatiziran je, diže ruke u obranu i kad čuje zvuk postavljanja stola iz druge prostorije. Ne ogladni - kad preskoči obrok, sljedeći svejedno odbija. Ponekad stavi koju mrvicu kruha u usta, ali ga ispljune kad se smekša. Ponekad mu moramo držati ruke da ga nahranimo, većemo ga u autosjedalicu da ima manji radijus bježanja, on plače i vrišti.... to sve je grozno za sve, najviše za njega: on plače, ja plačem... Zlostavljamo svoje dijete i strašno se bojim trajnih psihičkih posljedica. U Americi i zapadnoj Europi djeca sa Sy.Silver-Russel imaju gastrostome, ali nama je vrlo stručna osoba rekla da je tamo to tako „jer su roditelji lijeni i ne žele ulagati trud u to da dijete nahrane“. Mi smo postali obitelj s posebnim potrebama - zapostavili smo i brak i zdravo dijete i SVE je podređeno hranjenju našeg sina koji se - nimalo iznenađujuće - počeo povlačiti u sebe.....Molim savjet! Puno hvala, Mama na kraju snaga.“

Ozbiljno pitanje hrvatske stvarnosti jest kamo uputiti roditelja koji se bori s ovakvim ili sličnim problemima? I dok s jedne strane izostaje rano prepoznavanje odstupanja i podrška roditeljstvu, s druge strane postoji suprotna tendencija, a to je „prišivanje etiketa“ i izdvajanje.

2.1.3.2. Etiketiranje i izdvajanje

U Hrvatskoj danas u prosjeku 56,64% djece pohađa predškolske ustanove sa stalnom tendencijom povećavanja tog postotka <http://public.mzos.hr/Default.aspx?sec=2195> (pristup:12.6.2010). Način života postao je takav da dijete doista može sresti drugo dijete u nekoj igraonici, a na trajnijoj osnovi samo u predškolskoj ustanovi. I način kako su uređeni stanovi i moderan stil života nisu prijatelji djeci. To su još jedino predškolske ustanove. Osim što nude prilagođen prostor imaju i sve educiraniji kadar i stručne timove. Nije stoga neobično što uočavamo da sve češće odgajatelji ili stručni timovi u jaslicama i vrtićima uočavaju i skreću roditeljima pozornost da je njihovo dijete drukčije, npr. da ne surađuje na dobno primjeren način, da se ne igra, osamljuje se i slično. Roditeljima se uobičajeno sugerira da odu po savjet da se vidi što je s djetetom. Prvi je problem što nema tih mjesta kamo se može otići, a neka rijetka doista su zagušena. Postoje liste čekanja od pola godine i više, što je besmisleno, ako znamo da se radi o urgentnim problemima i maloj djeci gdje trajanje čekanja na pregled ponekad odgovara četvrtini trajanja njihovog života! Međutim, postoji tu još jedan problem, a to je da su predškolske ustanove najčešće toliko pretrpane da za djecu koja su drukčija u njima doista nema mjesta. Pritisnuti velikim brojem djece u skupinama i same predškolske ustanove teže izdvajanju djece koja imaju neka razvojna odstupanja, te stručni nalaz i mišljenje postaju ključni dokument temeljem kojeg se roditelja obavještava da predškolska ustanova nažalost nema odgovarajući program za dijete. Gdje da roditelji nađu odgovarajući program i što im je činiti, nitko ne govori. Posebno je teška situacija s djecom s poremećajima komunikacije sa sumnjom na poremećaj iz autističnog spektra (Ivšac-Pavliša, J., 2010.). Ovakve okolnosti također ugrožavaju mentalno zdravlje jer dijete lišavaju odgovarajućih prilika za učenje i odrastanje. Da su uvjeti drukčiji, tj. da skupine nemaju tako velik broj djece, za dijete s razvojnim teškoćama mogao bi se provoditi individualizirani program i pružiti odgovarajuća podrška u stvaranju odnosa s ostalom djecom. Ovako to nije moguće. Stoga

se činjenica da dijete ima razvojni problem koji je opisan u stručnom nalazu i mišljenju pretvara u etiketu s posljedicom izdvajanja, namjesto da je to polazna osnova za podršku i omogućavanje zajedničkog odrastanja. Stoga, iako prividno djeluje kao suprotan, on je dopunjujući prethodno spomenutom problemu prolongirane dijagnostike, te se oni međusobno učvršćuju. Posjedovanje stručnog nalaza i mišljenja te spominjanje neke dijagnoze suviše često zatvara vrata. Čemu onda rana dijagnoza? Dakako, u dokumentima je to drukčije opisano, ali praksa ima nepovoljan trend jer ne postoji dovoljan broj mjesta u predškolskim ustanovama i nije uspostavljen servis rane podrške poznat pod nazivom sustav rane intervencije.

2.1.3.3. Briga o djeci

Pitanje koje je povezano s prethodnom temom u pogledu uvjeta u predškolskim ustanovama je i pitanje kako je djeci tipičnog razvoja kada se nalaze u prevelikim, vrlo bučnim skupinama? Ponekad situaciju otežavaju i premali prostori, preopterećeni odgajatelji, zamjene i novi djetetu nepoznati odgajatelj, predug boravak i manjak na pojedino dijete usmjerenog pristupa. Sve to stvara premalo prilika za učenje prosocijalnih oblika ponašanja. Studije pokazuju da kvaliteta i kvantiteta rane brige koju djeca primaju od drugih osoba (dakle, ne roditelja) također imaju dugoročni učinak (Vandell, L. i sur., 2010.).

Zabrinjavajući signali dolaze i iz rastuće komercijalizacija roditeljstva i djetinjstva. Oni postaju tržište na koje se plasiraju različiti proizvodi, od „didaktičkih“ igračaka do literature i ponude različitih tretmana koji sami za sebe nisu loši, a možda niti štetni, ali udruženim djelovanjem oni stalno roditelje odmiču od bitnoga, a to je autentični kontakt i odnos sa svojim djetetom. Primjerice, slušanje Mozartove glazbe u ranoj dobi bilo je široko prihvaćeno kao metoda koja pridonosi kognitivnom razvoju djeteta i roditelji su to koristili, da bi ozbiljna metaanaliza četrdesetak istraživanja na tu temu pokazala da učinka nema (Pietsching, J., Voracek, M., Formann, A. K., 2010.).

Suvremeni roditelji često ništa ne žele prepustiti slučaju, educiraju se i žele učiniti sve najbolje za svoje dijete. Pritom lako padnu u zamku da suviše slijede dobne tablice, pravila i savjete, a zaboravljaju da se dijete najbolje razvija kada su očekivanja i poticaji koji dolaze od roditelja i okoline usklađeni s djetetovom motivacijom i temperamentom i to onakvima kakvi oni u danom trenutku jesu. Pretpostavka ove usklađenosti je roditeljsko opažanje i prihvaćanje djeteta te razumijevanje da su krize normalna i prolazna pojava, tj. da razvoj ne ide pravocrtno. Važno je prilagoditi se djetetovoj individualnosti, iz njegovog ponašanja čitati poruke i podržati ga u njegovoj težnji za samostalnošću. Previše uputa i „receptata“ na tu temu blokira intuitivnu roditeljsku didaktiku i roditelj se, umjesto lakše, sve teže nosi s izazovima roditeljstva.

Osim onoga što pojedinci čine za svoju djecu i djecu koja su im povjerena na skrb, odgoj i obrazovanje (od jaslica nadalje), valja promišljati i kakvu širu okolinu djeca i njihove obitelji trebaju, tj. kakav je stav društva (uključujući i poslodavce) prema potrebama obitelji s malom djecom. U tom kontekstu lokalna zajednica i koncept zajednice koja brine postaje središnja tema.

Poseban je problem izloženost djece medijima. Psiholozi su se aktivno angažirali na planu stvaranja zaštite od internetskog nasilja i na senzibilizaciji javnosti za zaštitu djece od slika nasilja s malih ekrana. Već i samo duže sjedenje pred ekranom koje i roditelji (a ponekad i odgajatelji) dopuštaju, jer to „čuva“ dijete dok su oni prezaposleni, smanjuje djetetovu priliku za kretanje, aktivno istraživanje svijeta, komunikaciju i druženje. Zato je važno promovirati sve aspekte djetetovih razvojnih potreba te i roditelje i ostale kojima su djeca povjerena senzibilizirati za najbolji interes djeteta. Ti napori doprinose stvaranju uvjeta za zdravo dorastanje.

2.1.4. Što bismo mogli učiniti dok je još vrijeme

U vrijeme kada manjka novca za sve javne servise i svuda se uvode mjere štednje treba ozbiljno razmišljati o onome što je moguće provesti, ali isto tako i razumno planirati daljnje korake. Ne treba odustati od malih koraka samo zbog toga jer su mali. U male korake svakako ide:

- na planu obrazovanja stručnjaka za zanimanja koja su usmjerena na djecu i obitelj sustavno uvoditi teme o mentalnom zdravlju dojenčadi i male djece
- potrebe male djece i njihovih obitelji činiti vidljivijima u društvu jer njihovim zadovoljavanjem pridonosimo mentalnom zdravlju
- povezati postojeće servise kako bi se međusobno prepoznavali i surađivali za dobro djeteta i njegove obitelji
- osnažiti ranu intervenciju i djetinjstvu
- potaknuti lokalne zajednice da se više založe za ostvarivanje potreba obitelji s malom djecom.

Hrvatska nema stručnu udrugu za zaštitu mentalnog zdravlja pa su stoga pozvana sva profesionalna društva, a osobito Hrvatsko psihološko društvo, da sustavno djeluju i na planu promicanja mentalnog zdravlja dojenčadi i male djece.

Literatura:

1. Buldewig, N., Uzgiris, I. C., Wertsch, J. W. (ur.) (2000.): Communication: an arena of development, Stamford, Conn., Ablex Publication Corporation
2. Grgurić, J. (2005.): „Quo vadis“ hrvatska pedijatrija, Pedijatrija Croatica, 49, 8. - 12.

3. Ivšac Pavliša, J. (2010.): Atipični komunikacijski razvoj i socioadaptivno ponašanje i funkcioniranje u ranoj dobi, *Društvena istraživanja*, 19, 278. - 303.
4. Ljubešić, M. (1999.): Zdravo društvo: pogled iz kolijevke, u: Mišić, A. (ur.), *Crkva i zdravo društvo*, Zagreb, Filozofsko-teološki institut Družbe Isusove, 83. - 92.
5. Ljubešić, M. (2003.) (ur.): *Biti roditelj*, Zagreb, Državni zavod za zaštitu obitelji, materinstva i djece
6. Papoušek, M. (2004.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept, u: Papoušek, M., Schieche, M., Wurmser, H. (ur.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit, Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*, Bern, Hans Huber Verlag, 77. - 110.
7. Pietsching, J., Voracek, M., Formann, A. K. (2010.): Mozart effect - Shmozart effect: A meta - analysis, *Intelligence*, 38, 314. - 323.
8. Vandell, L. i dr. (2010.): Do effects of early child care extend to the age 15 years? Results from the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development, *Child development*, 81, 737. - 756.
9. Wolke, D., Rizzo, P., Woods, S. (2002.): Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood, *Pediatrics*, 109, 54. - 1060.
10. Wurmser, H. i dr. (2001.): Excessive infant crying: often not confined to the first month of age, *Early Human Development*, 64, 1. - 6.
11. Zeanah, C. H. (2000.) (ur.): *Handbook of infant mental health*, New York, The Guilford Press

2.2. Mentalno zdravlje mladih; kako im pomoći da nađu pravi put

*„Odgajamo djecu u raspuštenosti i razvratu i to nazivamo progresivnim odgojem.
Mi smo ogrezli u pornografiji i bogohulnosti, i to nazivamo slobodom izraza.
Mi se izrugujemo duhovnom naslijeđu naših predaka i to nazivamo prosvijećenošću.“*
(Platonov, 2002.)

2.2.1. Uvod

Danas, kada na verbalnoj razini živimo u svijetu u kojem prevladava demokratska paradigma, kada na riječima iskazujemo značajnu brigu za psihofizički razvoj djece i mladih, suočavamo se s brojnim problemima vezanim uz njihov odgoj i obrazovanje. Naime, neosjetljivost i nepoznavanje karakteristika određenog životnog razdoblja, pogriješno postupanje, neprepoznavanje ranih znakova određenih poteškoća kao i moralna konfuzija ugrožavaju mentalno zdravlje mladih.

Mladi odrasle više ne poštuju kao neprikosnovene autoritete, kao osobe kojima status daje određenu moć. Kvalitetne odnose s mladima treba izgrađivati temeljeći ih na međusobnom poštivanju, povjerenju, spremnosti za razgovor, na toleranciji i empatiji.

Odgoj je u svim civilizacijama bio vrlo važan, iako su ga, nekada, a i danas, oni koji o njemu brinu donekle različito shvaćali, odnosno shvaćaju. Doista nije lako odgovoriti na pitanje što je zapravo odgoj, koje su njegove granice, koje su odgojne strategije učinkovite u 21. stoljeću. Obezglavljenost u ovome području svakako značajno doprinosi problemu mentalnog zdravlja.

Istraživanja jasno pokazuju da je problem mentalnog zdravlja sve aktualniji već i u dječjoj dobi. Problemi mentalnoga zdravlja, od svih zdravstvenih problema, najmanje ovise o uspješnosti medicine. Ali, dok smo uglavnom spremni ulagati poprilična sredstva u zaštitu tjelesnog zdravlja, mentalno podcjenjujemo pogotovo kada se radi o djeci i mladima. Još uvijek postoje predrasude da su djeca i mladi najčešće mentalno zdravi. Kod mladih su sve prisutniji problemi vezani uz konzumaciju alkohola, droga, cigareta, poremećaje hranjenja, emocionalne teškoće, poremećaje ponašanja...

Stopa samoubojstava među mladima utrostručila se od 60-tih. To je treći vodeći uzrok smrti nakon prometnih nesreća i ubojstava. Mnoge studije govore o porastu broja onih koji obolijevaju od depresije i o njenom sve ranijem javljanju. Na uzorku od tri tisuće djece u Americi u dobi od dvanaest do četrnaest godine bilo je 9% depresivnih (Seligman, M., 2005., str. 37.)! Rezultati kod nas još su porazniji. Čak 15% djece i mladih u osnovnim i srednjim školama u Zadru ima značajno izražene simptome depresije. Zabrinjavajući je i porast nasilja u obitelji i školama što rezultira suicidima i sve većim brojem kaznenih djela u toj populaciji (Vulić Prtorić, A., 2007.). U 2006. godini u Splitu je zbog trovanja

alkoholom ili lijekovima primljeno na pedijatriju sedamdeset i sedam maloljetnika, a gotovo ih sedamsto pregledano zbog psihičkih teškoća.

U Hrvatskoj je alkohol barem jednom u životu pio gotovo svaki učenik ili učenica (više od 90%). Učestalo je pilo (četrdeset ili više puta u životu) 37% dječaka i 21% djevojčica. O dostupnosti alkohola govori podatak da je gotovo svaki drugi učenik (40%) u posljednjih trideset dana u trgovini za sebe kupio pivo, a svaki četvrti (28%) vino (Hrvatski akcijski plan o alkoholu, 2010., str. 10.).

Istraživanje na studentskoj populaciji provedeno 2008./09. akademske godine na zagrebačkom i riječkom sveučilištu pokazalo je da alkohol nikada nije konzumiralo svega 4,8% studenata, a njih 41,4% alkohol je konzumiralo četrdeset i više puta u životu. U životu se nikada nije opilo 27,9% studenata. Mladići piju više i češće nego djevojke (Hrvatski akcijski plan o alkoholu, 2010., str. 11.).

Podaci pokazuju da je čak 40 do 70% adolescentica nezadovoljno nekim dijelovima svoga tijela te da žele biti mršavije. Istraživanja provedena na uzorku srednjoškolaca u Hrvatskoj pokazuju da čak 50% ispitanih djevojaka provodi dijetu. Vjerojatno je da će osobe nižeg samopoštovanja lošije procjenjivati svoje tijelo, obezvrjeđujući ga kao što to čine za svoje sposobnosti i preostale aspekte slike o sebi (Pokrajac-Bulian, A., 2000., str. 44.).

Često je briga za mentalno zdravlje u lokalnim zajednicama vrlo slabo razvijena. Uloga nevladinih organizacija u pružanju usluga značajna je, ali ona ne može zamijeniti nefunkcioniranje sustava. Čest je nedostatak suradnje stručnjaka koji rade u državnim institucijama i onih iz nevladinih udruga. Narušavanju mentalnog zdravlja djece i mladih doprinosi i neadekvatna osposobljenost odgojiteljskih struka kao i samih roditelja. Često roditelji, ali i učitelji, treneri, vjeroučitelji, poučavatelji u različitim područjima, čak i kada pokušava brinuti o djeci i mladima, zapravo ih na različite načine zlostavljaju te time ugrožavaju njihovo mentalno zdravlje. „Zlostavljačko“ ponašanje prema djetetu u širem smislu riječi zapravo su svi postupci kojima se dijete povrjeđuje, ugrožava i zanemaruje zbog neznanja ili ga se pak pokušava mijenjati u skladu sa željama odgojitelja. Takva su ponašanja prijetnja njihovom mentalnom zdravlju. Osim neprimjerenih odgojnih metoda često je prisutno i nepoznavanje razvojnih pravilnosti kao i specifičnosti ponašanja u određenoj dobi.

Tinejdžeri teže za uzbuđenjima i novinama i zato im je u školi, ali i izvan škole, često dosadno i glupo. Taj osjećaj kada ne znaju što bi započeli i kako bi se zabavili može generirati i neželjeno ponašanje. Sve što je novo, osobito ako je povezano s opasnim uzbuđenjima, silno je privlačno jer stvara jak osjećaj zadovoljstva. Nova iskustva koja često uključuju nepromišljeno ponašanje potiču izlučivanje dopamina, a to stvara osjećaj dobrog raspoloženja. Učinak dopamina na mozak uspoređuje s djelovanjem kokaina i drugih droga koje izazivaju ovisnost (Feinstein, S., 2005., str. 52.).

Mladi često žive u uvjerenju kako zauzimaju posebno mjesto u svijetu, kako su neranjivi, ništa im ne može naškoditi, a loše se stvari događaju drugima. Zato vjeruju da bez straha od loših posljedica mogu sami izlaziti noću, bez rizika pijani voziti, upuštati se u spolne odnose bez zaštite, eksperimentirati s drogom. Budući da u toj dobi nemaju razvijenu sposobnost predviđanja posljedica vrlo su važne povratne informacije o tome što je dobro, a što nije dobro. Kako bi informacije bile djelotvorne one moraju biti pravovremene i jasne jer utječu na formiranje živčanih putova koji će biti temelj kasnijeg ponašanja. Važno je da tinejdžeri imaju uzore, osobe kojima vjeruju i kojima se dive, koje su poželjni modeli identifikacije i koji znaju potaknuti mlade da ih slijede.

2.2.2. Načini preventivnog djelovanja

Česte kritike usmjerene na ponašanje i stavove mladih primarno govore o nepripremljenosti odraslih na uloge odgojitelja-profesionalaca (učitelji i profesori) ili odgojitelja-amatera (roditelji, treneri, vjeroučitelji) u današnjem trenutku. Odrasli često pokušavaju, slikovito rečeno, igrati tenis nogometnom loptom, a da toga nisu svjesni. I onda se čude kada igra izostaje, kada „reketi“ stalno pucaju. Rezultat takve loše „igre“, koju je vrlo teško privesti sretnom završetku, je ugroženo mentalno zdravlje djece i mladih.

Ako sadašnje stanje u društvu shvatimo kao stanje specifične psihosocijalne zaraze u smislu porasta različitih devijantnih ponašanja, depresivnosti, samoubojstava, zlouporabe droga, želimo li preventivno djelovati na cijelu populaciju mladih, a ne samo na rizične skupine, trebalo bi pokušati:

1. jačati imunitet djece i mladih razvijanjem socioemocionalnih kompetencija
2. smanjivati količinu uzročnika zaraze, a to znači poticati kvalitetnije funkcioniranje obitelji, škole, medija, javne scene, drugim riječima svih segmenata društva.

Jasno da se jedan i drugi proces isprepliću te ih je vrlo teško opisivati jedan neovisno od drugog. Tek će njihovom interakcijom uslijediti pozitivni rezultati.

2.2.2.1. Razvijanje i jačanje socioemocionalnih kompetencija

Različiti programi za socijalno i emocionalno učenje kod mladih sastoje se od vještina prepoznavanja i upravljanja osobnim emocijama, uspostavljanje pozitivnih ciljeva, odgovornog donošenja odluka, poboljšanja interpersonalnih odnosa. Kao što djecu učimo čitati i pisati, bilo bi nužno od predškolske dobi podučavati ih u ovim kompetencijama kako bi sačuvala svoje mentalno zdravlje.

Prečesto roditelji i učitelji vjeruju kako je za uspjeh u školi, pa i u životu, važna jedino, tzv. klasična inteligencija, odnosno visok IQ. Premalo se pozornosti posvećuje emocionalnoj inteligenciji iako istraživanja potvrđuju da je moguće unaprijediti školski uspjeh, prosocijalno ponašanje, smanjiti izostanke iz škole, smanjiti korištenje psihoaktivnih supstanci i agresivno ponašanje ako se na pravilan i sustavan način potiču

učenikove socijalne i emocionalne kompetencije (Duralk, Weissberg, 2005.; Taylor, Dymnicki, 2007., prema Munjas Samarin, R., Takšić, V., 2009., str. 356.). Stručnjaci se slažu da je moguće poticati razvoj emocionalne inteligencije nudeći programe za poticanje socijalnog i emocionalnog učenja.

Razvoj socioemocionalnih kompetencija može biti usmjeren na donekle različite ciljeve kao što je pozitivan razvoj mladih, prevencija uporabe psihoaktivnih supstanci, prevencija asocijalnog ponašanja, promicanje vrijednosti učenja, a sve se to može svesti na zajednički nazivnik - promocija mentalnog zdravlja shvaćenog u širokom smislu. Ti su programi usmjereni na smanjivanje simptoma agresije, depresivnosti, anksioznosti, prevenciju nasilja, učenje socijalnih vještina, životnih vještina, razvoj samokontrole, samoučinkovitosti, upravljanje stresom i emocijama, rješavanje problema, tolerancije na frustraciju...

Mentalno zdravlje povezano je i s razinom samopoštovanja. Izloženost tjelesnom i psihološkom zlostavljanju u djetinjstvu povezana je s niskim samopoštovanjem (Buljan Flander, G., Ćosić, A., 2003., str. 123.), izraženijom depresivnošću (Gross, Keller, 1992., prema Sesar, K., 2009., str. 341.) te problemima u suočavanju s ljutnjom/agresijom (Briere, Runtz, 1990., prema Sesar, K., 2009., str. 341.).

Svakako bi trebalo poraditi na uključivanju socioemocionalnih vještina u školski kurikulum. Tomu bi prethodila evaluacija učinaka programa konstruiranih u tu svrhu. „Buduća istraživanja trebala bi dodatno razjasniti koje kombinacije socioemocionalnih vještina daju najsnažnije efekte na određene ishode, koji način implementacije je najpouzdaniji, kako najprimjerenije educirati provoditelje programa te kojim postupcima produžiti efekte SEU programa“ (Munjas Samarin, R., Takšić, V., 2009., str. 368.).

Međutim, bilo bi neophodno da, dok u našim školama još nema službeno prihvaćenih programa socioemocionalnih vještina, učitelji u svakodnevnoj komunikaciji s učenicima shvate da zadovoljavanjem socijalnih i emocionalnih potreba učenika podižu njihov „imunitet“ te time doprinose ne samo njihovu mentalnom zdravlju nego i boljem akademskom postignuću.

2.2.2.2. Smanjenje zagađenosti sredine u kojoj mladi odrastaju (obitelj, škola, mediji, javna scena, cjelokupno društveno okruženje)

„Kada usporedimo proces unošenja hrane u probavni trakt i proces unošenja informacija u mozak, evidentno je da je evolucija puno dulje „radila“ na prehrani nego na informiranju i učenju. Prije konzumiranja odabir hrane daleko je selektivniji nego odabir informacija. Hranu u prirodi predselekcioniramo najprije vidom, zatim mirisom, a onda je neposredno selekcioniramo okusom: ispljunemo je ako nam je odvratna,

tako da i ne uđe u crijeva“, ističe akademik Miroslav Radman. Jednako tako postoje i otrovne informacije, ali njih ne možemo pomirisati i okusiti prije nego što ih propustimo u naš mozak. A kada jednom uđu u naš mozak tu mogu prouzročiti ogromnu štetu. „Kvalitetno školovanje i provjereno znanje najbolja su imunizacija protiv kulturnih bolesti. Informacije “probavljamo” razmišljanjem, a način na koji razmišljamo uvjetuje učenje i kultura“ (Radman, M., 2010.).

Smatram ovo razmišljanje zanimljivim i važnim. Potrebno je posvetiti mnogo veću pozornost tržištu informacija, kao izvoru zagađenja, i mladima, kao naivnim i nezaštićenim konzumentima svega toga. Tu mediji imaju ogromnu ulogu. Ali, nažalost, treba konstatirati da škola kao odgojno-obrazovna institucija ne potiče dovoljno razvoj kritičkog mišljenja, razmišljanja i samostalnog zaključivanja. Mladi koji nisu naučili razmišljati, a to znači ni filtrirati informacije koje do njih dolaze, lak su plijen za skretanje u devijantno ponašanje, a time i narušavanje svog mentalnog zdravlja. Škola nažalost danas fetišizira područje znanja, a zanemaruje odgojnu ulogu. Već je Sokrat naglasio da edukacija znači potpaljivanje lampe, a ne punjenje praznih posuda. Nažalost, učenike se obasipa velikom količinom informacija iz različitih predmeta čija je vrijednost upitna, ali se malo ili nimalo pozornosti posvećuje učenju prije spomenutih socioemocionalnih vještina, izgradnji stavova i kritičnosti.

Nažalost, mnoga ponašanja roditelja i učitelja ne doprinose smanjenju „zagađenosti“ okoline u kojoj mladi odrastaju. Preuzimanjem odgovornosti umjesto mladih koči se razvoj njihove samostalnosti i odgovornosti; raskorakom između riječi i djela kod roditelja, učitelja i javnih osoba potiče se licemjerno ponašanje što te osobe diskvalificira kao poželjne modele identifikacije; ne postavljaju se jasne granice i nedosljedno se provodi ono što se traži od mladih, što doprinosi konfuziji u njihovim glavama; neprihvatanjem djeteta onakvog kakvo jest, bez želje i potrebe oblikovanja po nekom svom kalupu, narušava se integritet djetetove osobnosti.

Za mentalno zdravlje pojedinca važan je i stil objašnjavanja događanja u kojima djeca i mladi sudjeluju (Seligman, M., 2005., str. 123.). Kada nekome nešto ne ide, postavlja se pitanje zašto. Odgovor na to iznimno važno pitanje uključuje tri aspekta. Prvi se odnosi na osjećajnu sferu i nastoji odgonetnuti tko je kriv za propust ili promašaj. Drugo je pitanje usmjereno na trajanje posljedica učinjenog propusta - koliko će dugo to trajati i može li se nešto učiniti kako bi se situacija popravila? Treće je pitanje usmjereno na rasprostranjenost loših učinaka spomenutog propusta - važno je koje će sve dijelove života zahvatiti i na neki način i pokvariti? Vjeruje li pojedinac da će nešto što mu ne ide kako bi želio trajati vječno, te da će mu sve pokvariti, odustat će vrlo brzo od pokušaja da nešto promijeni. To može rezultirati depresivnošću.

Jedno od bitnih pitanje koje odrasli, čini se, uopće ne postavljaju je: „Jesmo li kao roditelji, učitelji, vjeroučitelji... spremni za avanturu odrastanja naše djece - imamo li unutarnje snage za argumentirane razgovore ma o kojoj se temi radilo?“ Jedno je istraživanje pokazalo da zaštićujuće na mlade djeluje mreža podrške šire obitelji,

kao i jasni stavovi roditelja prema rizičnim ponašanjima mladih. Rizik od skretanja u devijantno ponašanja pojačava se ako je komunikacija u obitelji rijetka, ako se jasno ne definiraju stavovi prema devijantnom ponašanju, ako postoji nedostatak povjerenje, ako se disciplinske mjere nedosljedno provode (Ferić Šlehan, M., 2006.). Kada mlada osoba zna da ne postoje zabranjena pitanja, ne postoje situacije o kojima se ne smije razgovarati, ne postoje problemi kojih se moraju stidjeti jer se o svemu smije razgovarati, stvara se povoljna klima za odrastanje mentalno zdrave osobe.

Da bi život imao smisao, što je vrlo važno za očuvanje mentalnog zdravlja, potrebno je poznavati ljestvicu vrednota, odnosno vrijednosne orijentacije koje potiču na određena ponašanja. Vrijednosti kao skup općih uvjerenja, mišljenja i stavova o tome što je ispravno, dobro i poželjno formiraju se kroz proces socijalizacije. U dinamičkom pogledu vrijednosti predstavljaju i svojevrsnu organizaciju čovjekovih potreba, želja i ciljeva, kojom se među njima uspostavlja određeni odnos prioriteta i hijerarhije važnosti, one su svojevrsni kriteriji prioriteta koji usmjeravaju čovjekovo ponašanje (Psihologijski rječnik, 1992.). U istraživanju Vrednote i vrijednosne orijentacije adolescenata: hijerarhija i povezanost sa stavovima i ponašanjima, autori promatraju tri vrijednosne orijentacije: konvencionalnu, samoostvarujuću i hedonističku kao zaštićujuće odnosno rizične čimbenike socijalizacijskog procesa. Stavove i ponašanja adolescenata mogu se u grubo razvrstati u dvije skupine i to: „društveno poželjne“ (socijalna odgovornost, svrhovit način provođenja slobodnog vremena, stjecanje znanja) i „društveno nepoželjne“ (sklonost rizičnom ponašanju, neorganizirano provođenje slobodnog vremena) (Franc, R., Šakić, V., Ivičić, I., 2002., str. 234.). Dakle, iznimno je važno koje će stavove i ponašanja mladi u svojoj sredini percipirati kao prihvatljiva i poželjna i uvrstiti ih u svoj repertoar ponašanja temeljem procesa identifikacije, odnosno uvjetovanjem. Mladima su važni uzori, poželjni modeli, ali i potkrepljivanje pozitivnih, poželjnih ponašanja. Osim roditeljskih i učiteljskih figura značajnu ulogu imaju mediji koji mnogo više vremena i prostora posvećuju negativnostima nego onome što je poželjno i prihvatljivo. Žalosna je spoznaja da će mlada osoba biti medijima zanimljivija ako iskazuje neko devijantno ponašanje, nego društveno poželjno i prihvatljivo.

„Jedan od najvažnijih zadataka u adolescenciji je planiranje budućnosti temeljem nekih novih životnih ciljeva i sadržaja. Okrenutost budućnosti je tipična ljudska karakteristika. Moglo bi se reći da je „metabudućnost“ koncept koji u mentalnom prostoru pojedinca postoji već u sadašnjosti, a u stvarnom prostoru će se dogoditi tek kroz neko, bliže ili dalje vrijeme“ (Žižak, A., Koller-Trbović, N., Jedud, I., 2005., str. 118.). Kako će i što mladi planirati, ovisi o užoj i široj okolini u kojoj žive, kao i o ljestvici vrednota koja se prihvaća u tim sredinama.

2.2.3. Umjesto zaključka

Svima je jasno da onaj tko želi postati tenisač, pijanist, plesač ili naučiti neki strani jezik ili neku vještinu, mora sam učiti i vježbati uz nadzor i podršku dobrog učitelja koji koristi prikladne metode rada.

Želimo li sačuvati mentalno zdravlje mladih treba im omogućiti stjecanje određenih socioemocionalnih kompetencija, ponuditi im jasno definirane društveno poželjne vrijednosne orijentacije i potkrepljivanje stavova i ponašanja koje određena sredina smatra poželjnim. Nužno je da postoje mjesta, savjetovališta, gdje će mladi moći sa stručnim osobama razgovarati otvoreno i povjerljivo o svim pitanjima koja će se tijekom odrastanja generirati u njihovim glavama. Na taj će način preventivno djelovanje biti mnogo kvalitetnije.

Literatura:

1. Buljan Flander, G., Ćosić, I. (2003.): Prepoznavanje i simptomatologija zlostavljanja i zanemarivanja djece, Medix, 51.
2. Feinstein, S. (2005.): Tajne tinejdžerskog mozga, Naklada Kosinj, Zagreb
3. Franc, R., Šakić, V., Ivičić, I. (2002.): Vrednote i vrijednosne orijentacije adolescenata: hijerarhija i povezanost sa stavovima i ponašanjima, Društvena istraživanja, 2. - 3.
4. Ferić Šlehan, M. (2006.): Obitelj u prevenciji poremećaja u ponašanju djece i mladih: Istarska županija - zajednica usmjerena na obitelj, doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Zagreb
5. Miliša, Z., Zloković, J. (2008.): Odgoj i manipulacija djecom u obiteljima i medijima, Marko M. usluge d.o.o., Zadar, Rijeka
6. Munjas Samarina, R., Takšić, V. (2009.): Programi za poticanje emocionalne i socijalne kompetentnosti kod djece i adolescenata, Suvremena psihologija 12, 2.
7. Petz, B. (ur.) (1992.): Psihologijski rječnik, Prosvjeta, Zagreb
8. Pokrajac-Bulian, A. (2000.): Nezadovoljstvo vlastitim tijelom i teškoće emocionalne prilagodbe kao odrednice nastanka poremećaja hranjenja, doktorska disertacija, Filozofski fakultet, Zagreb
9. Radman, M. (2010.): Internetom se širi virus koji nas pretvara u mrave, Globus, Zagreb
10. Seligman, E. P. M. (2005.): Optimistično dijete, IEP, Zagreb
11. Sesar, K. (2009.): Istraživanja izloženosti višestrukom zlostavljanju u djetinjstvu, Suvremena psihologija 12, 2.
12. Vulić Prtorić, A. (2007.): Projekt zadarske poliklinike, Zadar
13. Žižak, A., Koller-Trbović, N., Jeđud, I. (2005.): Samoiskaz djece i mladeži u riziku i/ili s poremećajima u ponašanju o budućnosti, Dijete i društvo, 7, 1.
14. Hrvatski akcijski plan o alkoholu, Zagreb, 2010.

2.3. Mentalno zdravlje odraslih; ima li još nade

2.3.1. O mentalnom zdravlju

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) shvaća mentalno zdravlje kao **stanje dobrobiti (ne samo odsustvo bolesti)** u kojem pojedinac ostvaruje osobne sposobnosti, uspješno rješava uobičajene životne stresove, radi produktivno i plodonosno te je sposoban dati svoj doprinos u zajednici. Nadalje, važnost mentalnog zdravlja ističe se u definiciji općeg zdravlja kao „**stanja potpune fizičke, mentalne i društvene dobrobiti**“ (WHO (2001.): Strengthening mental health promotion, Geneve, World Health Organization u Herrman Helen, Saxena Shekhar, Moodie Rob eds.).

R. i G. Kaplan (1967.) smatraju da je duševno zdravlje sposobnost rješavanja problema na temelju realnog uvida u situaciju, a u okviru svoje **tradicije i kulture**. Jednostavnije rečeno, SZO nastavlja kako mentalno zdravlje zapravo znači imati dovoljno sredstava za život, raditi, uživati u dobrim odnosima s drugima, ovisno je o osjećaju smisla života i kontrole nad svojim životom, osjećaju povezanosti i pripadanja. Mentalno zdravlje podrazumijeva i mogućnost tretmana te podrške kada se pojave bolest, problemi mentalnog zdravlja (utvrđeni kroz dijagnostički proces), ali se pozornost jednako posvećuje i onim problemima koji (još) ne znače bolest, a obično su povezani sa životnim stresorima i ometaju svakodnevni život.

Mentalno, duševno ili psihičko zdravlje (vidi: diskusija o izrazima mentalno i duševno zdravlje, npr. Jakšić, Ž., Kovačić, L., 1999.) pripada u šire **područje javnog zdravstva** i treba ga promatrati **na razini populacije**, na način da se pozornost usmjeri na **pozitivno mentalno zdravlje**, kako bi se razvijale mjere zaštite, promicanja i poboljšanja mentalnog zdravlja (Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja, HZZJ, 2004.).

2.3.2. Životni ciklusi: Što znači „biti odrastao“

U razdoblju od oko prvih dvadeset godina života rast i razvoj čovjeka intenzivni su i predstavljaju niz složenih procesa koji rezultiraju razvojem odrasle osobe. Kada postajemo odrasli? Izraz „biti odrastao“ sugerira jedan završen proces, nakon čega očekujemo postupno opadanje sposobnosti.

„Odrasla dob je u većine ljudi stabilnija od drugih životnih razdoblja. Tu dob obilježava dosezanje maksimuma i postupno smanjenje tjelesnih sposobnosti, zrelost ličnosti, te preuzimanje i izvršavanje društvenih funkcija“ (Jakšić, Ž., Kovačić, L. (1999.): Socijalna medicina, Medicinska naklada, Zagreb). U cjeloživotnom pristupu proučavanju razvoja, promjena u fizičkom, senzornom, kognitivnom, emocionalnom i socijalnom

funkcioniranju odraslih, te problemima u odrasloj dobi, važna je slika cjelovitog čovjeka te svih čimbenika - tjelesnih, duševnih i društvenih, kao i njihov međusobni odnos.

Obilježja odrasle dobi prema razdobljima (slijedimo podjelu prema Jakšić, Ž., Kovačić, L.): Što to u svom razvoju moraju svladati odrasli?

U ranoj odrasloj dobi (20 - 30 godina) smanjuje se zadovoljavanje osobnih interesa i zadovoljstava i zamjenjuje partnerskim/obiteljskim, profesionalnim i društvenim ulogama. Sloboda i kreativnost su na vrhuncu, mada su ometane nedovoljnim iskustvom i nesigurnošću.

Za srednje odraslu dob (30 - 45 godina) karakterističan je osjećaj dužnosti i odgovornosti, širenje razumijevanja svojih sposobnosti i mogućnosti. Nadalje je doba kreativnosti, uglavnom stabilno, doba je najveće uspješnosti (uz velike individualne razlike). Ustaljuju se navike, iskustvo raste, kristalizira se fluidna inteligencija, ali se smanjuje motivacija za učenje.

U zreloj odrasloj dobi (45 - 60 godina), usporedo s aktivitetom i uspjesima, počinju se osjećati i osobne granice: približavanje starosti donosi ponovno, kao i u mladosti, pitanje životnog smisla, sagledavanja uspjeha i neuspjeha u životu. Djeca napuštaju dom (sindrom „praznog gnijezda“) i roditelji gube dotadašnju ulogu i odgovornost. Preispituju se partnerski odnosi, dolazi ponekad i do razvoda, novog traženja ljubavi. Prirodne tjelesne promjene (npr. menopauza u žena), tjelesna ograničenja i pojave bolesti (često danak ranijem zanemarivanju zdravlja i nezdravim stilovima života, lošim zdravstvenim navikama) novi su problem s kojima se treba nositi, a problemi zdravlja postaju važna preokupacija. Predstoji mirovina, ponovno preispitivanje uloga, odnosa, postignutih uspjeha, gubitaka, zaokruživanje smisla života.

Erikson (1987.) pokazuje kako i u odrasloj dobi, kao i u svakoj drugoj fazi života, trebamo svladati određene krize ili zadatke. Kroz svaku krizu možemo ojačati i zakoračiti na sljedeću razvojnu, životnu stepenicu, osvijestiti svoje snage i uživati u ovladavanju problemima ili pokleknuti, zaustaviti se, nazadovati i razboljeti. Zadaci odraslog života jednako su uzbudljivi kao i druga razdoblja u razvoju identiteta.

2.3.3. Stanje mentalnog zdravlja kod nas

Procjenjuje se da više od 20% odrasle populacije u Europskoj uniji pati od nekog psihičkog problema ili poremećaja mentalnog zdravlja. Sličan je trend i u Hrvatskoj. Ove su bolesti i poremećaji zbog relativno visoke prevalencije, čestog početka u mlađoj odrasloj dobi, mogućeg kroničnog toka, narušavanja kvalitete života kako bolesnika tako i njegove neposredne okoline i društva, zanemarivanja problema - jedno od najvažnijih javnozdravstvenih problema kod nas kao i u svijetu. Ulaganje u brigu o mentalnom zdravlju, rano otkrivanje i liječenje te rehabilitacija poboljšavaju mentalno i opće zdravlje,

doprinos je dobrobiti i ekonomskoj koristi pojedinca i društva (koliko god se to zapravo sporo shvaća).

Podaci o **bolničkom liječenju odraslih osoba** (Nacionalna strategija za zaštitu mentalnog zdravlja, 2009.) pokazuju da se bolničko liječenje radi mentalnih poremećaja u Hrvatskoj nalazi na drugome mjestu! Najveći broj hospitalizacija u dobi je od 20 do 59 godina što svrstava skupinu mentalnih poremećaja u vodeće uzroke bolničkog pobola u radno aktivnoj dobi. Pri tome je na prvome mjestu liječenje radi alkoholizma, zatim shizofrenije, depresivnih poremećaja, te reakcija na teški stres, uključivo i PTSP. **I u primarnoj zdravstvenoj zaštiti raste broj pobola zbog duševnih poremećaja.** Neuroze, afektivni poremećaji povezani sa stresom i somatoformni poremećaji, najčešća su dijagnostička podskupina.

Najčešći uzroci **invaliditeta** ili oštećenja osoba su iz skupine neurotskih, zatim vezanih uz stres te somatoformnih poremećaja.

Duševni poremećaji u ukupnom mortalitetu 2007. godine u Hrvatskoj nalazili su se na osmome mjestu. **Samoubojstva** kao pokazatelj ugroženosti duševnog zdravlja predstavljaju glavni posredni uzrok smrtnosti zbog duševnih poremećaja te su izvršena samoubojstva godinama vodeći uzrok smrti od ozljeda u Hrvatskoj.

U razmatranju problema mentalnog zdravlja i psihološke dobrobiti sa stanovišta cjelovitog pogleda na mentalno zdravlje **važno je posvetiti pozornost i drugim ranjivim skupinama** kao što su osobe onesposobljene radi bolesti, nezaposlenima, žrtvama nasilja, stradalim u ratu i žrtvama kršenja ljudskih prava, manjinama migrantima, starijima i dr. Budući da životni stil i zdravstvene navike u pobolu i mortalitetu imaju velik utjecaj, liječenje i rehabilitacija oboljelih te prevencija, unaprjeđenje mentalnog zdravlja, promocija mentalnog zdravlja među odraslima, trebaju biti od prvenstvenoga značaja.

2.3.4. Zašto treba vježbati radi održavanja psihičkog zdravlja

Na zdravlje odraslih utječe cjelokupna životna situacija, a zdravstveno stanje čovjeka djeluje povratno na okolinu. Tako se među **pozitivne utjecaje** (zaštitni čimbenici zdravlja) na cjelokupno zdravlje ističe važnost aktivnosti (tjelesnih svojstava, psihičkih sposobnosti i aktivnosti na društvenome planu). Odlučivanjem za aktivnosti na svim planovima u odrasloj dobi biramo tjelesno i psihički zdravlju budućnost, veću kvalitetu života u starosti. Umna aktivnost, umjerena fizička aktivnost i njegovanje dobrih odnosa s okolinom, briga za druge - štite naše tjelesno i duševno zdravlje i doprinose dobrobiti. Istraživanja su pokazala kako primjeren fizička aktivnost utječe na smanjenje anksioznosti, depresije, nemira, problema sa spavanjem, poboljšava emocionalnu stabilnost i smanjuje osjećaj umora (Fasting, 1982., prema Jakšić, Ž., Kovačić, L., 1999.).

Primjer: Kreativnost kao prevencija depresije

Pacijentica V. V. javlja se na terapiju na kraju svog radnog vijeka. Dugo je udovica s odrasлом djecom koja nisu ispunila njezina očekivanja, osjeća se depresivno, nije zadovoljna životom u svojoj obitelji, nezadovoljna je na poslu koji je ispod njezinih mogućnosti, čezne za prikladnim muškim društvom... Njezina je dob takva da se ne mogu očekivati značajne promjene. Uočavam da je obrazovana, puno čita te da je život provela nastojeći udovoljiti okolini (zahtjevna majka i njegujući otac koji je rano umro, potom je kao mlada udovica usmjerena na djecu), imala je talent za crtanje, ali nije se usudila školovati u tom smjeru. Pacijenticu ohrabrim da se upiše na tečaj slikanja. Nakon nekog vremena ona se oslobađa stega, povezuje svoja emocionalna stanja i neispunjene želje te se uspješno izražava slikajući. Kroz umjetnički izraz nalazi više zadovoljstva u životu, bolje osjeća svoju vrijednost, vraća samopouzdanje i bolje se nosi s nekim neminovnostima u neposrednoj okolini, uspjeva bolje shvatiti neposrednu okolinu i postaviti realna očekivanja. U ovom je primjeru pacijentičina kreativnost omogućila oslobađanje stvaralačkih potencijala i poslužila kao zaštitni čimbenik duševnog zdravlja, pružila jedan novi zamah u životu pacijentice koja je bila na putu depresije i tjelesne bolesti.

Nasuprot pozitivnim utjecajima u odrasloj se dobi javlja niz **negativnih utjecaja** (ugrožavajući čimbenici), najčešće se navode pušenje, pijenje alkoholnih pića, preobilna i premasna prehrana; treba naglašavati kako nezdravi, toksični socijalni odnosi (loši odnosi u obitelji, mobbing, usamljenost), stres, iznenadne, ali i dugotrajne krize, nezaposlenost, neliječene traume, osjećaj slabe kontrole nad životom - samo su neki od negativnih utjecaja na mentalno zdravlje.

Shvaćanje mentalnog zdravlja na način koji obuhvaća dobro (pozitivno) mentalno zdravlje i mentalno zdravstvene probleme izuzetno je značajan. Ističući **dobro mentalno zdravlje** - osobine koje će ojačati sposobnost pojedinca u pridonošenju obitelji i ostalim društvenim mrežama, lokalnoj zajednici i društvu, a definirajući **probleme mentalnog zdravlja** prema simptomima i kriterijima za utvrđivanje poremećaja, jasniji su i pravci djelovanja na unaprjeđenju, primarnoj i sekundarnoj prevenciji, rehabilitaciji i prevenciji smrtnosti (Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja, HZJZ, 2004.).

2.3.5. Kontekst

U razmatranju mentalnog zdravlja još uvijek su nedovoljno istraživani utjecaji konteksta: tako Websterov rječnik definira učinkovitost konteksta kao svaki utjecaj vanjskih objekta, događaja ili informacija na koje organizam odgovara, a koji osobito utječu na percepciju i kogniciju. Lewin govori o stalnoj interakciji osobe i njezine okoline (navode Jakšić, Ž., Kovačić, L., 1999.), a Petzold (1992.) ističe koncept konteksta i kontinuuma, tj. životnog prostora i vremena koji utječu na našu osobnost i protežu se kroz cijeli život.

Pantić, Z. i Ljubotina, D. (Importance of Psychosocial Context for Treatment of Veterans and Civilians Following Traumatic War Related Experience, konferencija ECTS, 2007.) ističu kako u liječenju veterana i civila nakon traumatskog ratnog iskustva utjecaj aktualnog životnog konteksta može značajnije utjecati na stanje mentalnog zdravlja nego ranija trauma. U prijedlogu Nacionalne strategije za zaštitu mentalnog zdravlja vide se kritički tonovi u osvrtu na sadašnje stanje: „Hrvatskoj su dodatne izazove donijele i posljedice nedavnog rata i tranzicijskog razdoblja, uključujući porast socijalne nesigurnosti, te porast poremećaja vezanih uz stres, kao i zlouporabu psihoaktivnih tvari. **Velike društvene i ekonomske promjene dovele su i do raskidanja dobro uspostavljene mreže suradnje zdravstvenog, socijalnog, prosvjetnog i gospodarskog sustava, te do ograničenja mogućnosti financiranja na području obrazovanja, socijalne sigurnosti i zdravlja, uključujući i duševno zdravlje**“.

Obzirom na opću tendenciju povećanja mentalno zdravstvenih problema, i posebno kod nas velik broj osoba pogođenih iskustvom rata i migracija, spomenut ćemo istraživanje o mentalnom zdravlju i intervencijama u zajednici, The study Health Care and Community-Based Interventions for War-Traumatized People in Croatia (Frančišković, T., 2008.). Utvrđeno je da od 719 ispitanika njih 56,2% nije imalo klinički značajne simptome mentalnog poremećaja, 19,3% ispunjava kriterije za jedan poremećaj, 24,5% patilo je od dva ili više komorbidnih poremećaja. Prevalencija PTSP-a bila je 18%, povezano s depresivnim poremećajem (62,8%), paničnim poremećajem (26%) i socijalnom fobijom (14,5%), a kod 25,8% ispitanika pronađeni su drugi mentalni poremećaji.

Autori zaključuju kako službe pomoći trebaju imati na umu postojeću infrastrukturu i lokalne specifičnosti poštujući potrebe osoba u područjima pogođenim ratom. Zaključuju kako postojeće službe nisu dovoljno usmjerene na ovaj dio populacije koja je razvila mentalne poremećaje.

2.3.5.1. Radna sredina i mentalno zdravlje

U istom se dokumentu navodi kako je nužno na radnome mjestu osigurati zdravu sredinu koja psihološki i socijalno potiče radnike te da održavanje dobrog duševnog zdravlja pomaže rastu produktivnosti i postizanju ciljeva ekonomskog rasta. Predviđaju se mjere za unaprjeđenje razumijevanja problema mentalnog zdravlja u kompanijama te uspješne radne reintegracije ljudi s problemima duševnog zdravlja.

Radna je sredina izuzetno važna za opće i mentalno zdravlje zaposlenih, a utječe i na njihovu obitelj i druge odnose. Od kada je DSM, dijagnostički i statistički priručnik Američke psihijatrijske asocijacije, uključio PTSP u klasifikaciju bolesti, otvorene su mogućnosti i za primjenu u području industrije i biznisa te priznavanje traume izazvane na radnome mjestu. Mnoge države danas smatraju **poslodavca odgovornim za stresne događaje** vezane za posao kada **povrijede ili nanesu štetu** zaposleniku. I u shvaćanju

stresa u psihologiji danas se više proučava i ističe utjecaj radne sredine nego individualna osjetljivost (Haslam, A.S., 2001.).

U nekim državama SAD-a i Europe zakoni o kompenzacijama radnicima uključuju emocionalni distres (nelagodu) za događaje koji se dogode na poslu. I u Hrvatskoj zaposlenik može tužiti poslodavca zbog propusta kada je šteta narušeno zdravlje. Ipak, unatoč ispravnom ukazivanju na potrebu prevencije mentalnih problema i kreiranja pozitivne atmosfere, rad u ovom području pravi je izazov.

Preventivne aktivnosti koje se odnose na tako popularnu temu u svijetu biznisa i coachinga - life/work balance, tj. ravnoteže poslovnog i privatnog života, za mnoge kategorije radnih ljudi mogu biti samo želja u vremenu ekonomske nesigurnosti. Upravo u vrijeme krize podrška i razumijevanje od ključnoga su značaja. U većoj su mjeri ove aktivnosti dostupne zaposlenima u kompanijama koje prepoznaju važnost ulaganja u zaposlene, poslovnim ljudima koji opet upravo zbog napora da to i ostanu često plaćaju cijenu i kroz narušeno (mentalno) zdravlje i bliske odnose.

2.3.5.2. Obitelj, uloge, odnosi

U odrasloj dobi obitelj, partnerske i roditeljske uloge, ali i uloga odrasle djece svojih roditelja te odgovornost za druge, središnja su životna tema. Za te se uloge skromno ili nedostatan pripremamo. Odrastanje većinom u nuklearnoj obitelji, često necjelovitoj ili poremećenih odnosa, okruženi idealom romantične ljubavi i sve više vrijednostima individualizma, nije priprema za važne obiteljske uloge odraslog doba. Mladi zadnjih desetljeća odgađaju ulazak u svijet odraslih, dugo ostaju uz zaštitnički orijentirane roditelje. Često ekonomska nesigurnost kao opravdanje samo skriva strah od preuzimanja novih uloga.

U stručnim se raspravama o pripremi za brak i roditeljstvo uvijek ponavlja dilema je li to moguće onda kada su mladi zaljubljeni i kada su naumili osnovati zajednicu? Na realističnu sliku o životu u obitelji, njezinim zadaćama, ciklusima razvoja, ulogama, zdravom razvoju i očekivanjima - normativnim kao i iznenadnim krizama, napokon o zadovoljstvu samoostvarivanja u tom životnom pothvatu, nužno je sustavno djelovati kroz obrazovni sustav i medije, strukovne organizacije.

Iz dugotrajne prakse obiteljskog terapeuta shvaćam kako u svakom razdoblju života obitelji odrasli susreću probleme o kojima se trebaju posavjetovati, dobiti podršku, mada je oni, obeshrabreni neuspjehom s djecom ili partnerom, ili uplašeni svojom slikom, slabo traže. U modernom vremenu i gradskim sredinama kada izostaju tradicionalni oblici podrške i pomoći, uz otuđenost, uvjerenje da se mora i može u svemu uspjeti, teško je istovremeno ostvarivati se profesionalno, obiteljski, osobno, pomiriti napore da se osigura egzistencija i ostvari obiteljski sklad, ostvari dovoljno dobro roditeljstvo... Posebno su osjetljivi problemi samohranih i razvedenih roditelja, obitelji bez djece,

s hendikepiranim članom obitelji, s gubicima; često manjinske, doseljene obitelji, osobe koje su traumatizirane ili su doživjele kršenja ljudskih prava, imaju specifične probleme za koje je potreban proaktivan pristup, otvorenost i osjetljivost stručnjaka kako bi se osoba otvorila.

Posebna je tema rad s disfunkcionalnim obiteljima, onima gdje već postoje psihički problemi, nasilje, zanemarivanje, alkoholizam, narkomanija. Unatoč postojećim službama i ovdje nedostaje povezanost te mreža potrebnih usluga i programa.

U Zagrebu imamo jedan Centar za mentalno zdravlje pri Zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ u sklopu Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti. Postoji mreža obiteljskih centara koji djeluju unazad nekoliko godina u nizu gradova s ciljem preventivnog djelovanja od kojih se očekuju vidljivije preventivne aktivnosti. U sklopu Katoličke crkve djeluje manji broj obiteljskih savjetovališta. Značajnu aktivnost ostvaruju nevladine organizacije koje pružaju usluge podrške, savjetovanja, preventivnog djelovanja, čemu treba dati veći značaj i bolje ih umrežiti s postojećim službama (O značaju kreiranja svijesti o pozitivnom zdravlju kao zajedničkoj odgovornosti svih, ukazujem na dugogodišnju emisiju Hrvatskog radija „Zašto tako?“, novinarka Višnje Biti, gdje se pokazuje odgovornost i pozitivan utjecaj medija u ovom području).

2.3.6. Tjelesno i mentalno, mentalno i tjelesno

Vidjeli smo kako je danas prevladalo shvaćanje o cjelovitosti ljudskoga zdravlja, kako nije moguće odvojiti fizički, mentalni i socijalni aspekt zdravlja. Ne treba zaboraviti ni ekološki aspekt! Mentalne bolesti i poteškoće odražavaju se na tjelesno zdravlje, utječu na (ne)brigu o tjelesnom zdravlju. U odrasloj je dobi niz psihosomatskih bolesti povezan s načinom života, problemima u odnosima s okolinom, osobnosti oboljelog.

Navodim primjer vezan uz kardiovaskularne bolesti iz članka Psihološki čimbenici kod kardiovaskularnih bolesti (Bilić, V., 2009.). Saznajemo kako spoznaje psihosomatske medicine, liason psihijatrije, medicinske psihologije i psihoanalize ukazuju na blisku povezanost kardiovaskularnog sustava i psiholoških čimbenika. U praktičnom se radu, liječenju kardiovaskularnih bolesnika, ove spoznaje zanemaruju, nedovoljno su integrirane u biomedicinski model edukacije i liječenja. Nadalje, autor ističe kako poznavanje i prepoznavanje emocionalnih i psiholoških utjecaja na kardiovaskularne bolesti umanjuje neočekivane i nepotrebne poteškoće u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji tih bolesti te je ove spoznaje nužno uključiti u obrazovanje medicinskog osoblja.

Prediktori koronarne bolesti (sociokulturni i međuljudski) su obiteljski problemi, manjak podrške bračnog partnera i socijalna izolacija. Psihoanalitičari opisuju rad s psihosomatskim smetnjama koje su olakšali ili uklonili analitičkim radom interpretacijom i priradom nesusjesnog značenja simptoma.

U unaprjeđenju mentalnog zdravlja i prevenciji psihičkih i povezanih tjelesnih bolesti u odrasloj dobi, na drukčiji način nego u mladosti, važan je trenutak kada je nužno djelovati, kako ne bi bilo kasno. Zbog opterećenja i odgovornosti koje nosi odraslo doba opasnosti pobolijevanja su veće, a razvijanje svijesti i odgovornosti o sebi, svome zdravlju, stilu života i rizicima, zalog je za budućnost. Također je važno educirati javnost i razvijati osjetljivost okoline za one oko nas, na prepoznavanje osoba u riziku za psihosomatske bolesti, jednako u obitelji, na radnome mjestu i drugim sredinama.

Razumljivo, kao ni u drugim slučajevima, nije dovoljno apelirati na naš racionalni i svjesni dio, nego (profesionalno, volonterski, kao i uz pomoć medija) razvijati aktivnosti na način koje će doista doprijeti do korisnika.

Navest ću jedan „lagani“ primjer:

Muškarac mladih srednjih godina javlja se na savjetovanje radi potištenosti i životnih briga, upućen od liječnika obiteljske medicine. Ima niz pritužbi i briga o svome zdravlju, posebno na bolove u nogama, a pretragama je ustanovljeno da je tjelesno zdrav. U razgovoru saznajem da je doselio s obitelji iz jednog vrlo tradicionalnog kraja, još se nije dobro prilagodio na Zagreb. Ima obrt koji vodi i uspijeva osigurati dobre uvjete za svoju obitelj (supruga i dvoje djece). Vidi se u ulozi muškarca koji brine za obitelj, odlučuje o svemu važnom. Na tradicionalan način poštuje roditelje (posebno oca, koji ga savjetuje o važnim pitanjima), želi i njima pružiti udobnu starost. Urednog izgleda, kulturnog ophođenja, djeluje zabrinuto, poštuje autoritet savjetovateljice. Dok razmišljam o mogućim razlozima potištenosti sprema se na propitivanje razvoja i obiteljskih odnosa u primarnoj i sadašnjoj obitelji, o tradiciji obiteljskog života u njegovom kraju, o utjecaju migracija na psihičko zdravlje, opazim kako moj klijent s čežnjom gleda kroz prozor. Upitam ga kamo se zagledao, a on odgovara: „Gledam kako oni dječaci igraju nogomet“ (doista, vani se čuje graja). Na pitanje kada je on zadnji puta igrao nogomet, on se ozari i potvrdi da bi sada najradije izašao i pridružio se igračima. Nakon toga naš put je bio jasan: Radilo se o osobi koja je prihvatila teško breme odgovornosti i ima visoka očekivanja od sebe, koja je u odrastanju preskočila ili prerano prihvatila odgovornosti zrele dobi (bolest oca, obiteljski predodređena uloga najstarijeg sina). Ovdje je bilo moguće osvijestiti kako se često plati cijena u vidu depresije ili drugog pobolijevanja ukoliko se ne shvati veza opterećenja i potrebe da se nađe ravnoteža i nužnost odmora, trenutka igre, ukoliko se ne oživi ponovno unutrašnje dijete...

2.3.7. Unaprjeđenje mentalnog zdravlja u specifičnim i vulnerabilnim populacijama odraslih

Niz je ranjivih skupina među odraslima koje su pogođene tranzicijskim razdobljem i ekonomskim promjenama. Odrasli su preplavljeni egzistencijalnim brigama, mijenjaju se uloge u obitelji, raste nasilje u obitelji i duševni poremećaji, alkoholizam, povećana je incidencija karcinoma i bolesti povezanih sa stresom.

Spomenut ćemo ponovno primjer traumatiziranih osoba kao ranjive skupine, posebno skupine veterana: trauma i njezine posljedice su multidimenzionalni, dalekosežni i dugotrajni problemi koji se nerijetko prenose na mlađe generacije i generiraju nove probleme mentalnog i socijalnog zdravlja. U literaturi je malo dokaza o utjecaju kontekstualnih čimbenika na rezultate tretmana traumatiziranih osoba.

U istraživanju o rezultatima liječenja i percepcije socijalnog priznanja veterana i izbjeglica (Ljubotina, D. and all, Treatment Outcomes and Perception of Social Acknowledgment in War Veterans: Follow up Study. Croat. Med. J., 2007., 48, 157. - 166.) pokazano je kako su traumatski simptomi izraženi i deset godina od doživljene traume, te koliko je za rezultate tretmana značajno socijalno priznanje društva, jasni odgovori o priznanju patnje i doprinosu zajednici dok nejasni odgovori izazivaju ljutnju, zbunjenost i interferiraju s rezultatima tretmana. U uzorku veterana pronađeno je da percipiraju socijalnu podršku i priznanje od svoje okoline u znatno manjoj mjeri nego, npr. izbjeglice u RH. Tako 38,1% veterana smatra da članovi njihove obitelji ne razumiju njihove probleme i ne priznaju ono što su prošli, a čak njih 95% smatra da ih država ne razumije i ne priznaje. Ipak se većina izjašnjava da najviše podrške prima upravo od obitelji.

Zašto i nakon petnaest godina govoriti o ratnoj traumi? To je potrebno stoga što ostavlja dugotrajne posljedice i prenosi se na sljedeće generacije. Ne treba zaboraviti i druge skupine koje su doživjele traumu. Tu su stradali u prometnim nesrećama, žrtve krivičnih djela, tjelesno oboljeli i drugi. Posve je razumljivo da njihova nedovoljna „nevidljivost“ u društvu šteti njihovoj rehabilitaciji.

2.3.8. Zaštita mentalnog zdravlja (odraslih) u zajednici

Zaštita mentalnog zdravlja u zajednici slaba je točka brige o mentalno oboljelima od nas, a sukladno suvremenim stajalištima najbolja se zaštita oboljelih postiže uravnoteženim sustavom bolničke (u čemu smo dobri) i izvanbolničke usluge (koju tek treba razvijati) - uvode se novi modeli (mada ima pozitivnih iskustava iz prošlosti koje treba obnoviti). Već smo spomenuli da se odnedavno uvodi model centara za mentalno zdravlje, ali ima i primjera koji ohrabruju. To su neke aktivnosti strukovnih društava, djeluju klubovi liječenih alkoholičara te niz organizacija civilnog društva u lokalnim zajednicama koje doprinose dobrobiti mentalnog zdravlja i sprječavanju ovisnosti.

U prijedlogu Nacionalne strategije za zaštitu mentalnog zdravlja navodi se da je aktualna praksa pokazala kako malobrojni postojeći programi imaju značajne rezultate kao što je to slučaj s programom kontrole uporabe duhanskih proizvoda ili prevencije zlorabe opojnih droga. Razvijaju se, npr. programi razvijanja roditeljskih vještina i rane interakcije, zaštita zlostavljanih i drugo.

Ovdje navodimo jedan primjer preventivnog djelovanja s odraslima na lokalnoj razini:

U Dvoru na Uni, u suradnji lokalne samouprave, Osnovne škole, lokalnih stručnjaka i NVO Rehabilitacijski centar za stres i traumu iz Zagreba, provode se više godina preventivne aktivnosti u području mentalnog zdravlja: Uočivši velike potrebe za podrškom i savjetovanjem roditelja školske djece (škola, lokalna samouprava), preplavljenih životnim poteškoćama, organizirane su usluga psihološkog savjetovanja i edukacije roditelja i grupnog rada se djecom, te podrške učiteljima. Roditelji u početku nepovjerljivi (zbog posljedica rata i kidanja veza, te srama i predrasuda vezano uz probleme mentalnog zdravlja i traženja pomoći), s vremenom i proširivanjem aktivnosti na posjete u njihovoj životnoj sredini, stječu povjerenje, svladavaju sram i bojazan od stigmatizacije, postaju spremniji podijeliti svoja iskustva i brige, širi se prostor povjerenja i povezanosti u zajednici.

U području gdje nisu dostupne usluge mentalnog zdravlja niti aktivnosti prevencije (najbliži Sisak je ipak udaljen, a stanovništvo je nezaposleno, siromašno, izolirano/isključeno), u lokalnoj zajednici djeluje se u smislu promocije mentalnog zdravlja (učenje roditeljskih vještina, smanjenje srama i predrasuda o mentalnim problemima i poteškoćama) te aktivnosti u smislu primarne prevencije u zajednici (rad s obiteljima koje su u određenom riziku, ali još nemaju poremećaj mentalnog zdravlja ili ponašanja). Na djelu je pristup „od baze prema vrhu“ (tj. u susret „s vrha“ proklamiranim zadacima brige o mentalnom zdravlju).

Vidi se kako civilno društvo i lokalna zajednica mogu brže djelovati i odgovoriti potrebama, kako je moguće potaknuti i podržati lokalne snage, njihovu motivaciju za boljitkom dok se ne organiziraju institucionalni potrebni oblici brige o mentalnom zdravlju u zajednici.

2.3.9. Zaključak

Dotakli smo samo neke teme vezane uz mentalno zdravlje i dobrobit odraslih. Niz je razvojnih zadataka i složenih utjecaja (unutrašnjih, vanjskih) koji će rezultirati time kako će čovjek odrasti, proživjeti svoju zrelost i starost, koju će kvalitetu života te općeg i mentalnog zdravlja i dobrobiti imati, koju će odgovornost preuzeti za svoje zdravlje i dobrobit.

Odraslo/zrelo je doba razdoblje kada se gubi mladenački osjećaj onipotentnosti, mijenja se perspektiva života, kada sazrijevanje znači i suočavanje s osobnim ograničenjima i drugim realnostima oko nas, a životni užici i životna opterećenja te loše zdravstvene navike donose poteškoće, bolesti.

Furlan (1981.), prema Jakšić, Ž., Kovačić, L. (1999.) ukazuje na rašireno shvaćanje o odrasloj dobi kao dobi stabilnosti i staloženosti, kada su ljudi riješili većinu svojih osobnih, radnih, društvenih problema: autor ističe kako je to privid te da se i u odrasloj

dobi potrebno nanovo snalaziti i rješavati probleme koji nikad prije nisu bili iskušani. Upravo se ovdje otvara potreba i mogućnost unaprjeđenja mentalnog zdravlja i dobrobiti odraslih.

Nismo sami kao pojedinci. Pripadamo svojim socijalnim mrežama, zajednicama, a one pripadaju nama. Pokazalo se da su generativna briga (opća svjesna briga za dobrobit sljedeće generacije) i životno zadovoljstvo značajno povezani (Tucak, I., 2005.). Oni odrasli (srednje i starije odrasle dobi) koji ulažu svjesne napore u brigu za sljedeću generaciju zadovoljniji su sobom i sebe opažaju kompetentnijim, a time su jači u suočavanju s različitim (životnim, zdravstvenim) problemima i ograničenjima koje nosi vrijeme pa tako i davanju smisla svome životu.

Stoga je moj odgovor na pitanje „Ima li nade za odrasle?“ pozitivan. Da, ima nade za odrasle kada im se pruži ruka podrške, prilika za refleksiju, učenje, kada se poštuju njihova ljudska prava, potakne za aktivnosti u pravcu unaprjeđenja zdravlja i dobrobiti njih kao i njihove okoline.

Psiholozi (i drugi stručnjaci koji rade s ljudima, ali i donositelji odluka, političke stranke, mediji, građani...) imaju posebnu odgovornost za doprinos u kreiranju i provođenju različitih aktivnosti za dobrobit pojedinaca i zajednice, brige o mentalnom zdravlju, osjećaja povezanosti, smisla i nade, ne čekajući mjere koje se donose „s vrha“, a u životu sporo implementiraju, nego djelujući kao pojedinci - stručnjaci, putem svoje strukovne organizacije, te kao građani u svojoj sredini i šire.

Literatura:

1. Bilić, V. (2009.): Psihološki čimbenici kod kardiovaskularnih bolesti, Psihosomatska medicina, Klinika za psihološku medicinu KBC Zagreb
2. Dwivedi, K., Wiley, N. (1997.): Enhancing Parenting Skills, A guide for Professionals Working with parents
3. Erikson, E. (1987.): The Life Cycle Completed (with Erikson, J. M., 1987.)
4. Frančišković, T. & all (2008.): Health Care and Community-based Interventions for War-traumatized People in Croatia: Community-based Study of Service Use and Mental Health, Croatian Medical Journal, 2008. August, 49(4), 483. - 490. (2008.) The study Health Care and Community-Based Interventions for War-Traumatized People in Croatia
5. Haslam, A. S. (2001.): Psychology in Organizations, The social Identity Approach, SAGE Publications
6. Jakšić, Ž., Kovačić, L. (1999.): Socijalna medicina, Medicinska naklada, Zagreb
7. Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja 2009. - 2013., MZS RH

8. Pantic, Z. (2009.): Illustrating Efforts of the NGO - Scene and Local Professionals to Improve the Situation of Children in Post-War Societies, NATO Advanced Workshop, Omega, Graz
9. Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja, HZZJ, 2004.
10. Pantić, Z., Ljubotina, D. (2007.): Importance of Psychosocial Context for Treatment of Veterans and Civilians Following Traumatic War Related Experience, 10th European Conference on Traumatic Stress „Truth and Trust After Trauma”, Opatija, 5. - 9. June 2007.
11. Tucak, I. (2005.): Generativna briga u tri razdoblja odrasle dobi: relacija s nekim sociodemografskim varijablama, životnim zadovoljstvom i percepcijom osobne (ne) kompetentnosti, Suvremena psihologija 8, 2, 179. - 195.
12. Prevention of Mental Disorders, Effective interventions and policy options, Summary Report WHO Geneve
13. WHO (2001.) Strengthening mental health promotion, Geneve, World Health Organization u Herrman Helen, Saxena Shekhar, Moodie Rob eds.

3. KAKO RADITI NA ZAŠTITI I UNAPRJEĐENJU MENTALNOG ZDRAVLJA

3.1. Jačanje osobnog potencijala za napredovanje

3.1.1. Uvod

Kod odraslih osoba psihološku dobrobit čine: samoprihvatanje ili pozitivan stav prema samome sebi, pozitivni odnosi s drugima koji su topli i pouzdani, samostalnost, vještine odabiranja ili stvaranja okoliša koji odgovara pojedincu, svrha u životu koja uključuje ciljeve, namjere i smisao za smjer te osobni rast u kojem pojedinac nastavlja razvijati svoj potencijal (Rytt, Keyes, 1995., prema Kidd, J. M., 2008., str. 167.). Psihološka dobrobit u odrasloj dobi rezultat je uspješno obavljenih razvojnih zadataka, uspješnih interakcija s okolišem tijekom različitih životnih razdoblja. U ranom životnom razdoblju okoliš predstavlja obitelj, a u kasnijim životnim razdobljima, sudjelovanjem u dječjem vrtiću, školi, poslu i zajednici, životni prostor postaje širi sa sve složenijim zahtjevima.

Koliko će uspješno pojedinac udovoljavati zahtjevima okoliša tijekom svoga života ovisi o tome koliko će vješto i primjereno situaciji koristiti svoje sposobnosti, znanja i vještine te koliko će uspješno integrirati to iskustvo u potencijal za uspješno savladavanje novih životnih situacija. Koliko će to biti na njegovu dobrobit u mnogome ovisi o tome koliko će uspješno, u skladu sa svojim potrebama, vrijednostima i interesima, postavljati ciljeve i usmjeravati svoje aktivnosti prema tim ciljevima, uvažavajući obilježja uvjeta okoliša, odnosno o njegovom samoreguliranju. Samoreguliranje se smatra aktivnim konstruktivnim procesom pomoću kojeg pojedinac postavlja ciljeve za svoje učenje, posao ili život i pokušava nadgledati svoju kogniciju, motivaciju i ponašanje vođeno i ograničavano tim ciljevima i kontekstualnim obilježjima okoliša (Pintrich, 2000., prema Kadhiravan, Suresh, 2008., str. 127.). Tijekom života pojedinac dolazi u situacije koje zahtjevima nadilaze njegove mogućnosti uspješnog odgovaranja i one njegovoj dobrobiti predstavljaju ugrožavanje. To može biti kada zahtjevi okoliša premašuju sposobnosti, znanja i vještine pojedinca, ili nisu usklađeni s njegovim interesima, vrijednostima i potrebama, ili kada zahtjevi njegovih salijentnih uloga međusobno nisu kompatibilni.

3.1.2. Što i kako raditi

Kako ojačati pojedinca da se uspješno nosi sa zahtjevima okoliša, na svoju dobrobit i dobrobit zajednice? Razvoju i napredovanju pojedinca treba omogućiti primjerene uvjete i podržavajuće ozračje u obitelji, vrtiću, školi, na radnome mjestu i u zajednici te odgovarajuću potporu u situacijama u kojima dolazi do naglih promjena i rasta zahtjeva okoliša. Sustavne intervencije usmjerene na stvaranje podržavajućih uvjeta za dobro mentalno zdravlje u vrtićima, školama i radnim organizacijama te odgovarajuća ciljana potpora pri značajnim promjenama tijekom obrazovanja i rada (promjena škole, gubitak posla), svakako su ekonomičnije od individualno usmjerenih intervencija kada dođe do problema mentalnog zdravlja. Psihosocijalna potpora obitelji i osnaživanje

zajednice važni su aspekti jačanja potencijala pojedinca za napredovanje. Obitelj i zajednica naročito su važne kao potpora socijalno isključenim skupinama i ovisnicima koji su zbog svojih specifičnosti posebno osjetljiv dio populacije. Kad se pojedinac nađe u situaciji koja predstavlja opasnost njegovoj dobrobiti, individualna pomoć u jačanju njegovih mogućnosti za uspješno nošenje s problemima u danoj situaciji može obuhvatiti psihološku poduku, uvježbavanje potrebnih vještina i psihološko savjetovanje, ovisno o procjeni potencijala pojedinca i aktualnih zahtjeva okoliša.

Pri procjenjivanju potencijala pojedinca - klijenta, uz sagledavanje njegovih ograničenja i slabijih područja, važna je usmjerenost na procjenu osobina koje mogu pridonijeti uspješnosti. Korištenjem psihodijagnostičkih sredstava, uz utvrđivanje „slabih strana“ treba utvrditi i „jake strane“, sposobnosti i osobine osobe koje potpomažu u prilagodbi zahtjevima okoline, za razliku od tradicionalnog kliničko-psihološkog pristupa usmjerenog na utvrđivanje deficita i disfunkcionalnosti. Također, pri procjenjivanju zahtjeva okoliša valja uz zahtjeve koje postavlja pojedincu utvrditi i podržavajuća obilježja koja mogu potpomoći uspješnost pojedinca kako bismo na njima i potencijalu pojedinca gradili njegove mogućnosti za uspješno savladavanje zahtjeva okoliša. Ovisno o procjeni potencijala klijenta i zahtjeva njegovog okoliša, zajedno s njim dogovorimo ciljeve, strategiju, sadržaj i oblik pomoći koju pružamo. Psihološkom podukom nastojimo klijentu pojasniti sve aspekte problema potrebne za njegovo razumijevanje situacije u kojoj se našao i iznalaženje rješenja. Plan uvježbavanja potrebnih vještina također izradimo u dogovoru s klijentom. Pri tome vodimo računa da je sadržaj, obim, intenzitet, redoslijed i dnevni raspored vježbanja, trening, prilagođen potencijalu i specifičnom problemu klijenta te zahtjevima okoliša. Kako bismo održali klijentovu motiviranost za sudjelovanje u tretmanu, trening treba biti koliko god je moguće osmišljen i integriran u stvarni život te dobro usklađen s ostalim aktivnostima.

Psihološku poduku i uvježbavanje potrebnih vještina uključimo u okvir psihološkog savjetovanja, prilagođeno problemu našeg klijenta i procijenjenom prioritetu pojedinih parcijalnih ciljeva unutar tretmana, kako bismo postigli što bolji učinak. U savjetodavnom odnosu savjetovatelj treba stvoriti klimu koja će omogućavati i poticati rast i razvoj klijenta. Bitni su uvjeti za stvaranje poticajne klime u savjetodavnom odnosu prema Rogersu (Mearns, Thorne, 2010., str. 17.) autentičnost savjetovatelja, njegovo bezuvjetno pozitivno uvažavanje ili prihvatanje klijenta te empatijsko razumijevanje. Svojom autentičnošću savjetovatelj predstavlja sebe takvim kakav jest i daje poruku klijentu da je dopušteno biti takvim kakav jest. Kada savjetovatelj prihvata poziciju uvažavanja i nevrjednovanja klijent će se osjećati sigurnijim, vjerojatnije je da će se moći iskrenije suočiti sa sobom i pokazati se takvim kakav jest, bez straha od negativnog vrjednovanja od strane savjetovatelja. Empatijskim razumijevanjem savjetovatelj pokazuje sposobnost praćenja i doživljavanja klijentovih osjećaja i osobnih značenja, sposoban je razumjeti situaciju i problem iz ugla klijenta.

3.1.3. U ranom djetinjstvu, prije polaska u školu

U krugu obitelji odvija se socijalizacija djeteta u ranoj dobi. Obiteljska je zadaća pripremiti dijete za život u zajednici u skladu s društvenim standardima. Spособnost ponašanja u skladu s društvenim standardima, koje prenose roditelji, te regulacija tog ponašanja s obzirom na promjenjive zahtjeve situacije, rano se javlja. Usklađivanje djeteta sa zahtjevima skrbnika, roditelja, predstavlja prototip kasnije samoregulacije jer zahtijeva sposobnost započinjanja, prekidanja i moduliranja ponašanja u skladu s roditeljskim standardima (Emde, Johnson, Easterbrooks, 1987., Gralinski, Kopp, 1993., Kopp, 1982., prema Kochanska i sur., 2001., str. 1091.). Roditelji svojim ponašanjem i postavljanjem pravila u odgoju djeteta kreiraju uvjete koji su manje ili više poticajni razvoju djeteta i postizanju prilagođenog ponašanja.

Kako pomoći roditeljima u pripremi djeteta za uključivanje u vrtić i školu? Psihološkom podukom o djetetovu razvoju, odgoju, roditeljskim kompetencijama, svim aspektima problema s kojim su se susreli i načinom rješavanja. Treba ih podučiti kako postavljati pravila, granice, kako poticati aktivnosti i interakciju s djetetom koja je podržavajuća za razvoj i usvajanje pravila. Psihološkim savjetovanjem pružiti im podršku pri rješavanju problema. Pri uključivanju djeteta u vrtić omogućiti suradnju roditelja i odgojiteljice u podršci prilagodbe djeteta na odvajanje od roditelja i uvjeta u vrtiću. Pri tome valja izbjeći etiketiranje djeteta kao „problematičnog“ i podučiti roditelje kako mogu pripremati dijete da se lakše prilagodi vrtiću. U slučaju narušenih obiteljskih i/ili bračnih odnosa treba pružiti psihosocijalni tretman obitelji.

3.1.4. U djetinjstvu i mladenaštvu, tijekom obrazovanja

Tijekom životnih razdoblja djetinjstva i mladenaštva pojedinac igra jednu od složenijih uloga u svom životu - ulogu učenika u procesu obrazovanja. Polaskom u školu dijete gubi bezuvjetnu podršku roditelja, javljaju se roditeljska očekivanja da bude uspješno i da ih „ne osramoti“. Sudjelovanjem u školskim aktivnostima učenik je neprestano izložen vrjednovanju svojih sposobnosti, i svoje osobnosti, od strane učitelja, vršnjaka, obitelji, samoga sebe, pa i šire okoline. Zahtjevi koje mora ispuniti nisu uvijek usklađeni s njegovim mogućnostima, situacija u kojoj ih treba ispuniti često nije podržavajuća, a znaju biti tako postavljeni da im ne razumije smisao. Tijekom odrastanja javlja se nova važna uloga - „član vršnjačke ekipe“, zahtjevi koje često nisu kompatibilni s ulogama učenika i djeteta, pogotovo kad „loše krene“ u školi pa porastu roditeljski zahtjevi i pritisci. U mladenaštvu, usmjeravajući interese na životnu perspektivu, traže smisao svojih aktivnosti pa tako i smisao obrazovanja za ostvarenje životnih ciljeva.

Kao indikator učeničke dobrobiti može se uzimati kvaliteta školskog života određena čimbenicima povezanim sa školskim okruženjem, obrazovnim iskustvima učenika i uključenosti učenika u školski život (Karatzias i sur., 2002., prema Raboteg-Šarić i sur., 2009., str. 699.). Raboteg-Šarić i sur. (2009., str. 708.) utvrdile su da je veća zastupljenost

različitih aspekata kvalitete školskog života povezana s pozitivnim ishodima u školskoj situaciji, dok je percepcija škole kao mjesta gdje učenici doživljavaju stres i gdje se loše osjećaju povezana sa slabijim školskim uspjehom, većom školskom nedisciplinom, učestalijim markiranjem te s manjom usmjerenošću učenika na učenje.

Temeljem osobnog kliničkog iskustva (Gulin, 2009.) u radu s djecom i mladima koji imaju probleme mentalnog zdravlja i probleme ponašanja (opijanje, uzimanje droga, kockanje, markiranje, „otkačeno“ ponašanje i nasilje), mogu reći da pri javljanju ovih problema značajnu ulogu ima školski neuspjeh, osjećaj nezadovoljstva u razredu, sukob s roditeljima, najčešće vezan uz (ne)izvršavanje školskih obveza te nezadovoljstvo životom. Uspješnosti psihološkog tretmana značajno pridonosi savladavanje vještina učenja, omogućena „šansa“ u školi, rješavanje sukoba s roditeljima i osmišljavanje „školskih ciljeva“ u kontekstu životnih ciljeva. Pri tom kriterij uspješnosti tretmana uključuje poboljšan školski uspjeh - ocjene, ponašanje u razredu, neizostajanje s nastave, odnos prema učenju te subjektivnu procjenu učenika „bolje se osjeća“ i procjenu roditelja. Kvalitativna analiza obilježja školske situacije, procijenjenih tijekom rada s djecom i mladima, savjetodavnog rada s njihovim roditeljima i suradnje sa školom na oblikovanju poticajnih uvjeta u razredu, upućuje na povezanost problema mentalnog zdravlja i ponašanja sa situacijskim čimbenicima u školi. Mogu reći da u nastanku i perzistiranju problema mentalnog zdravlja i ponašanja učenika određenu ulogu imaju organizacijska obilježja škole: pravila ponašanja, kvaliteta izvođenja nastave, pravednost u ocjenjivanju znanja, razredna klima, percepcija perspektive obrazovanja. Ovo ukazuje na mogućnost za intervencije u zaštiti mentalnog zdravlja učenika, usmjerene na jačanje potencijala samog učenika, jačanje roditeljskih kapaciteta za odgovarajuću podršku učeniku te na školske uvjete, u smislu izrade nastavnih planova i programa primjerenih dobi i svrsi, omogućavanja kvalitetne izvedbe nastave te razvijanja poticajne školske klime.

3.1.4.1. Što raditi za jačanje osobnog potencijala za napredovanje

Značajne vještine potrebne za uspješnost učenika u savladavanju nastavnog gradiva su kognitivne strategije za unaprjeđivanje pozornosti, pamćenja, čitanja i učenja. Čitanje s razumijevanjem osnovni je preduvjet za uspješnost u učenju tijekom cijelog obrazovanja. Praksa pokazuje da učenici koji imaju poteškoće sa školskom uspješnošću, čak i u višim razredima osnovne škole i srednjoj školi, često nisu ovladali vještinom čitanja s razumijevanjem. Poteškoće u učenju učenika nižih razreda osnovne škole, za koje često ne postoji razlog u smislu specifičnog kognitivnog deficita, također upućuju da bi bilo dobro razloge ovim poteškoćama tražiti u neodgovarajućem ili neodgovarajuće provedenom treningu čitanja te donijeti primjereno sustavno rješenje za unaprjeđenje ove osnovne vještine uspješnog učenja. Kolić-Vehovec i Muranović (2004., str. 104.) utvrdile su pozitivan učinak recipročnog podučavanja strategija čitanja na razumijevanje pročitnog. Trening recipročnog podučavanja vještine čitanja, metodom podučavanja strategija postavljanja pitanja, sažimanja, razjašnjavanja i predviđanja putem dijaloga

između učenika, s ciljem poboljšavanja razumijevanja pri čitanju, moguće je koristiti u školama za unaprjeđenje vještine čitanja učenika.

Osim kognitivnih strategija za unaprjeđenje vještina učenja, školskoj uspješnosti pridonosi uspješno postavljanje ciljeva, vezano uz učenje i izvršavanje školskih obveza te usmjeravanje svojih aktivnosti prema tim ciljevima, sukladno zahtjevima i pravilima škole. Učenici koji imaju poteškoća sa školskom uspješnošću vrlo često ne sudjeluju aktivno u nastavnom procesu i učenju, nisu zainteresirani, ne izvršavaju školske obveze, neodgovarajuće se ponašaju te ne koriste metakognitivne strategije učenja. Osobine po kojima se razlikuju visoko uspješni učenici od onih s niskim postignućem ili onih koji imaju neke poteškoće u učenju odgovaraju osobinama dobro samoreguliranih učenika, s metakognitivnog, motivacijskog i ponašajnog gledišta (Zimmerman, 2001., 2002., prema Montalvo, T., Torres, G., 2004., str. 3.). Ovo ukazuje na mogućnost da odgovarajućim treningom u vještinama samoregulacije svi učenici mogu poboljšati svoj stupanj kontrole nad procesom učenja i izvedbom, a mnoge poteškoće u učenju neuspješnih učenika mogu biti uklonjene ili ublažene. Intervencijske strategije za unaprjeđivanje samoregulacije učenja (Self-Regulation, <http://www.gifted.uconn.edu/siegle/SelfRegulation>):

- na osobnom području: organiziranje i transformiranje informacija, postavljanje ciljeva i planiranje, vođenje bilježaka i nadgledanje, ponavljanje i zapamćivanje
- na ponašajnom području: praćenje kvalitete i napredovanja (samoevaluacija), motiviranje i samoosnaživanje, određivanje ili zamišljanje kazne, odgađanje nagrade (self-consequating)
- na okolišnom području: traženje informacija, strukturiranje okoliša i traženje socijalne podrške

moгу biti primjenjivane u razredu, odnosno integrirane u nastavni proces. Ove strategije za unaprjeđivanje samoregulacije učenja mogu biti prilagođene i korisno primjenjivane u individualnom radu s učenicima koji imaju poteškoće u učenju.

Za uspjeh u školi značajna je odgovarajuća roditeljska potpora. Roditelji trebaju znati što, koliko, kada i kako pomoći kako bi to bilo poticajno za napredovanje njihova djeteta. Sukobi učenika s roditeljima često su vezani za uspjeh u školi i izvršavanje školskih obveza te tako i ispunjavanje roditeljskih očekivanja. Oni često povratno loše utječu na uspjeh učenika u učenju, u školi, loše djeluju na obiteljsko ozračje, a mogu loše djelovati i na bračni sklad roditelja. Roditelji često ne znaju na koji način mogu pomoći učeniku u učenju, a da to nije kritiziranje ili preuzimanje njegovih obveza ili omogućavanje „jednostavnog prolaska“ pomoću intervencija u školi. Korisno je raditi na roditeljskim kompetencijama za podršku u učenju kao i na roditeljskim očekivanjima i odnosu prema školskom uspjehu i samostalnosti njihova djeteta. Važno je da škola i roditelji uspostave partnerski odnos koji nije opterećen traženjem odgovornosti (krivnje) za učenički neuspjeh, u jednom ili drugom smjeru, već da zajedno dogovore i usklade odgovarajuću podršku učeniku u izvršavanju školskih obveza, kod kuće i u školi. Budući da je bračni sklad roditelja podržavajući za bolji školski uspjeh i ima utjecaj na emocionalnu prilagođenost djece (Čudina-Obradović, Obradović, 1995., str. 635.), kad su narušeni obiteljski i/ili bračni odnosi, kao potpora školskoj uspješnosti djece, korisna je psihosocijalna podrška obitelji i bračnom odnosu roditelja.

Kako bi bila podržavajuća za uspješnost učenika i ostvarenje odgojno-obrazovnih ciljeva, školsku nastavu treba sadržajno i po izvedbi učiniti što bližu stvarnim potrebama, smislenu i što ugodniju. Važno je da su deklarirani sadržaji integrirani u školske aktivnosti kao i to da deklarirane vrijednosti „žive u školi“. Djeca su jako osjetljiva na nesklad onoga što govorimo i radimo. Učenici često ne vide smisao izvršavanja školskih obveza u svojoj životnoj perspektivi. Raboteg-Šarić i sur. (2009., str. 712.) navode kako su negativni osjećaji učenika prema školi u znatnoj mjeri povezani s aspektima kvalitete školskog života na koje škola može utjecati poput kvalitete odnosa među učenicima, kvalitete odnosa između učenika i nastavnika i stupnja u kojem učenici ono što se uči u školi smatraju zanimljivim i relevantnim za život. Za unaprjeđenje mentalnog zdravlja učenika treba raditi na stvaranju razredne i školske klime poticajne za učenje i razvoj. Umjesto traženja nedostataka, dokazivanja nesposobnosti i neprimjerenosti, stigmatiziranja, školska bi klima trebala podržavati usmjerenost na jačanje potencijala učenika za maksimalno ostvarenje mogućnosti te osposobljavanje za produktivan rad i život nakon obrazovanja. Budući da su učitelji i nastavnici značajni aktivni kreatori razredne i školske klime, trebalo bi raditi na unaprjeđenju njihove kvalitete rada i mentalnog zdravlja, oni su bitni čimbenici dobrobiti učenika (Gulin, 2010.).

Kako mladima pomoći da bezbolnije i uspješnije prijeđu u područje rada? Kako bi se osiguralo bolje mogućnosti za zapošljavanje i konkurentnost na tržištu rada, obrazovne bi programe trebalo što bolje uskladiti s potrebama na tržištu rada, povezati ih s potrebama gospodarstva u pogledu zanimanja za koje obrazuju i kompetencija koje se traže za posao (Bejaković, 2006., str. 417.). Tijekom obrazovanja, prilikom profesionalnog savjetovanja i kasnije, prilikom odabira karijere trebalo bi pružiti podršku u usklađivanu profesionalnog izbora s vrijednostima pojedinca jer sklad radnih vrijednosti i obilježja radne okoline u određenoj mjeri pridonosi zadovoljstvu poslom (Šverko i sur., 2007., str. 312.). Također bi učenicima i studentima trebalo omogućiti stjecanje kompetencija potrebnih za uspješno sudjelovanje na tržištu rada. Wendlandt i Rochlen (2008., str. 159.) predlažu intervencije koje mogu biti implementirane na učilišnoj razini. Pružanje točnih informacija tijekom faze anticipiranja, omogućavanje razvijanja vještina potrebnih za uspješnu prilagodbu i pružanje podrške tijekom procesa promjena omogućilo bi bolje nošenje s promjenama pri prelasku s obrazovanja na posao.

3.1.4.2. Kako raditi na jačanju osobnog potencijala za napredovanje

Kako pomoći kada dođe do problema? Učenika ojačati u vještinama koje su mu potrebne za savladavanje aktualnih problema i pružiti mu potporu pri primjeni tih vještina u stvarnoj situaciji. Roditelje ojačati da mu na odgovarajući način pomognu, a školu da mu omogući priliku i pruži odgovarajuću potporu za rješavanje problema. Omogućiti partnerski odnos roditelja i škole na rješavanju problema u kojem nema „traženja krivca“.

U nižim razredima osnovne škole važno je djecu ojačati u kognitivnim strategijama unaprjeđivanja pozornosti, pamćenja, čitanja i učenja. To su osnovne vještine koje djeca, da bi bila uspješna, trebaju znati i moći koristiti u razredu. Roditelje treba podučiti što, koliko, kada i kako pomoći djetetu kako bi ga mogli, kako stječe kompetencije, postupno osamostaljavati. Treba raditi i na roditeljskim strahovima vezano uz probleme djeteta i očekivanjima od djeteta. U školi treba omogućiti podržavajuću razrednu klimu u kojoj nema stigmatiziranja zbog neuspješnosti i podržavati dijete u svladavanju problema. U suradnji roditelja i škole treba izbjeći „dokazivanje“ neprimjerenosti ponašanja i nesposobnosti djeteta, traženje odgovornosti i „krivca“ za to, već tražiti mogućnosti odgovarajuće potpore djetetu.

U višim razredima osnovne škole djeci češće treba podrška u vještinama postavljanja ciljeva, vezano uz učenje i izvršavanje školskih obveza te usmjeravanja aktivnosti prema tim ciljevima, sukladno zahtjevima i pravilima škole. Još uvijek dobro dođe pomoć u savladavanju čitanja s razumijevanjem. Ovdje je također važno uputiti roditelje kako da pomognu učeniku u savladavanju problema. Treba pomoći u usklađivanju međusobnih očekivanja roditelja i djeteta te „pomicanju granica“. Pri tome valja paziti da se ne postavimo ni na jednu stranu. U suradnji roditelja i škole, uz izbjegavanje pripisivanja „krivnje“, valja izbjeći „etiketiranje“ učenika kao „lijenog“, „bezobraznog“. Treba zajedno potražiti mogućnosti za odgovarajuću podršku u rješavanju problema, na jednoj i drugoj strani te mu dati priliku za to.

U mladenaštvu, tijekom obrazovanja za zanimanje, ili za nastavak obrazovanja, još može biti korisno poraditi na vještinama potrebnim za školski uspjeh. Tada su češći problemi nekompatibilnih zahtjeva uloga učenika, djeteta i „člana vršnjačke ekipe“, kao i problemi vezani uz percepciju mogućnosti ostvarenja životnih ciljeva, s obzirom na školski uspjeh ili „nametnuto“ zanimanje. Roditelje treba uputiti na odgovarajući način podrške, poraditi na usklađivanju njihovih očekivanja i interesa njihovog djeteta. Pri podršci u odnosu roditelja i djeteta, njihovom uzajamnom usklađivanju međusobnih zahtjeva, treba doista paziti da se ne postavimo ni na jednu stranu. U suradnji sa školom, bez traženja odgovornosti za problem, valja dogovoriti odgovarajuću potporu učeniku u rješavanju problema.

3.1.5. U odrasloj dobi, tijekom karijere

Koliko će pojedinac u odrasloj dobi biti zadovoljan samim sobom, ostvarivati pozitivne odnose s drugima, biti zadovoljan svojim životom i biti aktivan član koji pridonosi zajednici, ovisi o uspješnosti izvršenih zadataka u prethodnim životnim razdobljima, kao i o mogućnostima za uspješan rad i život, koje pruža zajednica. Ovisi također i o tome koliko će se važne životne uloge međusobno podržavati te koliko će pojedinac uspješno upravljati situacijama kada zahtjevi njegovih važnih životnih uloga nisu kompatibilni. Salijentne životne uloge osnova su osobnog identiteta i ključne su za zadovoljstvo životom (Super i sur., 1996., prema Šverko i sur., 2007., str. 303.). U odrasloj je dobi posebno

važna uspješnost u radnoj ulozi jer uspješnost u ostvarenju radnih ciljeva utječe na mogućnosti ostvarenja pojedinca na drugim područjima te na kvalitetu tog ostvarenja u obitelji i zajednici, sukladno njegovim vrijednostima.

Kako bi pojedinac bio uspješan na poslu, uz posjedovanje odgovarajućih kompetencija potrebnih za obavljanje radnih zadataka, on si treba vješto postavljati ciljeve i usmjeravati svoje aktivnosti prema ostvarenju tih ciljeva, vođeno i ograničavano ciljevima i kontekstualnim obilježjima radnog okruženja. Pri tome treba uspješno nadgledati, regulirati i kontrolirati svoju kogniciju, emocije, motivaciju i djelovanje. Kadhiravan i Suresh (2008., str. 130.) identificirali su strategije samoregularnog ponašanja na poslu:

- samopoštovanje: vrjednovanje sebe kao učinkovitog radnika
- samonadgledanje: reguliranje akcija u skladu s vanjskim pokazateljima
- samoprocjenjivanje: analiziranje kvalitete svojih radnih aktivnosti
- osobna kontrola: očekivanje da je izvedba na poslu rezultat osobnog truda
- priprema zadataka: priprema za učinkovito obavljanje zadataka i izrada plana djelovanja
- ciljna orijentacija: sklonost ostati usmjeren na cilj zadatka
- suočavanje s neuspjehom: tendencija učinkovitog bavljenja neuspjehom
- sposobnosti rješavanja problema: sposobnost savladavanja prepreka u postizanju cilja.

Koja su obilježja posla vezana za psihološku dobrobit pojedinca? Psihološki važni poslovni atributi (Warr, 2002., prema Kidd, 2008., str. 167.) su: osobna kontrola, mogućnost za korištenje vještina, eksternalno generirani ciljevi, raznolikost, okolišna jasnoća, dostupnost novca, fizička sigurnost, podržavajuća supervizija, mogućnost za interpersonalne kontakte i društveno vrednovana pozicija. Osim ovih osobina posla važnih za psihološku dobrobit, neke osobine karijere posebno su važne, neovisno o tome koliko osobi odgovara određeno zanimanje i posao. Pokazalo se da je određeni slijed događaja, procesa i stavova važan za psihološku dobrobit iz karijere (Kidd, 2008., str. 179.). Pri tome se pod karijerom podrazumijeva slijed pojedinčeva radnog iskustva kroz vrijeme. Za psihološku dobrobit iz karijere, osim vremenske perspektive, važni su dobri odnosi na poslu s kolegama i nadređenima, odnos pojedinaca prema njihovoj ulozi u poslu ili prema organizaciji u kojoj su zaposleni, učinkovita izvedba na poslu, osjećaj svrhe, kao i razvoj novih vještina ili vjerojatnost razvoja istih u budućnosti. Gubitak posla, promjena karijere i stres na poslu uzrokovan oskudnom supervizijom i povećanim poslovnim zahtjevima, problemi u prilagođavanju na novu ulogu te poteškoće iz osobnog i obiteljskog života koje interferiraju s poslovnim životom, predstavljaju prepreke za dobrobit iz karijere.

Kidd predlaže (2008., str. 183.) da se savjetovanje u vezi karijere, koje je prvenstveno usmjereno na razumijevanje razlika među zanimanjima i odabir zanimanja koja odgovaraju interesima, vrijednostima i sposobnostima pojedinaca, više usmjeri na organizacijski kontekst rada, kako bi pojedinci bili spremniji suočiti se s organizacijskim promjenama. Mladim bi ljudima, i ostalima u tranziciji, trebalo pomoći odrediti koja obilježja karijera su za njih osobno značajna te da razmotre koliko tih obilježja posjeduju karijere koje

oni razmatraju. Kad se javi prijetnja zaposlenju rukovoditelji bi trebali biti osjetljivi na potrebu zaposlenika za potporom. Također bi trebali omogućiti potporu i povratnu informaciju, mogućnosti za učenje i uspješnu izvedbu radnih zadataka te radne obveze koje će uvažavati druge životne uloge.

Što i kako raditi za psihološku dobrobit u odrasloj dobi tijekom karijere? U radnim organizacijama, upravljanjem ljudskim potencijalima: odabirom kadrova, razvojem kompetencija potrebnih za uspješno obavljanje radnih zadataka, motivirajućim sustavom nagrađivanja, podržavajućom organizacijskom klimom, te organizacijom rada, koja omogućuje ravnotežu s privatnim i obiteljskim životom, stvarati povoljne uvjete za mentalno zdravlje zaposlenih. Tijekom značajnih životnih promjena vezanih uz posao i karijeru, npr. gubitka posla, zajednica bi trebala osigurati mogućnosti za razvoj kompetencija potrebnih za sudjelovanje na tržištu rada i novo zaposlenje te podršku za nadilaženje nepovoljne situacije.

Što učiniti za dobrobit pojedinca kada je njegovo mentalno zdravlje toliko narušeno da nije uspješan u obavljanju radnih zadataka? Psihološku dobrobit vezano uz posao i karijeru moguće je postići kada pojedinac uspješno izvršava radne zadaće, u skladu sa svojim vrijednostima i zahtjevima organizacije. Ako zahtjevi posla i organizacijski kontekst nadilaze njegove mogućnosti najbolje je pojedincu omogućiti posao koji njemu postavlja primjerenije zahtjeve.

Literatura:

1. Bejaković, P. (2006.): Uloga obrazovnog sustava u postizanju zapošljivosti i konkurentnosti radne snage u Hrvatskoj, Društvena istraživanja Zagreb, 3(83), 401. - 425.
2. Čudina-Obradović, M., Obradović, J. (1995.): Utjecaj bračnog emocionalnog sklada roditelja na školski uspjeh i ponašanje djece, Društvena istraživanja Zagreb, 4. - 5. (18. - 19.), 627. - 639.
3. Gulin, M. (2009.): Mogu li preventivni programi uistinu dati željene rezultate, usmeno izlaganje, 2. hrvatski kongres primijenjene psihologije „Zaštita zdravlja djece“, Opatija
4. Gulin, M. (2010.): Psihologija rada i pitanja mentalnog zdravlja, usmeno izlaganje, Psihologija rada u Hrvatsko: prošlost, sadašnjost, budućnost, znanstveno-stručni simpozij, Filozofski fakultet, Zagreb
5. Kadhiraavan, S., Suresh, V. (2008.): Self-Regulated Behaviour at Work, Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 34, Special Issue, 126. - 131., <http://medind.nic.in/jak/t08/s1/jakt08s1p126.pdf>, pristup 11.6.2010.

6. Kidd, J. M. (2008.): Exploring the Components of Career Well-Being and the Emotions Associated With Significant Career Experiences, *Journal of Career Development*, 35, 2, 166. - 186., <http://jcd.sagepub.com/cgi/content/short/35/2/166>, pristup 11.6.2010.
7. Kochanska, G., Coy, K. C., Murray, K. T. (2001.): The Development of Self-Regulation in the First Four Years of Life, *Child Development*, 72, 4, 1091. - 1111., http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/emot/kochanska2001.CD.selfReg.pdf, pristup 18.6.2010.
8. Kolić-Vehovec, S., Muranović, E. (2004.): Evaluacija treninga recipročnog podučavanja strategija čitanja, *Suvremena psihologija*, 7, 1, 95. - 108., <http://www.nakladaslap.com/moderna/Upload/PDF/Suv7-1-2004-95-108.pdf>, pristup 11.6.2010.
9. Mearns, D., Thorne, B. (2010.): Savjetovanje usmjereno na osobu, Naklada Slap, Jastrebarsko
10. Raboteg-Šarić, Z., Šakić, M., Brajša-Žganec, A. (2009.): Kvaliteta života u osnovnoj školi: povezanost sa školskim uspjehom, motivacijom i ponašanjem učenika, *Društvena istraživanja Zagreb*, 4. - 5. (102. - 103.), 697. - 716.
11. Self-Regulation, The National Research Center on the Gifted and Talented (NRC/GT) at the University of Connecticut, <http://www.gifted.uconn.edu/siegle/SelfRegulation>, pristup 8.6.2010.
12. Šverko, B., Babarović, T., Šverko, I. (2007.): Vrijednosti i životne uloge u kontekstu odabira zanimanja i razvoja karijere, *Suvremena psihologija*, 10, 2, 295. - 320., <http://www.nakladaslap.com/moderna/Upload/PDF/Suv10-2-2007-295-320.pdf>, pristup 11.6.2010.
13. Torrano Montalvo, F., González Torres, M. C. (2004.): Self-Regulated Learning: Current and Future Directions, *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 2, 1, 1. - 34. http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/english/Numero_03Ing.php, pristup 8.6.2010.
14. Wendlandt, N. M., Rochlen, A. B. (2008.): Addressing the College-to-Work Transition: Implications for University Career Counselors, *Journal of Career Development*, 35, 2, 151. - 165., <http://jcd.sagepub.com/cgi/reprint/35/2/151>, pristup 11.6.2010.

3.2. Osnajivanje rizičnih i zlostavljajućih obitelji kao podrška dobrom mentalnom zdravlju

3.2.1. „Sve dolazi iz obitelji“, mit ili činjenica

Dnevno smo svjedoci kako se naša društvena zajednica, bilo na državnoj ili lokalnoj razini ili na razini institucija, društava, udruga i slično, rado hvali uspješnim pojedincima u različitim životnim područjima. Uspjeh se pripisuje institucijama, mentorima, trenerima i inima, čak i onda kada su početni koraci k uspjehu bili trnoviti i bez primjerene podrške i razumijevanja pojedincu i njegovoj obitelji.

S druge strane kad god čujemo nešto negativno o nekome, a što je i najčešći sadržaj vijesti, svi gore pobrojani „peru ruke i bacaju kamenje“ na obitelj pojedinca koji se ogriješio o zakon, moral, čovječnost..., osobito ako je pojedinac mlađa osoba, maloljetnik ili dijete. Kad je dobro, svi su zaslužni, kad je loše, traži se krivac. Obitelj koja u takvim situacijama prolazi svoju kalvariju traumatske spoznaje i reakcije koje u pravilu uključuju pitanje „gdje smo pogriješili?“, nudi se „na pladnju“ kao idealna za ulogu krivca. Uvijek će se naći neki „griješ“ obitelji na koji će se upirati prstom, čak i kada u njoj nema značajnije patologije.

U nekim će slučajevima to ipak biti početak kraja prikrivanju i negiranju brojnih problema koji su se tijekom životnog ciklusa obitelji razvijali ili su nastali u određenom kriznom trenutku te uvjetovali pojavnost obiteljskog nasilja (psihičko, fizičko, seksualno, ekonomsko, zlostavljanje, zanemarivanje). U pravilu je to trenutak kad institucije sustava interveniraju u obitelj: tek kada se pojave problemi i poremećaji, kad se obiteljska patnja objelodani. Tko zna koliko smo propustili ne intervenirajući prije nego što su se posljedice manifestirale!? Bi li bilo drukčije da smo, predviđevši moguće poteškoće u obiteljima, ponudili stručnu pomoć ranije? Primjerice, stručnu pomoć u razvijanju obiteljskih i bračnih interakcija, roditeljskih vještina, ranih interakcija roditelja s djecom, osobito pomoć u uvjetima pojačane vulnerabilnosti obitelji u pojedinim kriznim fazama obiteljskog ciklusa ili zbog specifičnih poteškoća. Bi li obitelji prihvatile takvu pomoć? Bismo li narušili pravo obitelji na privatnost? Ova i moguća druga brojna pitanja o potrebi, vremenu i načinu pristupanja obitelji upućuju na kompleksnost ovoga problema.

Društveni kontekst u kojem se sve to događa također se ne smije zanemariti, jer je obitelj kao mali sustav živi dio šireg društvenog sustava i njegovih podsustava koji stalno uzajamno jedni na druge djeluju, prožimaju se i uvjetuju. Upravo bi stoga društvena izdaja obitelji bila kada bismo rečenicu s početka ovoga teksta proglasili istinom. Ona je djelomično istinita budući da, osim obitelji, nema alternative za zdrav emocionalni, intelektualni i socijalni razvoj pojedinca od njegovog rođenja do smrti, ali upravo zbog toga i zaslužuje svu pozornost i brigu šire društvene zajednice, a ne prepuštanje samoj sebi.

3.2.2. Ulazak stručnjaka u obitelj

Intervencije u obitelji u kojima postoji rizik ili pojavnost ugroženosti pojedinih članova obitelji i obiteljskih odnosa regulirane su društvenim dogovorom, zakonskom regulativom na lokalnoj, državnoj i međunarodnoj razini. Pogledom u ne tako daleku prošlost danas možemo biti zadovoljni legislativom koja je posljednjih 20-tak godina učinila značajan iskorak u obiteljskoj zaštiti. To je bio dugotrajan i mukotrpan proces u koji je utrošeno mnogo društvene energije i multidisciplinarnih znanja.

Zakonske su prepreke prevladane, ali nema razloga samozadovoljstvu. Prvo, što postojanje zakonskih propisa ne uključuje samo po sebi i njihovo dosljedno i jedinstveno provođenje. I drugo, što s njima ne prestaju potrebe obitelji za stručnom pomoći i podrškom. Nakon identificiranja rizičnih i nasilnih ponašanja u obitelji, utvrđivanja posljedica i sankcioniranja odgovornih članova obitelji, što nudimo obitelji kao alternativu za budući život? Trenutna tjelesna sigurnost, odvajanje od članova obitelji koji svojim ponašanjem ugrožavaju ostale članove, tek je „polovica puta“ i obično ne ide uz ruku s emocionalnom sigurnošću i kapacitetima za prevladavanje svih posljedica proživljenih trauma. Članovi obitelji ostaju zbunjeni, preplavljeni brojnim neugodnim osjećajima: straha, srama, krivice, neizvjesnosti, nemoći, tuge, gubitka, nesigurnosti... S takvim emocionalnim teretom teško se prilagođavati zahtjevima svakodnevnog života, osobito što su često narušeni i egzistencijalno materijalni uvjeti života obitelji. Obitelj bez podrške u toj situaciji osjeća se izdanom i početno povjerenje u pomagače lako se pretvara u razočaranje i ljutnju prema njima. Pozitivna sjećanja na život u obitelji prije intervencije, zbunjujući i ambivalentni osjećaji zbog opasnosti od raspada obitelji, mogu usmjeriti obitelj da se radije vrati u poznate stare rizične obrasce, nego da se suočava s novim i nepoznatim. Kada se to dogodi osjećaj razočaranja, nemoći i ljutnje preplavljuje pomagača. Intervencija u obitelj može mu se činiti uzaludnom jer će se nakon „medenog mjeseca“ rizični obrasci ponašanja članova obitelji u pravilu ponovno manifestirati. Gubitak energije bez rezultata!

Očito je da u postupku pomaganja obitelji nedostaje nešto bitno. Prvo je, nakon identifikacije rizika ili pojavnosti obiteljskog nasilja te društvene intervencije u obitelj, potrebno ostati s obitelji dovoljno dugo da se oporavi i bude spremna na pozitivne promjene, i drugo, inicirati kvalitativne promjene u obiteljskom sustavu koje će mijenjati rizične ili nasilne obrasce. To je širok prostor koji otvara brojne i različite mogućnosti profesionalnog osmišljavanja postupaka na dobrobit naših obitelji, otvoren psiholozima i drugim srodnim strukama.

Ima li smisla identificirati rizične obitelji i javnost senzibilizirati za njihovu identifikaciju ako istovremeno ne nudimo cjelovitu stručnu pomoć u prevladavanju poteškoća? Je li etično dezintegrirati obitelj koja ne odgovara društvenim standardima ako joj ne nudimo i ponovnu integraciju, kvalitativno odgovarajuću za očuvanje mentalnog zdravlja i stimulaciju rasta i razvoja svih njezinih članova? Postaje jasno da dobra legislativa, nudeći profesionalne mogućnosti i slobodu kreiranja pomoći obiteljima, istovremeno pred nas

postavlja velike odgovornosti i nove stručne izazove. Za profesionalno suočavanje s njima potrebno je mnogo dodatnih stručnih znanja, spremnost na cjeloživotno učenje, ali i zadiranje stručnjaka u osobno doživljavanje i ponašanje, kako u kontaktu s rizičnim obiteljima, tako i u osobnom iskustvu u kontekstu svoje obitelji.

3.2.3. Kako obitelj pridobiti na suradnju

Na samome se početku otvaraju dva moguća konteksta u pristupanju obitelji: dobrovoljni i prisilni. Uvjerena sam da bi većina psihologa i psihoterapeuta bila vrlo odlučna u stavu da prisilna psihološka intervencija nije moguća ni učinkovita. Kako mijenjati članove obitelji, njihove uzajamne odnose, njihov odnos prema društvu i društvenoj odgovornosti ako oni to ne žele? S druge strane, smije li se dopustiti da stručna pomoć obiteljima ovisi samo o njihovom uvidu u njezinu potrebu? Točnu granicu dobrovoljnosti i društvene prisile teško je odrediti, iako je ona posljednjih godina mnogo jasnije izražena kroz društveni stav posredstvom dobre zakonske regulative.

Obitelji su otvorenije za traženje i primanje podrške kada se nađu u nekoj specifičnoj životnoj situaciji. Roditelji, najčešće kad se radi o razvojnim, zdravstvenim, psihološkim i pedagoškim poteškoćama njihove djece, a ponekad i o njihovim osobnim i odnosnim poteškoćama. Djeca, kad su dovoljno zrela da mogu imati uvid u svoje poteškoće ili u kriznim razvojnim razdobljima, osobito adolescenciji. U takvim situacijama dostupna stručna podrška, ohrabrenje, usmjeravanje i poduka, mogu ojačati resurse obitelji, umanjiti osjećaje bespomoćnosti, straha, izoliranosti, možda i posramljenosti, ovisno o vrsti poteškoće te prevenirati pojavnost poremećaja obiteljskih odnosa ili obiteljskog nasilja.

U ovim je slučajevima značajno da je stručna pomoć brza, lako prepoznatljiva i dostupna, kako samim obiteljima, tako i javnosti, osobito stručnjacima pomagačima koji su u poziciji upućivanja obitelji za traženje specifičnih pomoći.

Međutim, u obiteljima u kojima je prisutno obiteljsko nasilje, bez obzira na vrste, uzroke i povode njegove pojavnosti, postoje poteškoće u priznavanju problema, kako samim počiniteljima obiteljskog nasilja, tako i njihovim žrtvama. Razlozi su prvenstveno u psihološkim poteškoćama razbijanja najčešće duboko ukorijenjenog tabua razotkrivanja obiteljske tajne, a koje imaju vrlo kompleksnu i specifičnu dinamiku na razini pojedinih članova obitelji i njihovih ukupnih odnosa. S druge pak stane, svjesnost o posljedicama: kaznenoj odgovornosti počinitelja, očekivanim socioekonomskim promjenama u obitelji te predrasude i nepovjerenje u društvenu pomoć u prevladavanju problema, također mogu biti razlozi „šutnji“. U ovakvoj bi situaciji prepuštanje odluke o potrebnoj stručnoj intervenciji isključivo obiteljima predstavljalo društvenu neodgovornost i ignoriranje potrebe obitelji za zaštitom, osobito njezinih najvulnerabilnijih članova - djece. Kako bi se obitelj pridobila na suradnju potrebna je izvjesna društvena prisila policije, sudstva, zdravstvenih i socijalnih službi, ali i senzibilizirane javnosti.

Psihološka stručna pomoć teče usporedno s prisilom, ali ono što je značajno u tom prisilnom kontekstu pristupanja obitelji je da se jasno odvoje pomagači koji koriste instrumente prisile (kazne, sankcije, zaštitne mjere, procjene i odluke o obitelji) od onih koji rade neki oblik psihosocijalne terapije s pojedinim članovima ili/i kompletnom obitelji. Ovim drugim pomagačima, a to je upravo naše područje rada, ovakva distinkcija daje neophodnu poziciju neutralnosti u pristupanju obitelji. Neutralnost u ovom slučaju ne predstavlja indiferentnost u odnosu na počinjeno nasilje, niti njegovo negiranje ili opravdavanje. Naprotiv, pomagač koristi institucionalno definiranu odgovornost za počinjeno obiteljsko nasilje i njegove utvrđene posljedice po sve članove obitelji u planiranju terapijskih ciljeva i radu s članovima obitelji, ali neophodni transfer između primatelja podrške i pomagača nije kontaminiran.

3.2.4. Procjena resursa i potreba obitelji - preduvjet izbora učinkovite stručne pomoći

„Sve su obitelji sretne na isti način, ali nesretne svaka na svoj“

(L. N. Tolstoj)

Naša je profesionalna misija baviti se obiteljima koje su u poteškoćama, svaka na svoj specifičan način. Kako bismo svoju misiju vršili na primjeren način, potrebno je sveobuhvatno razumijevanje obitelji koje uključuje poznavanje osobnosti roditelja, procjenu njihovih kapaciteta za obnašanje životnih, osobito partnerskih i roditeljskih uloga, poznavanje osobina i razvojnih potreba djece, kvalitete uzajamnih odnosa članova obitelji, poznavanje životne situacije obitelji, obiteljske povijesti, pozicije obitelji u odnosu na širi društveni kontekst. Potrebno je znati i specifične uzročno-posljedične dinamike koje se javljaju na razini pojedinih članova obitelji i na razini njihovih međusobnih odnosa vezano uz pojavnost različitih specifičnih problema. Naime, očekujemo li da će nam obitelj doći s definiranim problemom i motivacijom za stručni rad, mogli bismo se razočarati u svome poslu. Potrebno se pripremiti na njihovu konfuziju i neznanje, ambivalenciju i otpor u prihvatanju pomoći i iniciranju promjene. Kad obitelj i nudi svoje viđenje problema, potrebno ga je, obzirom na sve okolnosti pažljivo redefinirati, vodeći računa o mogućim manipulativnim obrascima koji su u pravilu prisutni. Potrebna je dobra vještina pomagača da se odupre uvlačenju u obiteljske manipulativne obrasce, a da obitelj ne izgubi. Ovo je važno kod obitelji koje dolaze prisilno, ali i kod onih koje se dobrovoljno javljaju na psihološki tretman. U njihovoj dobrovoljnosti može ležati zamka za pomagača kojom se obitelj nastoji oduprijeti promjeni prije negoli je inicirati.

Problemi u obitelji mogu dolaziti s različitih razina obiteljskog funkcioniranja. Kod nekih mogu biti više situacijski uvjetovani, dok kod drugih mogu biti rezultat nekih trajnijih i moguće nepromjenjivih okolnosti. Negdje više ovise o osobnim karakteristikama članova obitelji, a drugdje o njihovim uzajamnim odnosima. Negdje ovise o krizama unutar obiteljskog ciklusa, a negdje više o društvenim okolnostima. U nekim obiteljima poteškoće mogu proizlaziti iz ponašanja uglavnom jednog člana obitelji, dok u drugima

mogu biti rezultat odnosa kojem podjednako doprinosi više ili svi članovi obitelji. Jasno je da razlika u etiologiji problema iziskuje i različito pristupanje u radu s obitelji. Stoga je vrlo značajna profesionalna procjena potrebe i kapaciteta obitelji za primanje pomoći i za promjenu kao i okvira unutar kojeg će se obitelj primati na tretman. Kad se radi o obiteljskom nasilju, značajno je procijeniti odnos moći i kontrole u odnosima članova obitelji.

Moguće je da neke obitelji ili njihovi pojedini članovi nemaju dovoljno kapaciteta za savjetodavno terapijski rad ili barem za neke oblike tretmana, ili da zbog neravnomjerno raspoređene moći i kontrole nije uputno i sigurno savjetovati članove obitelji zajedno, ili da jednostavno samo pojedini član/ovi obitelji pokazuju motivaciju za tretman, dok ga drugi odbijaju. To nas ne mora obeshrabriti. Naprotiv, trebalo bi nas motivirati da razvijamo različite oblike rada koji će biti primjenjivi za osobe i obitelji različitih potreba i kapaciteta. Zašto ne uključiti samo one članove obitelji koji imaju kapaciteta i motivaciju? Ponekad promjena kod jednog člana obitelji može dovesti do značajnih pozitivnih promjena u čitavom obiteljskom sustavu. Možemo organizirati pomoć na način da pojedini članovi obitelji prvo porade na svom osobnom problemu i da se kad preuzmu odgovornost za njega, uključe u zajedničko partnersko ili obiteljsko savjetovanje. Sigurno je da u trenutku dolaska obitelji na tretman postoje različite potrebe članova obitelji: odraslih u odnosu na djecu, članova s rizičnim ili nasilnim ponašanjem u odnosu na članove koji su većinom ili u pravilu njihove žrtve. Upravo u ovoj različitosti potreba i kapaciteta obitelji u poteškoćama leže potencijalne mogućnosti za kreiranje programa psihološke pomoći: one koja će biti usmjerena na pojedinačne osobne poteškoće, na uzajamne interakcije u obitelji, na kapacitiranje za partnerske i roditeljske uloge, na rast i razvoj, na prevladavanje specifičnih razvojnih poteškoća kod djece, one koja će uključivati čitavu obitelj ili samo neke njezine članove, individualno, u paru ili u skupinama homogeniziranim po nekim značajnom karakteristikama (obiteljskoj ulozi, primjerice roditelj, dijete, specifičnim poteškoćama, savjetodavno terapijskim ciljevima, itd.).

3.2.5. Što ponuditi obiteljima

Ne ulazeći u specifičnost stručnih tema koje se mogu ponuditi obiteljima u njihovim specifičnim problemima, jer bi se to moglo pretvoriti u beskrajno nabranje, može se generalno reći da obiteljima treba zaštita, podrška, razumijevanje i poduka. Oni mogu biti usmjereni prema roditeljima, djeci, partnerskom ili roditeljskom odnosu.

Neki oblici rizika koji se pojavljuju u obiteljima mogu se predvidjeti, npr: rane zdravstvene ili razvojne poteškoće kod djece, specifični odgojni problemi ovisno o dobi djece, bračni odnosi i prilagodba u braku, krizna razdoblja životnog ciklusa sa svojim specifičnim zahtjevima. Praćenjem života u lokalnoj i široj društvenoj zajednici mogu se pratiti i trendovi specifičnih rizika i problema koji pogađaju obitelji. Činjenica je da svi ti rizici postavljaju pred članove obitelji zahtjeve za snalaženjem i prilagodbom te izazivaju stres koji može biti potencijalno ugrožavajući. U svemu navedenom izvori su tema koje će

pomagači prepoznati ovisno o svojim znanjima i nagnuću, a sve su dobrodošle u mreži pomoći.

U slučajevima gdje je došlo do manifestacije obiteljskog nasilja naglasak je na promjeni nasilnog u nenasilno ponašanje te prevladavanje posljedica. Zaštitu tih obitelji osiguravaju institucije prisile i ona je preduvjet našem stručnom radu. Međutim i mi, izborom i ponudom odgovarajućeg tretmana, imamo djelomičnu odgovornost za sigurnost članova obitelji. Pravilnim utvrđivanjem indikacija, odnosno kontraindikacija, određujemo, kao što je u prošlom odlomku rečeno, okvir unutar kojega ćemo primati obitelj. Ako je razina moći i kontrole među članovima obitelji disproporcionalna, osobito ako član obitelji s rizičnim ili nasilnim ponašanjem u obitelji ne prihvaća odgovornost za njega, ako kod članova obitelji koji su žrtve obiteljskog nasilja postoji strah koji ih sprječava da budu spontani i slobodni u tretmanu, ako su manipulativni obrasci odnosa i ponašanja u obitelji prisutni u značajnoj mjeri, tada se mogu preporučiti odvojeni ili/i različiti tretmani za pojedine članove obitelji. Kada do promjene dođe i steknu se uvjeti za to, može se inicirati zajednički obiteljski tretman.

I na kraju, kada smo obiteljske kapacitete, motivaciju i potrebe procijenili i utvrdili ciljeve koje želimo i možemo postići s njima, postavlja se pitanje kako je to najbolje učiniti? Naime, kako bi se smanjio rizik ugroženosti i kvalitativno obogatili životni resursi obitelji, nije svejedno na koji ćemo im način sve to prenijeti. Osobito što obitelji i same često znaju što kod njih nije dobro i što trebaju promijeniti, ali ne znaju kako. Stoga kognitivni uvid, prepoznavanje ponašanja koje nudi sadržaj, nije dostatan. Članovima obitelji potrebno je omogućiti i emocionalni, doživljajni uvid, prepoznavanje osobnih iskustava i osjećaja koje pritom imaju, prihvaćanje osobnih osjećaja i ponašanja neovisno o njihovom osobnom vrijednovanju te preuzimanje odgovornosti za njih. Tek kad su to postigli, može uslijediti svjesnost o mogućoj promjeni i mogućnosti osobnog izbora. Tada ujedno naša „sadržajna košarica“ postaje upotrebljiva. Obitelji iz nje biraju, prema osobnim stavovima i vrijednostima, poželjne obrasce ponašanja, „isprobavaju ih“, prate kako se s njima osjećaju, koliko su učinkoviti u rješavanju obiteljskih problema. Neke odbacuju, a druge usvajaju. Iniciranje pozitivne promjene u obiteljima proces je u kojem je obitelji neophodna naša pratnja i prihvaćanje, dobronamjernost, strpljenje i ohrabrivanje. Pri tome moramo dovoljno dugo ostati uz obitelj, pratiti proces promjene, prihvaćati očekivane neuspješnosti i osobito u njima ohrabrivati i poticati obitelji, zahtijevati, ali ne kritizirati, već dati razumijevanje. Neovisno radimo li individualno ili grupno, s parovima ili obiteljima, pristup je primjenjiv. Pri tome ne smijemo zaboraviti da je jedino obitelj ta koja je odgovorna za svoje izbore i promjene, kao i to da razina postignutih promjena ne ovisi o našem očekivanom idealu, već o kapacitetima obitelji.

3.2.6. Svjesnost pomagača o osobnim doživljajima i ponašanju u kontaktu s obiteljima

Dr. Jean Paul Mugnier, sistemski obiteljski terapeut i direktor Instituta D'études systematiques u Parizu, rekao je jednom prilikom svojim edukantima: „Ako želite raditi s obiteljima morate jako voljeti sve ljude“, pri tome osobito misleći na neophodnost susretanja i rada pomagača s članovima obitelji koji su počinili neki oblik nasilja u svojoj obitelji. On je ujedno naglasio potrebu da u radu s obiteljima nitko nije isključen ukoliko želimo postići njezinu zaštitu, oporavak i omogućiti daljnji nesmetan rast i razvoj.

Pitat ćete se što može koristiti žrtvi obiteljskog nasilja stručni rad s počiniteljem nasilja? Osobito kad se radi o nekom brutalnom ili posebno destruktivnom obliku zlostavljanja? Ne smijemo zaboraviti da su u obiteljskom nasilju počinitelj i žrtva na poseban način odnosno i emocionalno isprepleteni te da je doživljaj sebe i osobne vrijednosti jednog uvjetovan percepcijom prihvaćanja od onog drugog. To je ujedno i razlog specifičnoj patogenosti upravo obiteljskog nasilja u odnosu na nasilje izvan obitelji. Stoga je žrtvi obiteljskog nasilja značajnije razumjeti motive i razloge nasilnog ponašanja počinitelja, razumjeti odgovornost počinitelja za nasilje, te na neki način razriješiti odnos s njim, nego što je to žrtvi nekog nepoznatog počinitelja nasilja. U idealnom će slučaju to razrješavanje ići u smjeru pozitivne promjene ponašanja počinitelja, oporavka žrtve i daljnjeg zajedničkog života uz promijenjene obrasce odnosa i ponašanja. U manje idealnom slučaju samo priznavanje počinjenja obiteljskog nasilja može značiti rasterećenje za žrtvu, neovisno o tome što se odnos s počiniteljem neće dalje razvijati.

Gornji uvod upućuje na važnost stručnih znanja o obiteljskoj dinamici u uobičajenim i specifičnim okolnostima, da bi se pravilno procijenile potrebe obitelji, ali i na značaj osobnih stavova i osjećaja pomagača koji na različite načine mogu interferirati u radu s obiteljima. Na prvome mjestu mora biti stručnost pomagača, ali on mora imati i neke osobne karakteristike, prvenstveno sposobnost suosjećanja s drugima. Kako „dozirati“ suosjećanje s obiteljima da ono ne ugrozi samoga pomagača ili rad?

Rad s obiteljima u problemima iznimno je stresan i frustrirajući. Sadržaj može biti traumatski i za samoga pomagača, nema jednostavnih i brzih rješenja pa su mogući i neugodni osjećaji neuspjeha i bespomoćnosti. Emocionalne reakcije pomagača mogu biti u doticaju s njegovim osobnim iskustvima. Sve to može umanjiti objektivnost i neutralnost u radu s obiteljima. Za nošenje sa zahtjevima ovoga posla uz stalnu je edukaciju neophodna supervizija pomagača i jačanje njihovih strategija.

Međutim, kako to rade s članovima obitelji tako pomagači i sebi moraju dopustiti da prilagodba na ovaj rad te uvid o tome s kojim se problemima lakše ili teže nose bude proces u kojem oni sami sazrijevaju u svojim stručnim znanjima, stavovima i vrijednostima, te osjećajima koje mogu podnijeti, a sve s ciljem objektivnije i realnije procjene obitelji kojima pomažu.

3.2.7. Sažetak

Oснаživanje rizičnih i zlostavljajućih obitelji, gledajući kroz prizmu psihologijske struke, trebalo bi se odvijati kontinuirano kroz organizirane psihološke programe prilagođene različitim specifičnim potrebama obitelji koji proizlaze iz naših saznanja o rizicima tijekom obiteljskog ciklusa ili o mogućim specifičnim rizicima te onima koji su „u trendu“. Programi trebaju biti pristupačni, dostupni i moraju obiteljima osigurati podršku, razumijevanje, poduku i ohrabrenje tijekom dovoljno dugo vremena koliko je potrebno da se obitelj oporavi i kvalitativno promijeni rizične obrasce ponašanja i odnosa. Oni ujedno moraju biti usmjereni na sve članove obitelji prema njihovim specifičnim potrebama, ali i prema potrebama cjelovite obitelji. Neovisno o tome što kontekst rada s obiteljima može biti dobrovoljan ili prisilan, sa svima se radi po principu neutralnosti, razumijevanja i dobronamjernosti, a pomagač je onaj koji određuje okvir unutar kojega će raditi s obitelji, rukovodeći se pri tome stručnom procjenom obiteljskih rizika i kapaciteta i potrebom čuvanja sigurnosti svih članova obitelji.

Pomaganje rizičnim i zlostavljajućim obiteljima zahtjeva od pomagača stalno stjecanje dodatnih znanja, ali i svjesnost o osobnim emocijama, stavovima i vrijednostima prilikom susreta s obiteljima kojima pomažu, ali i u kontekstu svoje obitelji. Pomagač usmjerava i potiče promjene u obiteljima omogućavajući im kognitivni i emocionalni uvid u osobno doživljavanje i ponašanje, uvid u mogućnost promjene i izbor ponuđen kroz sadržaj poduke. Međutim, obitelj je odgovorna za svoje izbore i promjene, a stupanj postignutih promjena ne ovisi o našem idealu, već o kapacitetima njezinih članova.

Literatura:

1. Ajduković, M. i dr. (2010.): Priručnik o provedbi Protokola o postupanju u slučaju nasilja u obitelji, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
2. Ajduković, M., Pavleković, G. (2004.): Nasilje nad ženom u obitelji, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
3. Buljan-Flander, G., Kocijan-Hercigonja, D. (2003): Zlostavljanje i zanemarivanje djece, Marko M. usluge d.o.o., Zagreb
4. Cirillo, S. i dr. (1989.): La famiglia maltrattante, Diagnosi e terapia, Raffaello Cortina Editore, Milano
5. Čudina-Obradović, M., Obradović, J. (2006.): Psihologija braka i obitelji, Golden marketing-Tehnička knjiga, Zagreb
6. Jusupović, D. i dr. (2008.): Psihosocijalni tretman počinitelja nasilja u obitelji, Priručnik za voditelje tretmana, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
7. Kazneni zakon RH, NN 110/97.
8. Killen, K. (2001.): Izdani zlostavljana djeca su odgovornost svih nas, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb

9. Miller, A. (1995.): Drama djetinjstva, Educa, Zagreb
10. Nikolić, S. i dr. (1996.): Osnove obiteljske terapije, Medicinska naklada, Zagreb
11. Obiteljski zakon Republike Hrvatske, NN 116/03., 17/04., 136/04., 107/07.
12. Pećnik, N. (2006.): Međugeneracijski prijenos zlostavljanja djece, Naklada Slap, Jastrebarsko
13. Pelzer, D. (2004.): Dijete zvano „Ono“, Extrade, Rijeka
14. Sheinberg, M. i dr. (1996.): Making families safe for children, Handbook for a family-centered approach to intrafamilial child sexual abuse, Ackerman Institute for the Family, New York
15. Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji, NN 137/09., 14/10., 60/10.

3.3. Osnajivanje učenika i škole za zaštitu i unaprjeđivanje mentalnog zdravlja

3.3.1. Uvod

Usporedimo li ciljeve i načela odgoja i obrazovanja određene Zakonom o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi (NN 27/08.) s definicijom zdravlja kao potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, možemo zaključiti kako je cijeli odgojno-obrazovni proces usmjeren na ostvarivanje zdravlja pojedinca i društva u cjelini. Od pet ciljeva četiri su posebno vezana uz zdravlje. Prvi cilj naglašava sustavno poučavanje učenika, poticanje i unaprjeđivanje njihovog intelektualnog, tjelesnog, estetskog, društvenog, moralnog i duhovnog razvoja u skladu s njihovim sposobnostima i sklonostima. U trećem se ističe odgajanje za poštivanje različitosti i toleranciju, u četvrtom stjecanje temeljnih (općeobrazovnih) i stručnih kompetencija i osposobljavanju učenika za život u promjenjivom društveno kulturnom kontekstu, a u petom osposobljavanje učenika za cjeloživotno učenje. Uz načelo prema kojemu se odgojno-obrazovna djelatnost temelji na partnerstvu svih odgojno-obrazovnih čimbenika, pa tako i obitelji, te činjenicu da učenici u školi provedu deset do dvanaest godina života, jasno je kako je škola pravo mjesto za provođenje aktivnosti za zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja.

Svako dijete i njegovi roditelji s puno uzbuđenja prvi puta otvaraju školska vrata. Djeca većinom dolaze s radošću, puni samopouzdanja i radoznalosti, a njihovi roditelji s nadom i iščekivanjima prvih povratnih informacija o svome djetetu, a posredno i o sebi. Polazak svakog djeteta u školu zahtjeva prilagodbu obitelji, a posebno polazak prvorodenog djeteta jer tim činom obitelj ulazi u novu razvojnu fazu i u tom se trenutku nužno otvara široj društvenoj zajednici. U školi ih očekuju uzbuđene učiteljice (rjeđe učitelji), dobronamjerne, kompetentne, u nadi da će se uspješno nositi sa svim izazovima koje sa sobom donosi nova generacija. Ukoliko su starija braća i sestre pohađala ili pohađaju istu školu svojim postignućima i ponašanjem utječu na stvaranje odrađenih očekivanja kod učitelja u odnosu na novog učenika. Uz brojne socijalne interakcije, vidljive već prvog školskog dana, nove učenike, učitelje i roditelje očekuje i zahtjevan i dugotrajan posao na usvajanju obimnog školskog gradiva te razvijanju ključnih kompetencija za cjeloživotno učenje. Razumljivo je kako će svi dionici ovoga procesa nailaziti na prepreke i razne stresne situacije. Zadatak je svih odraslih osoba, a posebno profesionalaca raznih struka (učitelja, profesora, psihologa, pedagoga, defektologa...) iskoristiti te prepreke kao prilike i izazove za ukupan rast i razvoj svakog učenika.

Za postizanje što boljeg uspjeha u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja učenika i škole nužan je **timski pristup**. To podrazumijeva da svaki član tima (učenik, roditelj i učitelj) ima **razvijeno zdravo samopoštovanje, da poštuju jedni druge te preuzmu odgovornost za ono što čine**. Rezultati tih nastojanja bit će ponekad manji od uloženog truda, ali ako tog truda ne bude, rezultati se ne mogu niti očekivati.

3.3.2. Učenik

„Mama upisala si me u prvi razred, ali nemoj u drugi“, rekao je moj prijatelj iz djetinjstva, ali nije prošlo! Nije mogao birati hoće li ići u školu i nije mogao birati želi li učiti ono što se od njega očekuje. **Polaskom u školu dijete ulazi u svijet obveza, rada i odgovornosti.** Njegov je uradak izložen javnoj procjeni učitelja, vršnjaka i roditelja što nužno utječe na proces stvaranja slike o sebi. Rana iskustva mogu dugotrajno utjecati na ponašanje učenika pa i budućih odraslih ljudi što učitelje i školu obvezuje na **posebnu pozornost u postavljanju zahtjeva za savladavanje novih znanja i vještina te vješto kombiniranje različitih načina ocjenjivanja i provjere znanja.**

Rijetki su učenici koji nisu naišli na gradivo kojeg su teže savladali i zbog kojeg su doživjeli neuspjeh. Ako su zbog tog neuspjeha razvili nove strategije učenja ili postigli realnije akademsko samopoimanje, doživjeli su osobni rast i napredak. Ukoliko perzistira neuspjeh u jednom ili više obrazovnih područja, što je vidljivo kroz loše ocjene, uzdrmani su temelji mentalnog zdravlja, samopoštovanje i samopouzdanje jer oni kod školske djece najviše ovise o školskom uspjehu. Sva ljudska bića imaju psihološku potrebu osjećati se kompetentno, važno, vrijedno, cijenjeno i tu svoju potrebu pokušavaju zadovoljiti na dva načina: stremeći uspjehu ili izbjegavajući neuspjeh. Djeca koja su sklona izbjegavanju neuspjeha bježe od svih aktivnosti u kojim bi ih mogla doživjeti kako bi mogla sačuvati svoje samopoštovanje. Svako će dijete radije biti smatrano lošim negoli glupim što je posebno vidljivo kod adolescenata. Krajnji rezultat čestog neuspjeha može biti takozvana **naučena bespomoćnost**. Dijete počne vjerovati kako bez obzira što činilo ne može postići cilj (uspjeh) pa se potpuno prestane truditi. Ako se pak ponekad i dogodi uspjeh, dijete će to pripisati sreći.

Naučenu je bespomoćnost moguće spriječiti. Navodimo neke preporuke koje tome doprinose:

- Biranje smislenih zadataka, zanimljivih za različite interese učenika, usklađenih s njihovom trenutačnom kompetencijom tako da djetetu budu izazovni, a ne nesavladivi.
- Ohrabivanje od strane roditelja i nastavnika uz emotivno topao odnos prema djetetu, uvjerenost u djetetove sposobnosti, vrijednost postignuća i važnost uloženog truda. I roditelji i učitelji trebaju biti uzor koji će pokazati kako je jako zalaganje važno za prevladavanje neuspjeha.
- Ciljanom i čestom komunikacijom s roditeljima predložiti načine poticanja zalaganja i postizanja napretka kod djeteta.
- Nadziranje djetetovog rada u školi od strane roditelja te pružanje pomoći djetetu glede promicanja učenja djelotvornih strategija i samoregulacije.
- Vrijednovanje učinka treba biti privatna stvar, uz izbjegavanje javnog obznanjivanja uspjeha i neuspjeha putem zidnih plakata, privilegija za „pametnu“ djecu i nagrada za „najbolje“ postignuće.
- Stvoriti ozračje koje šalje jasnu poruku kako svi učenici mogu učiti i kako su svi dobrodošli i prihvaćeni.

- Omogućiti formiranje manjih odjela koji učiteljima dopuštaju individualizirani pristup svakom učeniku.
- Prilagodba sadržaja i načina rada individualnim i kulturalnim razlikama u stilovima učenja.
- Omogućavanje suradničkog učenja u kojem se djeca međusobno pomažu, uz izbjegavanje skupiniranja prema sposobnostima (prema Berk, L. E., 2008., str. 318.).

Ovo bi vrjednovanje bilo idealno jer se na taj način utvrđuje što djeca znaju, što mogu i potiče ih se na još kvalitetniji rad. Međutim, ocjene u 7. i 8. razredu te u srednjoj školi imaju i selektivnu ulogu tako da učitelji trebaju istovremeno udovoljiti dvama zahtjevima: zahtjevom za objektivnošću ocjena i za individualizacijom. Jedan od načina prevladavanja, ili barem ublažavanja ovog problema, predstavlja uključivanje učenika i roditelja u proces vrjednovanja postignuća. Uključivanjem učenika u proces vrjednovanja postiže se nekoliko ciljeva:

- učenik ima osjećaj kontrole nad situacijom (što je snažno motivacijsko djelovanje)
- spremniji je prihvatiti ocjenu
- usvaja kriterije ocjenjivanja (tako realnije procjenjuje osobni i tuđi uradak)
- stječe vještinu vrjednovanja osobnog uratka (postaje neovisan o vanjskoj kontroli)
- stječe vještinu vrjednovanja tuđeg uratka (smanjuje se zavist prema onima koji su dobili bolje ocjene).

Dobri učitelji brinu kada njihov učenik ne uspijeva ostvariti osobne potencijale i što žurnije angažiraju roditelje i stručnu službu škole radi **utvrđivanja uzroka problema i izrade zajedničke strategije i plana aktivnosti za otklanjanje istih.**

Susret stručne službe s djetetom i roditeljima treba biti pomno planiran. Tijekom razgovora važno je povremeno provjeravati kako su učenik i roditelji razumjeli ono o čemu se govori kako ne bi došlo do nesporazuma. Razgovor se treba voditi u mirnoj atmosferi kako bi svi sudionici mogli reći svoje mišljenje i dati prijedloge. Važno je izraditi konkretan plan za poboljšanje djetetovog uspjeha što znači postići dogovor o koracima koje će svaki pojedini sudionik razgovora dalje poduzimati i utvrditi vremenski okvir za postizanje istih. Korisno je odmah dogovoriti vrijeme sljedećeg razgovora čime se povećava vjerojatnost da će se svi sudionici pridržavati dogovora, te odmah i još jedan rezervni termin kako bismo naglasili koliko nam je stalo i umanjili mogućnost odustajanja zbog „nekih iznenadnih i objektivnih“ okolnosti. S roditeljima je u načelu dovoljan jedan susret u polugodištu, ali po potrebi može i češće, dok su s učenicima korisniji kraći, a češći susreti, što je u školskom okruženju lako postići (prije ili poslije nastave). Ukoliko u školi djeluje i psiholog te su u planu aktivnosti predviđeni i individualni susreti psihologa s djetetom, isti se trebaju odvijati izvan nastave, tj. u suprotnoj smjeni. Iznimno, na zahtjev djeteta, može se održati kraći susret pod odmorom tijekom djetetove redovne smjene.

Na isti način valja reagirati i na učestalo izostajanje iz škole (posebno neopravdano), neuobičajena djetetova raspoloženja te agresivno i neprilagođeno ponašanje. Brzo

reagirane na probleme u školskom okruženju u funkciji zaštite mentalnog zdravlja slikovito možemo usporediti s brzim reagiranjem na karijes. Pojava karijesa na jednom zubu je česta, nije velik zdravstveni problem, ali nije niti zdravlje. Brzom se intervencijom problem kvalitetno rješava, bez velikih zahvata, uz mali trošak. Što se događa kada karijes zanemarimo? Rupa u zubu je sve veća, pokvari se i zub pokraj..., problem zahtjeva veću, bolniju, dugotrajniju i na kraju skuplju intervenciju.

Ovakav način razgovora jača i roditelje jer ako stalno dobivaju informacije o poteškoćama i problemima slabi njihovo roditeljsko samopoštovanje. Sudjelovanjem roditelja u procesu pomoći djetetu, njihovim primjerenim aktiviranjem u odgojno-obrazovnom procesu, jačat će i samopouzdanje roditelja i realnost njegovih očekivanja, ali i socijalnu prilagodbu djeteta i njegovu pozitivnu samoprocjenu.

Ukoliko roditelji ne pokazuju suradnju kakvu škola očekuje nije dobro odmah zaključivati o nedostatku ljubavi prema djetetu ili pak odbijanju pomoći, već možda o nesigurnosti u postupanju prema djetetu ili pak o nižoj razini ključnih kompetencija kojima roditelj raspolaže. Valja poći od pretpostavke da roditelj svome djetetu želi najbolje, ali da to nisu u mogućnosti uvijek ostvariti. To će nam omogućiti približavanje roditeljima.

„Roditelji koji su zapeli u poteškoće potpuno su i jednako ranjivi kao i djeca u svojim poteškoćama. (...) Savjetodavni ili razgovorni procesi zahtijevaju kombinaciju razumijevanja, novih pogleda, novih doživljaja i valjane pedagogije. Vrlo često nije dovoljno pružiti roditeljima samo alternativno oruđe, već treba primijeniti i svoj pedagoški talent da bi se preobrazio način gledanja u roditelja, a koji može biti jednako sputan kao što je i njihovo ponašanje neprihvatljivo“ (Juul, J., 1995., str. 19.).

Ponekad se događaju i situacije u kojima roditelji svojim ponašanjem i nekompetentnošću značajno ugrožavaju dobrobit djeteta te škola mora uključiti druge službe, primjerice socijalnu skrb, medicinske ustanove i sl. O svojim namjerama, razlozima i načinima postupanja nužno je obavijestiti roditelje, uz puno uvažavanje i isticanje dobrih i uspješnih aktivnosti koje su roditelji provodili glede skrbi o svome djetetu i odgojno-obrazovnom procesu u školi.

3.3.3. Rad u razrednim odjelima

Još uvijek je otvoreno pitanje što dolazi prvo - zdravo samopoštovanje ili uspjeh u školi?

“Neki autori smatraju samopoštovanje graničnom varijablom... drugim riječima, ono ne mora imati jak ili znatan utjecaj na školski uspjeh ako je na prosječnoj ili iznadprosječnoj razini, ali ako je samopoštovanje izrazito nisko, ono negativno utječe na ustrajnost u radu, samopouzdanje i školski uspjeh. Stoga se smatra da, bez obzira na naše shvaćanje uzročnog odnosa između samopoštovanja i školskog uspjeha, najprije

moramo pokušati povećati samopoštovanje prije pružanja pomoći u svladavanju gradiva“ (Gourney, P., 1988., str. 57.).

Od 80-tih se godina u školama uvode i provode posebni razredni postupci koji potiču razvoj i održavanje samopoštovanja. Mnoge škole rade na poticanju atmosfere poštovanja i samopoštovanja u cijeloj školi (npr. sudjelovanje u UNICEF-ovom projektu „Stop nasilju među djecom“). Intenzivno se radi i na kvaliteti interakcija između roditelja i djece te poticanju samopoštovanja školskih zaposlenika.

Uz učitelja (razrednika) koji pokazuje prihvaćanje, iskrenost i empatiju prema svojim učenicima uspješno se može raditi na poticanju razvoja socijalnih vještina kod učenika u svakodnevnom radu i na satovima razredne zajednice. Na taj se način stvara zdrava i stabilna razredna zajednica i zdrava socijalna mreža u kojoj se uspješno može raditi na razvoju sedam ključnih elemenata koji čine temelj socijalnog i emocionalnog blagostanja i dovode do zdravog samopoštovanja. Svi su elementi uvijek prisutni u različito razvojno vrijeme, različito bitni za osjećaj osobne vrijednosti djeteta/čovjeka. Zdrava razina samopoštovanja omogućit će konsolidaciju i razvoj ovih sedam elemenata, što je trajan i samoodrživ proces. Radi se o sljedećim elementima (Plummer, D. M., 2009., str. 24. i 25.):

Poznavanje sebe

Ovaj se element odnosi na otkrivanje činjenica o tome tko sam „ja“ i gdje je moje mjesto u mom socijalnom okruženju. On uključuje:

- razumijevanje razlika i sličnosti, na primjer na koji sam način različit od drugih po izgledu i karakteru ili kako mogu imati zajedničke interese s drugima
- spoznaju da se ponekad mogu ponašati na različite načine ovisno o situaciji u kojoj se nalazim i da moja osobnost ima mnogo aspekata
- razvoj i održavanje osobnih vrijednosti
- razvoj osjećaja za osobnu povijest - svoju osobnu priču.

Osobno ja i drugi

Ovaj element uključuje:

- razumijevanje radosti i izazova koji sa sobom nose odnosi s drugim ljudima: učenje suradnje s drugima, sposobnost na gledanje stvari iz tuđe perspektive, razvijanje razumijevanja o tome kako me drugi vide i učenje poštovanja i tolerancije prema gledištima drugih ljudi
- razvijanje i održavanje osobnog identiteta kao zasebne osobe, uz priznavanje prirodne međuovisnosti koja je obilježje odnosa s drugima i razvijanje osjećaja za svoju obiteljsku/kulturnu „priču“
- razvijanje emocija i poznavanje načina na koji ih izražavam. Za zdravo samopoštovanje morat ću razviti određen stupanj emocionalne otpornosti tako da me emocije ne mogu shrvati i da budem u stanju podnositi frustracije. Moram naučiti kako izraziti emocije na odgovarajući način umjesto da ih negiram ili potiskujem ili reagiram na neprimjeren način. Isto tako moram znati prepoznati emocije drugih ljudi i razlikovati svoje osjećaje od osjećaja drugih ljudi.

Prihvaćanje sebe

Ovaj element uključuje:

- poznavanje osobnih jakih snaga i prepoznavanje područja u kojima se teže snalazim i na kojima bih trebao poraditi. Ovo uključuje prihvaćanje činjenice da je prirodno griješiti i da tako ponekad najbolje učimo
- zadovoljstvo svojim tijelom.

Oslanjanje na osobne snage

Ovaj element uključuje:

- sposobnost vođenja brige o sebi, u tjelesnom i emocionalnom pogledu, i razvijanje shvaćanja da je život često težak, ali da mogu mnogo toga učiniti da mi bude lakše
- izgradnju određene neovisnosti i samomotivacije: sposobnost samokontrole i prilagodbe osobnih postupaka, osjećaja i misli u skladu s realnom procjenom svog napretka i vjere da upravljam svojim životom i da sam dorastao svim mogućim izazovima
- smanjivanje ovisnosti o mišljenju i vrijednosnim sudovima drugih ljudi.

Samoizražavanje

Ovaj element uključuje:

- razumijevanje kako komuniciramo jedni s drugima, uključujući učenje čitanja neverbalnih znakova kako bih mogao dobro razumjeti druge i potpuno se i primjereno izraziti
- razvijanje kreativnosti u samoizražavanju, prepoznavanje i isticanje jedinstvenih i različitih načina na koje možemo izraziti tko smo.

Samopouzdanje

Ovaj element uključuje:

- spoznaju da moja mišljenja, misli i postupci imaju vrijednost i da ih imam pravo izraziti
- razvijanje znanja i sposobnosti tako da se osjećam sposobnim eksperimentirati s različitim metodama rješavanja problema i da se, po potrebi, osjećam dovoljno slobodnim promijeniti svoje strategije
- sposobnost prihvaćanja izazova i donošenja odluka.

Svijest o sebi

Svijest o sebi ključna je sastavnica realnog samovrjednovanja. Ona uključuje:

- razvijanje sposobnosti usredotočavanja na „ovdje i sada“ umjesto prepuštanja negativnim mislima o prošlosti i budućnosti
- učenje slušanja svoga tijela i emocija kako bih bio svjestan svojih osjećaja kad se javljaju
- razumijevanje da su emocionalne, duševne i tjelesne promjene prirodni dio moga života i da mogu donositi odluke o tome kako ću se mijenjati i razvijati.

Na razvoju ovih elemenata može se raditi u razredu, manjoj učeničkoj skupini ili individualno, posebno kada je potrebno pomoći djetetu krhkog, narušenog samopoštovanja u ponovnom stjecanju i razvoju samopoštovanja što je složena i stručno zahtjevna zadaća.

Uz ovaj, do sada najcjelovitiji program razvoja samopoštovanja kod djece, u školama postoje čitave „zbirke kuharica“ s bezbrojnim radionicama od kojih mnoge ulaze u područje izgradnje zdravog samopoštovanja. Nužno je napraviti evaluaciju postojećih radionica, procijeniti koliko su uspješne u ostvarivanju ciljeva koje su istaknuli u planu realizacije, za koju su dob namijenjene, predložiti kada ih je najbolje primijeniti, jesu li pogodne za ponavljanje i na kraju mogu li dovesti do neželjenih nuspojava, tj. mogu li kod neke djece pokrenuti psihičke procese kojima voditelj radionice ne može upravljati. Za vrijeme rada u radionici ili iza njenog završetka poželjno je voditi bilješke o napredovanju svakog pojedinog učenika te o skupnoj dinamici u razrednoj zajednici. Također treba zabilježiti kada su i koje radionice odrađene s razredom, kako bi se buduće aktivnosti mogle kvalitetno planirati.

Osim rada s djecom na razini razredne zajednice, bitno je raditi i s **roditeljima** djelujući edukativno kroz roditeljske sastanke, predavanja, tribine, radionice. Izbor tema treba prilagoditi potrebama roditelja, ali bi svakako trebalo obuhvatiti teme kao što su: roditeljski stilovi, važnost utjecaja obiteljskih odnosa na psihosocijalni razvoj djeteta, komunikacija s djecom i adolescentima, pojavnosti ponašanja koje bi mogle biti znak za uzbunu glede narušavanja mentalnog zdravlja, mjesta i načini pružanja stručne pomoći djeci i mladima narušenog mentalnog zdravlja.

3.3.4. Učitelji

Biti učitelj plemenito je, lijepo i zahtjevno zanimanje. Kao i svi drugi ljudi i učitelji moraju biti spremni na cjeloživotno učenje i razvoj svojih stručnih i psihosocijalnih kompetencija. Zbog višestrukih uloga u svome poslu te intenzivnih socijalnih interakcijama s djecom, roditeljima i kolegama, posao im može biti visoko stresan što može rezultirati smanjenim samopouzdanjem i samopoštovanjem te sagorijevanjem na poslu. Sve to smanjuje kvalitetu rada s djecom i ponovno spiralno smanjuje samopoštovanje i pojačava stres...

Supervizija u školstvu postoji u tragovima, a mišljenja sam kako bi trebala biti obavezna i redovna, barem jednom u polugodištu. To bi poboljšalo dobrobit učitelja, ali i njihovih učenika.

3.3.5. Školski psiholozi

Uloga psihologa u školi ovisi o mnogim čimbenicima: broju škola koje pokriva, broju učenika, ekipiranosti stručne službe, očekivanjima radnog kolektiva, roditelja, razvijenošću drugih službi u lokalnoj zajednici, broju psihologa koji rade u tim službama itd. Bez obzira na sve navedene čimbenike bitno je da psiholog **dobro poznaje pravila timskog rada, da ih poštuje te da sustavno promiče timski rad s kolegama**. Timski pristup jača školu u preventivnim aktivnostima, ali i kvalitetu intervencije kada nešto krene „po zlu“.

Što je veći broj djece s kojom psiholog radi njegova je uloga sličnija radu kliničkog psihologa što zahtjeva opremljenost škole primjerenim psihološkim instrumentarijem i educiranost psihologa da ga koristi. Poželjno je da vlada barem osnovnim stupnjem nekih od psihoterapeutskih pravaca te osnovama sistemskog pristupa obiteljima. Ovo je posebno bitno u pronalaženju jakih strana učenika i njegovih roditelja te planiranja i provođenju rada s učenikom i njegovim roditeljima. Činjenica da su školski psiholozi u kontaktu s djetetom svakodnevno i u njegovom prirodnom okruženju daje dodatnu težinu njegovim stručnim opservacijama koje se mogu razmjenjivati s kolegama iz drugih sustava (zdravstvo, socijalna skrb) s ciljem sekundarne i tercijarne prevencije.

U literaturi se navodi da 10% učenika pokazuje neke od poteškoća u učenju i ponašanju do tog stupnja da je potreban kontinuirani individualizirani pristup u školovanju, a kada se tome doda i sve veći broj učenika koji su izloženi mnogobrojnim stresnim situacijama u svojoj životnoj okolini (smrt roditelja, razvodi, disfunkcionalne obitelji, zanemarivanje, zlostavljanje...) vidljivo je koliko su psiholozi u školama potrebni i koliko je bitno raditi na njihovoj stalnoj edukaciji, pa možda i postdiplomskoj specijalizaciji.

Literatura:

1. Berk, L. E. (2007.): Psihologija cjeloživotnog razvoja, Naklada Slap, Jastrebarsko
2. Čudina-Obradović, M., Obradović, J. (2006.): Psihologija braka i obitelji, Golden marketing-Tehnička knjiga, Zagreb
3. Gourney, P. (1988.): Self-Esteem in Children With Special Educational Needs, Routledge, London and New York
4. Juul, J. (1995.): Razgovori s obiteljima: perspektive i procesi, Alineja, Zagreb
5. Kiš-Glavaš, L., Fulgosi-Masnjak, R. (ur.) (2003.): Do prihvaćanja zajedno, integracija djece s posebnim potrebama, priručnik za učitelje, IDEM, Zagreb
6. Miljković, D., Rijavec, M. (1997.): Razgovori s zrcalom, psihologija samopouzdanja, IEP, Zagreb
7. Plummer, D. M (2009.): Kako pomoći djeci da izgrade samopoštovanje, priručnik s aktivnostima, Naklada Kosinj, Zagreb

8. Rijavec, M., Miljković, D. (2008.): Pozitivna psihologija, IEP, Zagreb
9. Vizek-Vidović, V. i dr. (2003.): Psihologija obrazovanja, IEP, Zagreb
10. Wenar, C. (2003.): Razvojna psihopatologija, od dojenačke dobi do adolescencije, Naklada Slap, Jastrebarsko
11. Zakon o odgoju i obrazovanju u osnovnoj i srednjoj školi, NN 27/08.

3.4. Uloga psihologa u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja na radnom mjestu

3.4.1. Uvod

Radeći, ljudi ostvaruju cijeli niz svojih želja i potreba, pri čemu financijski dobitak nije jedini, a često niti najvažniji razlog njihove radne aktivnosti. Razvoj osobnih sposobnosti i potencijala, potreba za postignućem i samopoštovanjem, želja za društvenim ugledom i socijalnim statusom, pripadanjem, prihvaćanjem, druženjem, sve su to motivirajući čimbenici za radne aktivnosti koje ljudi ostvaruju tijekom većeg dijela najproduktivnijeg razdoblja života. Bez obzira na položaj u kojem se radnik nalazi u procesu rada i organizaciji poslova, kvalitetno i stručno obavljen posao doprinijet će osobnoj i radnoj uspješnosti, a time i uspjehu tvrtke, društva ili organizacije. Pozitivna povezanost između zadovoljstva radnika i radne uspješnosti odavno je prepoznata te su menadžeri ljudskih potencijala skloni poduzimaju niza aktivnosti usmjerenih na povećanje zadovoljstva radnika.

Bilo je za očekivati da će ove temeljne spoznaje iz područja psihologije rada biti prepoznate i u **Zakonu o psihološkoj djelatnosti** (NN 47/03.). I zaista, u 2. se članku kao psihološke djelatnosti navode psihološki tretmani i savjetodavni rad, odnosno postupci namijenjeni zaštiti, održavanju i poboljšanju mentalnog zdravlja pojedinaca i skupina, te poboljšanju kvalitete života i rada, optimalnom iskorištavanju osobnih potencijala i poboljšanju skupne i organizacijske djelotvornosti. Prema tome, u domeni su rada psihologa upravo oni postupci kojima se štiti, održava i poboljšava mentalno zdravlje u cilju postizanja bolje profesionalne osobne i organizacijske djelotvornosti.

Temeljni akt kojim se u Republici Hrvatskoj uređuju radni odnosi je **Zakon o radu** (NN 149/09.) i prema njemu su obveze i prava poslodavca, kao temeljne obveze i prava iz radnog odnosa, sljedeće:

- određivanje mjesta i načina obavljanja rada poštujući pri tome prava i dostojanstvo radnika
- dužnost da se radniku osiguraju uvjeti za rad na siguran način koji neće ugroziti zdravlje radnika
- zabrana diskriminacije na području rada i radnih uvjeta, uključujući kriterije za odabir i uvjete pri zapošljavanju, napredovanju, profesionalnom usmjeravanju, stručnom osposobljavanju i usavršavanju te prekvalifikaciji
- dužnost zaštite dostojanstva radnika od nepoželjnog postupanja nadređenih, suradnika i osoba s kojima radnik dolazi u doticaj u obavljanju svojih poslova.

Iz navedenoga se može zaključiti da je intencija zakonodavca bila obvezati poslodavce, ali i radnike na načine postupanja kojima će se, prije i za vrijeme odvijanja radnih aktivnosti, voditi briga ne samo o zaštiti zdravlja radnika, nego i o zaštiti osobnog i profesionalnog integriteta. Važno je zaštititi i fizičko i mentalno zdravlje radnika od

moćućih štetnih utjecaja povezanih s uvjetima rada te radnom i socijalnom okolinom. Ove su zakonske odredbe u skladu sa smjernicama Europske unije, toćnije s **Direktivom o zdravlju i sigurnosti na radu**, prema kojoj je poslodavac dućan osigurati sigurnost i zdravlje radnika u svezi svih aspekata rada (Council directive 89/391/EEC).

3.4.2. Procjena zdravstvene sposobnosti za rad

Prije samog zapošćljavanja, odnosno prije sklapanja ugovora o radu između radnika i poslodavca, kao i pri odabiru kandidata za neko radno mjesto, tijekom razgovora, testiranja ili anketiranja, poslodavac smije zatraćiti od radnika samo one podatke koji su neposredno vezani uz radni odnos, a na pitanja koja nisu s tim u vezi, osoba ne mora odgovoriti. Poslodavac koji postupi suprotno, ćini teći prekrćaj. Prije sklapanja ugovora o radu ne postoji obveza utvrćivanja zdravstvene sposobnosti, iako poslodavac moće, ukoliko to ćeli, uputiti radnika na lijećnićki pregled. Mećutim, radnik je prije zapošćljavanja obavezan obavijestiti poslodavca o bolesti ili drugoj okolnosti koja ga onemogućuje ili bitno ometa u izvrćenju obveza iz ugovora o radu ili koja ugroćava ćivot ili zdravlje osoba s kojima radnik dolazi u dodir (ćl. 22. Zakona o radu).

Primjenu ove odredbe u praksi nije jednostavno realizirati jer bi većini motivacija za zaposlenjem bila jaći motiv od priznanja poslodavcu odrećene bolesti ili okolnosti koja moćda otećava obavljanje njegovog budućeg posla. Posebno pitanje odnosi se na moguću kontradiktornost između ove zakonske odredbe i **Zakona o suzbijanju diskriminacije** (NN 85/08.) kojim se osigurava zaćtita i promicanje jednakosti kao najviše vrednote ustavnog poretka Republike Hrvatske te se zabranjuje diskriminacija osoba na temelju dobi, zdravstvenog stanja, invaliditeta i genetskog naslićeća. U praksi se postavlja pitanje u kojoj je mjeri osoba s dućevnim smetnjama (dućevno bolesna osoba, osoba s dućevnim poremećajem, nedovoljno dućevno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba s drugim dućevnim smetnjama - definicije prema **Zakonu o zaćtiti osoba s dućevnim smetnjama**, NN 111/97.) sposobna imati realistićan uvid u svoje psihićko stanje i priopćiti ga poslodavcu. Koje su posljedice ukoliko to ne ućini jer nije svjesna svoga psihićkog stanja? Hoće li kasnije saznanje o dućevnim smetnjama imati posljedice za radni status? Ako je sadaćnje psihićko stanje zadovoljavajuće te je osoba dobro obiteljski i socijalno integrirana, ima li tada poslodavac opravdani razlog odbiti njezino zapošćljavanje? Moćemo postaviti pitanje koliko su poslodavci kompetentni za ovakvu procjenu. Samo saznanje o tome da je potencijalni kandidat za zaposlenje bio ovisnik ili se lijećio u psihijatrijskoj ustanovi, za većinu je poslodavaca dovoljan razlog da ga eliminira iz daljnjeg odabira potencijalnih kandidata za posao.

Radnu sposobnost moćemo definirati kao niz parcijalnih sposobnosti koje omogućuju radno funkcioniranje, pri ćemu su osnovne morfoloćka, funkcionalna i psihićka sposobnost za rad, a ocjena radne sposobnosti je procjena usklaćenosti zdravstvenog stanja radnika, njegovih fizićkih i psihićkih sposobnosti, sa zahtjevima poslova i radnih zadataka kao i s uvjetima rada i radne okoline (Ćapeta i sur., 1987.). Pri ocjeni radne

sposobnosti važno je voditi računa o zdravstvenom stanju, kao i o psihofizičkim karakteristikama i sposobnostima radnika, no isto tako i o zahtjevima i uvjetima procesa rada te uvjetima radne okoline (Pastuović Terze, 2008.). Iz navedenog proizlazi kako brigu o zaštiti mentalnog zdravlja na radnom mjestu treba započeti već u postupku profesionalnog usmjeravanja odnosno pri odabiru budućeg zanimanja, na način da se postigne usklađenost između psihofizičkih i zdravstvenih sposobnosti te osobina ličnosti i radne motivacije, sa zahtjevima budućeg zanimanja.

Kasnije, kod zapošljavanja, u postupku selekcije kandidata za radno mjesto, potrebno je procijeniti kognitivno, motivacijsko, emocionalno i socijalno funkcioniranje kandidata u odnosu na kriterije selekcije temeljene na analizi i opisu posla. Međutim, postupak psihološkog odabira ili selekcije kandidata za posao nije uvršten u Zakon o psihološkoj djelatnosti, a provođenje postupka odabira nije dio obveze poslodavca pri zapošljavanju radnika. Prema tome, već pri stupanju u „svijet rada“ nisu osigurani uvjeti niti za radnika niti za poslodavca kojima bi se moglo smanjiti buduće nezadovoljstvo radom zbog pogrešnih očekivanja te kognitivne, emocionalne i socijalne neusklađenosti, a istovremeno bi se moglo preventivno djelovati na pojavu stresnih i konfliktnih situacija na radnom mjestu, odnosno smanjiti vjerojatnost loše prilagođenosti na rad i radne uvjete.

U područjima profesionalnog usmjeravanja i odabira kandidata za posao, psihologija i psiholozi raspolažu postupcima i metodologijom procjene funkcioniranja ljudi koja nije dostupna drugim strukama. Mnogi poslodavci toga su svjesni i angažiraju psihologe kada žele odabrati odgovarajuće osobe za neki posao znajući kakvu cijenu za njihovo poslovanje može imati pogrešan odabir radnika. Činjenica je da psihološka selekcija nije zakonska obveza poslodavca te da izbor radnika u mnogim tvrtkama i organizacijama ovisi o nizu drugih čimbenika. U tom bi smislu bilo potrebno inicirati pokretanje izmjena i dopuna Zakona o psihološkoj djelatnosti na način da u popis djelatnosti koje obavljaju psiholozi uvrsti i postupak psihološke selekcije kandidata za radno mjesto.

3.4.3. Zdravstvena i psihička sposobnost kao posebni uvjeti rada

Pravilnik o poslovima na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog i redovnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti (NN 70/10.) određuje tri skupine takvih poslova. U prvoj su skupini poslovi koji su prema propisima zaštite zdravlja i sigurnosti na radu utvrđeni kao poslovi s posebnim uvjetima rada, a definirani su **Pravilnikom o poslovima s posebnim uvjetima rada** (NN 5/84.) te uključuju poslove kao što su: čuvanje ljudi i imovine vatrenim oružjem, teške fizičke poslove, poslove koji se obavljaju na visini većoj od tri metra, ronilačke poslove, montažu, održavanje i ispitivanje električnih postrojenja, rukovanje eksplozivom, poslove na kojima je veći dio radnog vremena radnik izložen fizikalnim ili kemijskim štetnostima te druge štetne, opasne ili naporene poslove. U drugoj su skupini poslovi na kojima prema drugim zakonima, propisima i kolektivnim ugovorima radnici mogu raditi samo nakon prethodnog i redovnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti (određeni poslovi u željezničkom, zračnom

i cestovnom prometu, zdravstvu, šumarstvu, građevinarstvu, industriji). Treću skupinu čine poslovi koji su prema propisima o mirovinskom osiguranju utvrđeni kao osobito teški i za zdravlje i radnu sposobnost štetni te se na njima staž osiguranja računa s povećanim trajanjem.

Provjera zdravstvene sposobnosti za rad obavlja se za sve tri skupine poslova prema različitim pravilnicima i kriterijima za procjenu zdravstvene sposobnosti. Ocjenu zdravstvene sposobnosti potpisuje liječnik specijalist medicine rada, a može glasiti: sposoban - privremeno nesposoban - nesposoban - nije se moglo utvrditi. Tek se iz obrasca Uvjerenja o zdravstvenoj sposobnosti, u dijelu koji određuje vrijeme idućeg pregleda (prilog Pravilniku, NN 70/10.), može uočiti da se osim zdravstvenog stanja provjeravaju i psihičke sposobnosti. Nije posebno istaknuto da se pod posebnim uvjetima rada podrazumijevaju posebni uvjeti koje radnici moraju ispunjavati ne samo u pogledu zdravstvenog stanja (a što uključuje zdravstveno, tjelesno i psihičko stanje), nego i u pogledu psihičkih sposobnosti (odnosno psihofizioloških i psihičkih sposobnosti). Posebni se uvjeti mogu odnositi i na dob, spol i stručnu sposobnost. Istim se Pravilnikom određuju poslovi za koje je potrebno prethodno i redovno utvrđivanje zdravstvene sposobnosti, određuje se obavljanje zdravstvenog pregleda od strane liječnika specijalista medicine rada, a sam pregled obavlja se prema doktrini i kriterijima medicine rada te obuhvaća ciljanu obradu organa i organskih sustava koji su posebno opterećeni radnim zahtjevima ili su potencijalno ugroženi radnim štetnostima.

Možemo zaključiti da postoji svojevrsno marginaliziranje postupka procjene psihičkog stanja i psihičkih sposobnosti kao i uloge psihologa pri tome. Psiholog je stručni suradnik liječniku specijalisti medicine rada, ali njihove uloge nisu ravnopravne. Ipak, u okviru nekih pravilnika, prije svega onih koji se odnose na drugu skupinu poslova, predviđen je i pregled od strane psihologa. Obvezu procjene psihičkih sposobnosti nalazimo, na primjer, kao „psihologijsko testiranje intelektualnih sposobnosti i osobnosti po indikaciji“, u pregledima predviđenima za vozače cestovnih vozila (Pravilnik o uvjetima ... za vozače, NN 92/05.).

U propisima koji se odnose na ovo područje često se ističe da preglede i druge poslove obavljaju doktori - specijalisti medicine rada. Psiholozi su samo psiholozi, od njih nitko ne traži, a niti očekuje da i oni mogu imati specijalizaciju. Treba istaknuti činjenicu da poslove medicine rada koordiniraju, razvijaju i unaprjeđuju državne institucije: Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za medicinu rada, Nacionalno vijeće za zaštitu na radu, ali naravno i kompletna zdravstvena infrastruktura uz Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. U sustavu u kojem psiholozi nisu zdravstveni radnici, ali nemaju ni neko drugo „svoje“ ministarstvo, nije realno očekivati da će oni sami, bez podrške institucija, izboriti bolji status. Potreba da se to učini sigurno postoji, tim više što i u postojećim propisima postoji niz poslova za čije su obavljanje kompetentni psiholozi, odnosno radi se o psihološkoj djelatnosti. Možda bi moguće rješenje bilo u pokretanju izrade i donošenja pravilnika u kojemu bi bili objedinjeni svi poslovi za

čije se obavljanje traži procjena psihičkih sposobnosti i psihičkog stanja te definirane kompetencije psihologa i standardi psihološke procjene.

3.4.4. Zaštita na radu i procjena opasnosti

Zaštita zdravlja na radu i sigurnost na radu regulirani su u Republici Hrvatskoj **Zakonom o zaštiti na radu** (NN 59/96., 94/96., 114/03., 100/04., 86/08., 75/09.), **Zakonom o zdravstvenoj zaštiti** (NN 121/03.) i **Zakonom o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu** (NN 85/06.) kojima se pobliže određuju uloge medicine rada i poslodavca u ovom području. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu osnovan je 2006. godine kojim poslodavac osigurava radnicima usluge medicine rada, ali i provodi tehničke mjere zaštite na radu. Obveza je svakog poslodavca koji zapošljava više od pedeset radnika izrada procjene opasnosti kojom se utvrđuju štetnosti, naponi i opasnosti kojima je radnik izložen, a sukladno rezultatima procjene, poduzimaju se i mjere za njihovo smanjivanje i otklanjanje. Ovo je područje uređeno i direktivom EZ 89/391/EEC prema kojoj poslodavac obvezno izrađuje procjenu opasnosti odnosno analizu rizika za oštećenje zdravlja radnika na pojedinim poslovima i radnim mjestima.

Postavke zaštite i sigurnosti na radu organizirane su prema smjernicama Europske unije i s njima su usklađeni postojeći zakoni. Poslodavac je taj koji je odgovoran za organizaciju i provedbu rada na siguran način, za smanjenje opasnosti, napora i štetnosti za radnike, za smanjenje vjerojatnosti pojave ozljeda na radu, profesionalnih bolesti ili bolesti povezanih s radom. Poslodavac je također odgovoran za štetu koju radnik pretrpi zbog ozljede na radu, profesionalne bolesti ili bolesti povezane s radom. Popis obveza koje poslodavci imaju u području zaštite i sigurnosti na radu obuhvaća niz različitih poslova, od procjene opasnosti radnih tvari koje koristi u proizvodnji, ispitivanja mikroklimu u radnim prostorijama, redovitog pregleda potencijalno opasnih uređaja i strojeva, zaštite od požara do organizacije pružanja prve pomoći.

U praksi se događa da je organizacija zaštite na radu veliko financijsko opterećenje za poslodavca, a pri tome je upitno postiže li se odgovarajuća zaštita radnika, odnosno je li obavljanje poslova postalo manje rizično. Odgovor na to pitanje vjerojatno bi bio poznat osiguravajućim društvima, s obzirom na to da su procjene rizičnosti temeljne za njihovo poslovanje. U slučaju osiguranja zaštite zdravlja radnika na radu postoji obavezno osiguranje koje se ostvaruje putem Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu. Mjere specifične zdravstvene zaštite koje Zavod osigurava, a provodi djelatnost medicine rada, uključuju: davanje savjeta o zdravlju, sigurnosti, organizaciji rada i zaštitnim sredstvima; stalnu skrb o boljoj prilagođenosti rada, uključujući vrijeme, način i uvjete rada; sudjelovanje u informiranju, stručnom osposobljavanju i obrazovanju iz zaštite zdravlja na radu, sigurnosti na radu i organizacije rada, ocjenjivanju uvjeta rada na pojedinom radnom mjestu radi zaštite radnika od ozljeda na radu i profesionalnih bolesti; sudjelovanje u mjerama profesionalne rehabilitacije radnika.

U zemljama Europske unije postoji tendencija smanjivanja broja obveznih zdravstvenih pregleda, a povećanja broja preventivnih aktivnosti na samom radnom mjestu. Uz specijaliste medicine rada u timove su uključeni i stručnjaci za zaštitu na radu, psiholozi, fizioterapeuti i drugi (Bogadi-Šare, 2007.). Uz ostale poslove, važnu ulogu ovi timovi imaju u analizi opasnosti, štetnosti i napora kojima su radnici izloženi, zaključivanju o povezanosti opasnosti na radu s nastankom ozljeda na radu te utvrđivanju povezanosti između štetnosti i napora s nastankom bolesti. Nakon izrade elaborata o procjeni rizika, potrebno je s rezultatima procjene upoznati poslodavca, radnike i sindikate te dogovoriti zajedničkim i multidisciplinarnim pristupom, daljnje oblike osnovnih i posebnih mjera zaštite na radu.

Iz navedenoga možemo zaključiti da izrada elaborata o procjeni opasnosti i rizika na radnom mjestu kao i dio poslova u specifičnoj zdravstvenoj zaštiti, zahtijevaju interdisciplinarni pristup. Međutim, ne postoji obveza da u provođenje tih poslova budu uključeni psiholozi, iako bi oni, s obzirom na kompetencije kojima raspolažu, trebali biti obvezni članovi timova za procjenu opasnosti na radnom mjestu.

3.4.5. Zaštita na radu - stres i psihofiziološko opterećenje

U postupcima procjene opasnosti na radnom mjestu, reguliranim Pravilnikom o izradi procjene opasnosti (NN 48/97.), u članku 7. navodi se potreba utvrđivanja psihofizioloških napora na radnom mjestu. S obzirom na to da neke metode koje se mogu primijeniti za izradu procjene opasnosti (AUVA, BG, OZEPA, SME, WKO, prema čl. 20. Pravilnika) daju važnost upravo procjeni psihofizioloških opterećenja na radnom mjestu, nedostaje detaljnija razrada ovog područja u samome Pravilniku. Analiza procjene opasnosti na radnom mjestu, na način na koji se provodi u našim uvjetima, vrlo malo ili nimalo ne uzima u obzir u svijetu već odavno prepoznate izvore stresa i psihofiziološkog opterećenja.

Američki Nacionalni institut za sigurnost i zdravlje na radu (NIOSH) razvio je model stresa na poslu (Hurrell, McLaney, 1988.) prema kojemu je stres na poslu rezultat interakcije između karakteristika radnika i karakteristika posla. Među čimbenicima koji su izvor stresa na poslu s jedne su strane čimbenici radne okoline, kao što su opasni ili neugodni fizikalni uvjeti rada, a s druge su to strane različiti organizacijski čimbenici. Kao izvori stresa identificirani su brojni psihosocijalni i organizacijski čimbenici: težina rada, brzina radnog ritma, smjenski rad, noćni rad, prekovremeni rad, poslovi koji se obavljaju rutinski, poslovi koji za radnika nemaju smisla, konflikt radnih uloga, prevelika odgovornost, loša komunikacija na poslu, neprikladan stil rukovođenja, nemogućnost organizacije slobodnog vremena zbog radnih obveza, loši međuljudski odnosi, nedostatak pomoći i podrške od strane suradnika i nadređenih radnika, nesigurnost zaposlenja, nemogućnost osobnog usavršavanja i napredovanja te u novije vrijeme nasilje i zlostavljanje na poslu. Akutne reakcije do kojih dolazi zbog izloženosti radnom stresu mogu biti psihološke (nezadovoljstvo, depresivne reakcije), fiziološke (psihosomatske smetnje i bolesti) i bihevioralne (nesreće na radu, ovisnosti, bolovanja). Dugotrajne posljedice koje

mogu nastati jesu različite bolesti vezane uz rad te poteškoće u socijalnom i životnom funkcioniranju.

Organizacijski stres proučavao je Sauter sa suradnicima (1999.) te identificirao čimbenike u radnoj okolini koji doprinose povećanju razine stresa: (1) oblikovanje radnih zadataka: težak rad, prekovremeni rad, rad u smjenama, nedostatan odmor tijekom rada, rutinski zadaci, zadaci koji nemaju smisla, zadaci u kojima se ne koriste radnikove vještine i sposobnosti; (2) stil upravljanja: nesudjelovanje u odlučivanju, slaba komunikacija u organizaciji, nedostatak prijateljske atmosfere na poslu; (3) međuljudski odnosi: nedostatak pomoći i podrške od strane suradnika i nadređenih, loši međuljudski odnosi; (4) radne uloge: nejasna očekivanja, sukob uloga, previše odgovornosti; (5) karijera: nesigurnost posla ili nedostatak mogućnosti za razvoj, napredovanje ili promociju, promjene u organizaciji za koje radnici nisu pripremljeni; (6) uvjeti radne okoline: neželjeni ili opasni uvjeti rada kao što su: rad u buci, nečistom prostoru, s loše ergonomski oblikovanim uređajima i strojevima.

I u ovom području nailazimo na situaciju gotovo potpunog zanemarivanja psihologije kao struke, unatoč njenom doprinosu koji je izuzetno značajan i na temelju čijih spoznaja su se posljednjih godina razvile i medicina rada i zaštita na radu. U svijetu je važnost psihologije prepoznata i ostvaruje se u institucionalnom okviru. Mišljenja smo da bi i u našim uvjetima osnivanje odnosno obnavljanje rada zavoda ili instituta čija djelatnost uključuje psihofiziologiju rada, doprinijelo poboljšanju stručne razine u obavljanju poslova iz sigurnosti i zaštite na radu. Također, bilo bi potrebno inicirati izmjene Zakona o zaštiti na radu na način da se, temeljem stručnih i znanstvenih spoznaja iz psihologije rada, tijekom izrade procjene opasnosti utvrđuju čimbenici u radnoj okolini koji produciraju stres, zatim, provedu mjere zaštite na radu kojima će se njihovo djelovanje smanjiti, organizira prikladna zaštita za radnike u slučaju da to nije moguće učiniti te da u navedenim postupcima sudjeluju (i) psiholozi.

3.4.6. Zaštita dostojanstva - uznemiravanje na radu

Kao što je u uvodu spomenuto, Zakon o radu kao temeljnu obvezu i pravo iz radnog odnosa navodi i dužnost zaštite dostojanstva radnika od nepoželjnog postupanja nadređenih, suradnika i osoba s kojima radnik dolazi u doticaj. Možemo pretpostaviti da se u ovim odrednicama nalazi i mogućnost zaštite psihičkog integriteta radnika te da će, s obzirom na to da se radi o području komunikacije i konfliktnih situacija, psiholozi ovdje imati zapaženu ulogu.

Odredbe **Zakona o suzbijanju diskriminacije** (čl. 3. st. 1. i čl. 1. st. 1.) utvrđuju uznemiravanje kao svako neželjeno ponašanje uzrokovano nekim od utvrđenih osnova za diskriminaciju (rasna ili etnička pripadnost, spol, vjera, imovinsko stanje, dob, obrazovanje, bračni status, društveni položaj itd.) koje ima za cilj ili stvarno predstavlja povredu dostojanstva osobe, a koje uzrokuje strah, neprijateljsko, ponižavajuće ili

uvrjedljivo okruženje. Spolno uznemiravanje definirano je u čl. 3. st. 2. istog Zakona kao svako verbalno, neverbalno ili fizičko neželjeno ponašanje spolne naravi koje ima za cilj ili stvarno predstavlja povredu dostojanstva osobe koje uzrokuje strah, neprijateljsko, ponižavajuće ili uvrjedljivo okruženje. Za spolno uznemiravanje nije potrebno utvrditi osnovu za diskriminaciju kao što je to predviđeno za uznemiravanje.

Hrvatskoj tek predstoji usklađivanje zakonske regulative iz područja rada i zaštite na radu sa smjernicama Europske unije, koje traže od poslodavca veću osjetljivost na probleme djelovanja radnog stresa, pa tako i uznemiravanja na radu. Radi toga je upravo sada vrijeme za uključivanje psihologa u područje zaštite dostojanstva radnika i sprječavanje uznemiravanja na radu pa i šire, u područje organizacijskog stresa i njegovog djelovanja, prije svega, na mentalno zdravlje radnika.

Potrebno je obratiti pozornost da je uznemiravanje na radu oblik nasilja koji uključuje interakciju nekoliko međusobno povezanih čimbenika. Prema interaktivnom modelu nasilja na radnom mjestu (Neuman, Baron, 1998., Chappell, DiMartino, 2000.), rizični čimbenici prisutni su na individualnom planu i kod počinitelja i kod žrtve nasilja. Kod počinitelja nasilja visoko rizični čimbenici su: povijest nasilnog ponašanja i mentalno zdravlje, dob i spol, prethodno iskustvo koje je osoba imala s nasiljem, neke osobine ličnosti, stavovi i očekivanja te neki situacijski čimbenici (na primjer dostupnost sredstava za činenje nasilja). Kod žrtve nasilja visoko rizični čimbenici su: izgled žrtve i njezino psihofizičko zdravlje, dob i spol, prethodno iskustvo s nasiljem, neke osobine ličnosti, stavovi i očekivanja te neki situacijski čimbenici (na primjer, izoliranost od ostalih radnika na radnom mjestu). Čimbenici rizika koji se odnose na radno mjesto mogu biti organizacijske prirode ili vezani uz prisutnost drugih osoba. Od organizacijskih rizika za pojavu nasilja nalazimo neprikladnu i lošu organizaciju rada, a rizičan može biti i stil upravljanja, agresivna, natjecateljska organizacijska klima, elementi organizacijske kulture kao što su velika kulturalna raznolikost ili nepravedan sustav nagrađivanja.

Temeljem prikazanog interaktivnog modela nasilja na radnom mjestu vidljivo je da psihologija ima značajnu ulogu u detektiranju rizičnih čimbenika za pojavu uznemiravanja na poslu, bilo da se radi o čimbenicima vezanim uz počinitelja, žrtvu ili radne uvjete. Naravno, i posljedice uznemiravanja na poslu jednim dijelom su u domeni rada psihologa, bilo da se radi o posljedicama za žrtvu (javljanje simptoma stresa i psihosomatskih bolesti, smanjenje radne sposobnosti, obiteljski i socijalni problemi, financijske poteškoće, u najtežim slučajevima moguć je i suicid) ili organizaciju (pad produktivnosti i kvalitete proizvoda ili usluga, izostanci s posla, fluktuacija radnika i financijski gubici). Načini uključivanja psihologa obuhvaćaju provedbu različitih mjera edukacije i savjetovanja u cilju prevencije povrede dostojanstva radnika, odnosno psihosocijalne pomoći, psihoterapije, savjetovanja i rehabilitacije za osobe koje su bile izložene uznemiravanju na radnom mjestu.

3.4.7. Zaključak

Prateći kroz zakonsku regulativu na koji su način psiholozi i psihologija uključeni u zaštitu i unaprjeđenje mentalnog zdravlja na radnom mjestu, dolazimo do zaključka da je ta uključenost trenutno nedovoljna. S izuzetkom sudjelovanja psihologa u procjeni psihičkog stanja i sposobnosti na poslovima s posebnim uvjetima rada, u kojima sudjeluju u timu s liječnicima specijalistima medicine rada, ne postoji zakonska obveza poslodavca da u provedbi drugih aktivnosti sudjeluju psiholozi. Aktivnosti u kojima bi mogli i trebali sudjelovati psiholozi odnose se na procjenu opasnosti, napora i štetnosti na radu, posebno onih vezanih uz psihofiziološke napore, zaštitu zdravlja i sigurnosti na radu, zaštitu dostojanstva radnika i suzbijanje diskriminacije na radu, te osiguranje radnih uvjeta sa što manje organizacijskog stresa. Kako smjernice Europske unije u području sigurnosti i zaštite na radu traže veći angažman poslodavca upravo u navedenim područjima, za pretpostaviti je da je područje zaštite mentalnog zdravlja na radnom mjestu perspektivno za psihologe te da će oni u budućnosti znatno više sudjelovati i dati svoj doprinos psihološkom djelatnosti. Kako bi se to i ostvarilo potrebno je da institucije, u čijoj je nadležnosti obavljanje psihološke djelatnosti, iniciraju donošenje zakonske regulative koja bi psiholozima omogućila ravnopravno sudjelovanje s drugim stručnjacima u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja na radnom mjestu.

Literatura:

1. Bogadi-Šare, A., Zavalić, M. (2007.): Zaštita zdravlja na radu u Republici Hrvatskoj - stanje i perspektive, Sigurnost, 49 (2), 83. - 89.
2. Chappell, D., DiMartino, V. (2000.): Violence at Work, International Labour Office, Geneve
3. Council Directive of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work (89/391/EEC), <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:en:HTML>
4. Čapeta, R. i dr. (1987.): Radna sposobnost i invalidnost, 1. - 4., Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, SIZ MIORH Zagreb, RO „Zrinski“, TIZ Čakovac
5. Hurrell, J. J., McLaney, M. (1988.): Exposure to job stress - a new psychometric instrument, Scan J. Work Environ Health, 14 (suppl 1), 27. - 29.
6. Neuman, J. H., Baron, R. A. (1998.): Workplace Violence and Workplace Aggression, Evidence Concerning Specific Forms, Potential Causes, and Preferred Targets, Journal of Management 24.
7. Pastuović Terze, I. (2009.): Procjena radne sposobnosti kod osoba izloženih dugotrajnom uznemiravanju na radnom mjestu (mobingu), u: Žarković Palijan, T., Kovačević, D. (ur.): Iz forenzične psihijatrije 3, Ceres d.o.o., ogranak Matice hrvatske Kutina i NPB "Dr. Ivan Barbot" Popovača

8. Pravilnik o izradi procjene opasnosti, NN 48/97., 114/02., 114/03., 126/03.
9. Pravilnik o poslovima na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog i redovnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti, NN 70/10.
10. Pravilnik o poslovima s posebnim uvjetima rada, NN 5/84.
11. Pravilnik o uvjetima za obavljanje zdravstvenih pregleda, vrsti i opsegu pregleda, načinu vođenja evidencije i medicinske dokumentacije vozača i kandidata za vozače, NN 92/05.
12. Sauter, S. i dr. (1999.): Stress at Work. <http://www.cdc.gov/Niosh/stresswk.html>.
13. Zakon o psihološkoj djelatnosti, NN 47/03.
14. Zakon o radu, NN 149/09.
15. Zakon o suzbijanju diskriminacije, NN 85/08.
16. Zakon o zaštiti na radu, NN 59/96., 94/96., 114/03., 100/04., 86/08., 75/09.
17. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, NN 111/97.
18. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 121/03.
19. Zakon o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu, NN 85/06.

3.5. Psihosocijalna podrška mentalnom zdravlju socijalno isključenim skupinama u sustavu socijalne skrbi; kako da se uključe

3.5.1. Uvod

Srž socijalne skrbi i zaštite čine psihosocijalne djelatnosti koje se temelje na pružanju pomoći za suzbijanje socijalne negativne obilježenosti, isključenosti i siromaštva, na osiguravanju integracije pojedinaca s društvom te djelatnosti s programima kojima se promiče i osigurava socijalna solidarnost i socijalna pravda. Strategije razrađene socijalnim programima i zakonskim odredbama obuhvaćaju nastojanja ulaska pojedinaca u društvo na produktivan način kako bi kroz samoaktualiziranje postigli svoju dobrobit i sebi bliskima te podigli razinu kvalitete života. Opisano se ostvaruje putem rješavanja problema unutar socijalnih sustava na razini pojedinaca i skupina uz redoviti rad na pojedinačnim, obiteljskim i društvenim resursima. Teškoće klijenata rješavaju se na najučinkovitiji i najhumaniji način i pristup vodeći se načelima zaštite ljudskih prava, intervencija u trenucima kada su pojedinci neproduktivni, u krizi i nepovoljnim situacijama ili nezadovoljavajućoj interakciji s okolinom.

U sustavu socijalne skrbi djeluju stručni kapaciteti koji su vokacijom, osobnim znanjima, vještinama, iskustvima i izobrazbom kompetentni te osobnim odlikama, interesom i motivacijom jaki i spremni na promptno djelovanje. Djelatnici u sustavu socijalne skrbi odgovorni su za pružanje neposrednih usluga korisnicima u ostvarivanju navedenih ciljeva, rješavanju socijalnih problema sa zadaćom zadovoljenja potreba korisnika, ali zalazeći u vrlo intimna i složena područja njihova funkcioniranja. Naime, klijenti - korisnici socijalnozaštitnih usluga osobe su nesposobne ili nedovoljno sposobne za postizanjem odgovarajuće i zadovoljavajuće razine kvalitete života. Nesposobni su samostalno rješavati životne nedaće ili situacije koje ih ugrožavaju, opterećeni su osobnim problemima i/ili problemima u obitelji, opterećeni su zdravstvenim problemima (psihičke ili tjelesne bolesti i hendikepi). Stari su i nemoćni, nezaposleni i siromašni, nezbrinuti, nezaštićeni, neuklopljeni, opterećeni marginalizacijom ili stigmatiziranjem zbog izoliranosti od društva i okoline te neprihvatanja. Zlostavljani su i žrtve nasilja, skloni asocijalnim i antisocijalnim oblicima ponašanja, osobe izvan obuhvata obiteljskih veza, radnih organizacije, zdravstvene zaštite.

U sklopu psihosocijalnog rada provodi se procjena sveobuhvatnih potreba korisnika i donose se važne odluke koje mogu utjecati na njihov daljnji život. Intervencije obuhvaćaju stambeno-materijalnu podršku, unaprjeđenje kvalitete života, razvoja potencijala svakog pojedinca, poduzimanje mjera za podršku pojedincima i obiteljima, razvoj disfunkcionalnih obitelji u funkcionalne i unaprjeđenje skrbi za potrebite. Metode rada kreću se u okvirima potreba i vrsta intervencija, a obuhvaćaju organiziranje, planiranje, praćenje, evaluaciju i primjenu niza sociopedagoških i psihosocijalnih metoda

u neposrednom radu s korisnicima kao što su uvjeravanje, osnaživanje, poučavanje, izravna neposredna materijalna pomoć, sprječavanje u slučajevima samougrožavanja ili ugrožavanja drugih.

Centar za socijalnu skrb se u zaštiti klijenata oslanja na niz propisa i pravnih akata (Zakon o socijalnoj skrbi, Obiteljski zakon, Zakon o sudovima za mladež, Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji, Kazneni zakon, Zakon o udomiteljstvu, Zakon o pravobraniteljici za djecu i niz drugih).

Socijalna skrb kroz nalaženje sustavnog i trajnog rješenja za klijente u stalnom je interaktivnom odnosu s društvom i nizom komponenata društva te se stalno unaprjeđuje. Unaprjeđivanje obilježava usmjeravanje prema aktualnostima pri čemu se sve veća pozornost pridaje napretku društva u smjerovima zaštite mentalnog zdravlja. Naime, korisnici usluga socijalne zaštite su potencijalno ugroženog ili već narušenog mentalnog zdravlja. Ulogu centara za socijalnu skrb valja promatrati kroz pružanje psihosocijalnih oblika pomoći stalnim nastojanjem glede ispunjavanja zadataka i ciljeva u osiguranju očuvanja mentalnog zdravlja klijenata.

3.5.2. Djelatnosti socijalne skrbi kroz prizmu zaštite mentalnog zdravlja

Psihosocijalna djelatnost prema svojem djelokrugu aktivnosti pozvana je aktivno sudjelovati u promicanju i stvaranju fizičke, psihičke i socijalne dobrobiti građana u osiguravanju osnovnih preduvjeta kao što su: stambena sigurnost, socijalna pravda, jednakost, obrazovanje, ekonomski i socijalni čimbenici kvalitete življenja. Također, i u osiguravanju psihičke dobrobiti i promicanja mentalnog zdravlja koje podrazumijeva mogućnost doprinosa zdravih kapaciteta pojedinaca zajednici i produktivnog uključenja u društvo kroz razvoj osobne i socijalne kompetentnosti.

Postoji niz interventnih aktivnosti koje neposredno služe tretmanu stanja socijalne potrebe pojedinaca i obitelji te za prevenciju, ublažavanje i saniranje problema mentalnog zdravlja koji znače nisku kvalitetu života, disfunkcionalnost, nemogućnost nošenja s raznim životnim situacijama:

- centar za socijalnu skrb pruža materijalno-stambenu pomoć za **podmirenje osnovnih životnih potreba** osobama koje svojim radom ili prihodima imovine to ne mogu ostvariti (kroz stalnu ili jednokratnu novčanu pomoć)
- osobe koje zbog **težih promjena u zdravstvenom stanju** i zbog tjelesnog ili mentalnog oštećenja ne mogu brinuti o sebi, podliježu tretmanu kroz pružanje pomoći njege u kući, organiziranjem prehrane, obavljanjem kućanskih poslova, održavanjem osobne higijene, raznim oblicima financijske pomoći zbog nesposobnosti samostalnog privređivanja
- **skrb izvan vlastite obitelji odraslim** osobama (nemoćnima, starima, bolesnima, siromašnima)

- prevencija, otkrivanje i suzbijanje poremećene **roditeljske skrbi**, savjetovanje za probleme braka, obitelji i odgoja djece; priprema obitelji za potpuno preuzimanje odgojne funkcije; pomoć obiteljima za samostalnim i kvalitetnim funkcioniranjem, intervencije u slučajevima kumulacije stresora u obitelji i negativnih stanja, prepoznavanje rizika unutar obitelji
- sudjelovanje u postupcima zaštite osobnih interesa djece koja žive u uvjetima gdje postoji opasnost da postanu žrtve neodgovornog ponašanja odraslih te poduzimanje mjera ukoliko su **prava djece ugrožena ili se krše**; zbrinjavanje djece bez roditelja, zbrinjavanje zanemarene i zlostavljane djece, djece u obiteljima narušenih odnosa, djece koja žive u višestruko problematičnim obiteljima ili pak zbog objektivnih okolnosti roditelji ne mogu brinuti o njima. Pri intervencijama u odnosu roditelj - dijete, u cilju smanjivanja rizika za dijete, uzima se u obzir i poštuje princip postupnosti ravnotežom između mjera obiteljsko-pravne zaštite u kojima se pruža pomoć i podrška u samoj obitelji (primjerice primjena mjere upozorenja roditeljima na nedostatke u odgoju ili mjera nadzora nad izvršavanjem roditeljske skrbi) i izvanobiteljske mjere zaštite. Pružanje psihosocijalne podrške djeci u cilju jačanja prilagodbe, pravilnog razvoja, prilagođenog funkcioniranja, otvorenosti u interakciji s vršnjacima, pružanje podrške u životnim promjenama
- **skrb izvan vlastite obitelji djeci** kada su njihovi interesi i pravilan razvoj ugroženi; usporedno provođenje intervencija u obitelji u cilju djetetova povratka
- posebna se briga posvećuje i djeci čiji roditelji pokreću **brakorazvod**: uloga je stručnjaka donošenje odluka u funkciji najboljeg interesa djeteta - njegovog harmoničnog i zdravog razvoja: odlučivanje o povjeravanju djeteta, o dinamici susreta s roditeljem s kojim dijete ne živi. Tijekom postupka potrebno je pružati pomoć djeci kod osjećaja pritiska od strane roditelja, pomoć u nošenju s novonastalom situacijom, s nizom stresova koje nosi brakorazvod roditelja i suočavanju s nizom emocionalnih reakcija
- provođenje potrebnih postupaka u sklopu **posvojenja** kao najboljeg vida zbrinjavanja djeteta najkompetentniji je oblik zaštite djece koja su se stjecajem okolnosti našla bez roditeljske ljubavi. Posvojiteljstvom se promiče i poseban oblik ljudskog dobra - roditeljstvo, jer se posvojenje promatra kao jedan od načina planiranja obitelji. Cilj je posvojenja osigurati djetetu prirodnu sredinu za kompletan zdrav razvoj i oblikovanje njegove osobnosti što osiguravaju posvojitelji svojim emocionalnim bogatstvom
- provođenje postupaka zaštite i tretmana djece i mladeži s **poremećajem u ponašanju**: provođenje rano interventnih programa namijenjenih djeci koja odrastaju u rizičnim uvjetima; provođenje aktivnosti kojima je cilj modificiranje ponašanja (savjetovanja, treninzi socijalnih vještina, škole za roditelje...); promicanje zdravog stila života u obitelji (svrhovito i organizirano provođenje slobodnog vremena, nepušenje...); edukacija djelatnika škola o prepoznavanju ranih znakova problema mentalnog zdravlja djece; poduzimanje socijalnozaštitnih mjera prema djetetu; kod mladih počinitelja kaznenih ili prekršajnih djela izvršavanje odgojnih mjera određenih od strane suda, suradnja s pravosudnim organima

- posebna se briga posvećuje zlostavljanoj djeci te djeci koja su **žrtve obiteljskog nasilja**, također i odraslim žrtvama. Psihosocijalne su intervencije: unaprjeđenje socijalnog statusa žrtava stambenim zbrinjavanjem, osiguranjem novčane pomoći, zdravstvenom zaštitom, zbrinjavanjem djece, pomoći u uključivanje djece u odgojno-obrazovne ustanove, osiguranjem pravne pomoći. Djetetu/odrasloj žrtvi nastoji se omogućiti reuspostava osjećaja sigurnosti i samopoštovanja pružanjem psihičke potpore, uključenjem u savjetodavni rad; osiguranje da kazneni postupci ne rezultiraju sekundarnom viktimizacijom žrtve; priprema žrtava koje kao svjedoci sudjeluju u obavijesnim razgovorima, na policiji, u sudskim postupcima; provođenje aktivnosti senzibilizacije javnosti o štetnosti i neprihvatljivosti nasilničkog ponašanja u obitelji (mediji, promidžbeni materijali, tribine). Zaštitne se mjere pružaju **djeci na čiju štetu je počinjeno kazneno djelo**: pružanje odgovarajuće pomoći shodno rezultatima procjene i temeljitog ispitivanja stanja i situacionih čimbenika, procjena potrebitosti drugih tretmana
- posebna se briga posvećuje **tjelesno ili mentalno oštećenoj djeci**. Psihosocijalna se intervencija, prema individualnim potrebama, sastoji u pomoći pri uključivanju u rehabilitacijske ili stimulacijske postupke, pružanjem materijalne pomoći, priznavanjem prava roditeljima kojima se olakšava zbrinjavanje djeteta, usporedno se provode rane intervencije u obitelji u obliku rada s roditeljima potporom, savjetovanjem (praktičnim i psihološkim), međusobnim povezivanjem roditelja sa sličnim problemima, potporom i savjetovanjem djece i mladih s razvojnim ili zdravstvenim teškoćama; ranog otkrivanja depresije i drugih poremećaja raspoloženja
- rad s **udomiteljskim** obiteljima: promicanje razvoja udomiteljstva, postupak edukacije i osposobljavanja, donošenje procjene o ispunjavanju propisanih uvjeta i podobnosti udomitelja, nadzor nad kvalitetom skrbi u udomiteljskim obiteljima, pomoć i podrška udomiteljima u prevladavanju svakodnevnih teškoća u brizi o korisnicima
- u psihosocijalnoj zaštiti **starijih** nemoćnih i bolesnih osoba potrebno je prepoznati rizične čimbenike poput samačkog življenja, ekonomskih poteškoća, bolesti, nepokretnosti, nedostatka socijalne potpore, funkcionalne onesposobljenosti, nesamostalnosti. Unaprjeđenje zaštite zdravlja starijih osoba provodi se povezivanjem s patronažom, pružanjem pomoći i njege u kući (organiziranjem prehrane i obavljanjem kućanskih poslova, održavanjem osobne higijene korisnika, zadovoljenje zdravstvenih potreba i sl.) što u konačnici dovodi do kvalitetnijeg i neovisnijeg načina života starijeg pučanstva. Unaprjeđenje zaštite zdravlja postiže se također poticanjem u sudjelovanju u volonterskim programima i aktivnostima, poticanjem na uključenost u hobije u cilju osiguravanja mogućnosti samoiskazivanja i realiziranja zanimljivih socijalnih interakcija, suportivnim razgovorima s ciljevima: razumijevanja patnje, poticanja osjećaja nade te prema potrebi - skrb izvan vlastite obitelji
- zaštita, briga i pomaganje onima koji to nisu u stanju činiti sami za sebe: kod mentalno oštećenih ili psihički bolesnih osoba, ovisnika o opojnim sredstvima, kod senilnih osoba, osoba koje nisu sposobne brinuti o osobnim potrebama i interesima ili pak ugrožavaju prava i interese drugih osoba psihosocijalna se pomoć

uključuje kroz institut **skrbništva**: zaštita zbrinjavanjem i liječenjem, interveniranje u smjeru zadovoljenja elementarnih potreba korisnika kao i zadovoljenja kulturnih i socijalnih potreba, zaštita imovinskih prava i interesa, promoviranje podrške u lokalnoj zajednici, programi usmjereni na redukcije stigmatiziranja. Osobito je važno pružanje psihosocijalne pomoći psihički bolesnim osobama i članovima njihovih obitelji. Ciljevi koji se nastoje postići jesu poboljšanje obiteljskoga ozračja, unaprjeđenje kvalitete življenja obitelji psihičkih bolesnika uz suradnju s nizom udruga, institucija i stručnjaka. Bolesniku omogućiti zadovoljenje potrebe da što više dozna o svojoj bolesti i stanju, svojim mogućnostima i o svojim pravima. Važno je stvaranje terapijskog saveza s obitelji, rasprave o bolesti, prioritetima, zadacima kao i usmjeravanje aktivnosti stručnjaka prema cjelokupnoj zajednici za što boljim razumijevanjem psihičkih bolesti i načinima ophođenja prema bolesniku

- zaštita kod **skrbništva maloljetne osobe**. Kada treba zaštititi maloljetnika bez roditeljske skrbi, cilj je skrbništva maloljetnim štićenicima nadomjesti roditeljsku skrb. Skrbnik maloljetnog štićenika dužan je savjesno se brinuti o djetetovim pravima i dobrobiti, potrebno je poduzimati sve važne postupke vezane za skrb djeteta, osobito u pogledu zdravlja, obrazovanja, pravilnog odgoja i zdravog psihosocijalnog razvoja
- poticanje, organiziranje i provođenje aktivnosti sa svrhom sprječavanja i suzbijanja socijalnih, obiteljskih i osobnih problema, a u slučaju potrebe i mobiliziranje snaga lokalne zajednice u cilju zaštite klijenata.

3.5.3. Psiholog u zaštiti mentalnog zdravlja u sustavu socijalne skrbi

Zadace psihologa u socijalnoj skrbi usko su vezane uz propise u toj djelatnosti. Obzirom na ovlasti svojstvene socijalnoj skrbi, uloge i odgovornosti psihologa određene su na specifičan način te se od psihologa očekuje: (1) vrlo široka znanja, iskustva i vještine zbog raznolikih i visoko specijaliziranih intervencija; (2) obavezan rad i kada u drugim službama i institucijama nema indikacija za tretman.

Klijenti koji se susreću u psihosocijalnoj djelatnosti poglavito su osobe koje su se našle u stresnim i kriznim životnim situacijama u kojima se mnogi teško snalaze. Radi se o osobama društveno i osobno neprihvatljivog ponašanja, stavova, emocija, interpersonalnih međuodnosa ili o osobama društveno disfunkcionalnima koje su se radi niza negativnih okolnosti (zbog bolesti, izloženosti nasilju...) našle u nepovoljnoj poziciji. Psihologijsko je djelovanje usmjereno na poticanje ljudi da mobiliziraju osobne snage, snađu se u raznim kriznim situacijama i nevoljama koje su vezane uz svakodnevne životne situacije.

Raspon poslova psihologa u socijalnoj skrbi vrlo je širok. Podrazumijeva, već prema tehničkim mogućnostima ustanove i prema kreativnosti i preferencijama samoga psihologa, provođenje niza aktivnosti za pomoć u prevladavanju viševrsnih problema. Psiholog se unutar konteksta socijalnozaštitnog djelovanja usredotočava na planiranje budućeg života klijenta: na pripreme za nadolazeće nedaće, učenje kako se s istima nositi

potičući ga na samouključenje u rješavanju osobnih i budućih pretpostavljenih životnih nedaća postavljajući uvjete za usvajanje obrazaca učinkovitog suočavanja s krizama.

Psiholog pruža usluge unutar provođenja postupaka u širokoj domeni psihosocijalnog rada u određenom razdoblju psihičke i životne neravnoteže koja je nastala kada je pojedinac suočen s disharmoničnim okolnostima. Svojim intervencijama nastoji smanjiti rizične čimbenike za razvoj mentalnih poremećaja, pružati usluge prevencije pri narušavanju mentalnog zdravlja i poboljšanju društvenog funkcioniranja ljudi s mentalnim poremećajima. Navedeno se nastoji pružiti kroz primjenu različitih metoda i tehnika.

U primjeni postupaka i djelokruga rada psihologa pripada stalno prisutna **psihodijagnostika** kojoj je cilj rano otkrivanje znakova narušenog mentalnog zdravlja, procjena poteškoća, osobina, uzroka disfunkcionalnosti i općih mogućnosti klijenta što je ključno za određivanje vrste tretmana. Primjena postupaka prilagođava se osobi, problemu, kontekstu psihosocijalne pomoći i oblika prava iz djelokruga socijalne skrbi. Psihodiagnostičkom postupku prethodi uvid u postojeću dokumentaciju gdje se saznaje o životu i osobinama osobe, dotadašnjim zabilježenim nedaćama, o prijašnjim intervencijama.

U kreiranju postupaka prema potrebama osoba ponaosob psiholog često pomaže kroz psihologijsko **savjetovanje** s ciljem postizanja osobne smirenosti, suglasja s okolinom, dobrog i pozitivnog mentalnog zdravlja te dostojne kvalitete življenja.

U kontekstu socijalno zaštitnog rada psiholog pridonosi u nizu područja rada:

3.5.3.1. Zaštita djece, braka, obitelji

U sklopu rada s obitelji provodi se savjetovanijski rad - s roditeljima, djecom i/ili cijelom obitelji koji se odvija temeljem procjene potrebe od strane drugih stručnjaka u centru za socijalnu skrb ili temeljem traženja samih članova obitelji ili u okvirima provođenja mjera iz domene obiteljsko-pravne zaštite djece. Pri tome se polazi od postavke da se zdravim socio-emocionalnim razvojem djeteta osigurava njegovo stjecanje povjerenja u okolni svijet što je temelj za razvoj zadovoljne i prilagođene osobe. Roditeljima se daju putokazi za kvalitetan odgoj, pružanje ispravnih emocionalnih, pedagoških i odgojnih poticaja, pružaju naputci i savjeti za zadovoljavanje elementarnih potreba djece te se naglašavaju odrednice skladnog braka i obiteljskog života. Roditelje se potiče da pružaju pozitivan model jer su djeca roditelja koji imaju teškoće mentalnog zdravlja podobna skupina za razvoj smetnji u mentalnom funkcioniranju. Unutar niza zakonom određenih intervencija provodi se opservacija obiteljske dinamike u prirodnoj sredini (odlaskom u kuću obitelji) s posebnim osvrtom na procjenu kvalitete komunikacije u obitelji, na međuodnose, na opažanje roditeljskih vještina. Pri tome je potrebno utvrditi problemna područja te shodno sa zaključenim izraditi plan rada.

- Psiholog sudjeluje u postupcima vezanim uz **brakorazvod** i u intervencijama vezanim za posljedice brakorazvoda
 - procjene kod donošenja odluke s kojim će roditeljem djeca živjeti, u svezi načina i vremena druženja djeteta s roditeljem s kojim ne živi, u postupku eventualnog izricanja zabrane neovlaštenog približavanja djetetu uzimajući u obzir niz elemenata o kojima se saznaje u razgovorima s roditeljima, djetetom, mogućim provođenjem psihodijagnostičkih postupaka nakon uvida u cjelokupnu situaciju, razmatranja, prikupljanja podataka od škole i drugih važnih institucija, po potrebi provedene psihodijagnostike
 - u radu s djecom: prihvaćanje gubitka jednog roditelja, gubitka svakodnevnih rutine, ponekad sredine, prijatelja, škole, rad na razvijanju povjerenja, osnaživanje u izgradnji odnosa, poticanju izražavanja emocija, učenje djeteta nositi se s teškoćama
 - u radu s razvedenim roditeljima: suočavanje s teškoćama u organizaciji života, podizanje razine samopoštovanja, suzbijanje osjećaja neuspjeha, pomoć u transformaciji osobne orijentacije od braka prema individualizmu, savjetovanje u tretiranju depresije, osjećaja srama, socijalne osuđenosti, straha od budućnosti i drugih disfunkcionalnih emocija.
- Kod **izricanja mjera obiteljsko pravne zaštite** psiholog sudjeluje u procjeni obiteljske situacije, procjeni roditelja i roditeljskih funkcija i stupnja ugroženosti nemoćnih članova obitelji. Na temelju procjene donosi se odluka o najpogodnijoj mjeri obzirom na utvrđeno uz prognozu, sudjelovanje u izradi programa za rad s obitelji.
- Sudjelovanje u procjeni maloljetnih osoba i osoba kojima je oduzeta poslovna sposobnost radi odlučivanja o **opravdanosti zaključenja braka**: procjena zrelosti stupanja u brak u funkciji prevencije negativnih pojava u obiteljskom i društvenom funkcioniranju.

U radu s djecom

- uključenost u projekte s djecom i intervencije koje proizlaze iz područja psihosocijalnog rada primjerice poticanje različitih vrsta postignuća (školskih, društvenih, sportskih...) i poticanje specijalnih vještina i talenata; pomoć u uspostavljanju ciljeva; u razvoju moralnog mišljenja; jačanje socijalne kompetencije; pružanje mogućnosti inicijative, poticanje kreativnosti; pomoć u razvoju samopoštovanja; rad na saniranju/ublažavanju niza psiholoških poremećaja: somatizacije, enureze i sl.; na saniranju smetnji ponašanja, teškoća učenja, sindroma nepažnja - hiperaktivnost; rad sa zanemarenom i zlostavljanom djecom.
- Ovisno o potrebama pojedinog djeteta postupci i rad kreiraju se i određuju individualno.
- U radu s **agresivnom djecom i djecom s poremećajem u ponašanju, sklonom vršnjačkom nasilju**: obilasci djece u vrtićima i školama, rad i razgovor s tamošnjim stručnim djelatnicima u cilju prevencije poremećaja u ponašanju i u cilju detekcije djece s PUP-om; suradnja sa zdravstvenim ustanovama kroz sudjelovanje u preventivnim i/ili interventnim programima; rad s djecom koja dolaze iz rizičnog obiteljskog i socijalnog okruženja

- oblici djelovanja: razvoj prosocijalnog mišljenja i poticanje prosocijalnog ponašanja i altruizma, usvajanje socijalnih vještina usklađenih s općeprihvaćenim društvenim normama, prihvaćanje različitosti, traženje alternativnih obrazaca reagiranja, naglašavanje moralnih normi, postupci relaksacije i drugo
- U radu s **maloljetnim delinkventima** - počiniteljima kaznenih ili prekršajnih djela:
 - izrada izvještaja, nalaza i mišljenja sudu i odvjetništvu: dijagnostičko utvrđivanje karakteristika ličnosti maloljetnika, procjena roditelja, obiteljske dinamike: opservacija na terenu, kontakti sa školom, zdravstvenim ustanovama, donošenje timskog prijedloga o primjeni najpogodnije odgojne mjere, zatim sudjelovanje u izradi plana i programa provođenja odgojnih mjera, nadziranje provođenja odgojne mjere, edukacija voditelja mjera
 - provođenje savjetodavnog rada s maloljetnikom i njegovom obitelji.
- U radu s djecom s **teškoćama učenja**: trening pozornosti i koncentracije, učenje metamemorijskim tehnikama i učinkovitim strategijama učenja, organiziranje učenja, usvajanje radnih navika i drugo.
- U radu s djecom **smanjenog samopouzdanja**: suzbijanje razvoja negativne slike o sebi, pomoć u stvaranju pozitivnog osjećaja o svojim sposobnostima i potencijalima, prevladavanje osjećaja manje vrijednosti, jačanje osobnog zadovoljstva, otklanjanje posljedica niskog samovrjednovanja i samopoštovanja (u poremećajima učenja, prehrane...).
- Rad s djecom kod kojih su evidentirane **somatizacije** zbog emocionalnih sukoba ili zbog napora vezanog za školu ili zbog obiteljskih ili drugih problema kod javljanja bolnih simptoma, povraćanja, primjena tehnika psihoterapija
- U radu s djecom s **emocionalnim teškoćama**: emocionalno opismenjavanje, izgrađivanje i jačanje samokontrole, pružanje mogućnosti za emocionalnu katarzu.
- U radu s djecom s **ADHD sindromom**: psihodijagnostika, tretman, savjetovanje, edukativno-suportivan rad s roditeljima i djelatnicima škole/vrtića, u suradnji sa zdravstvenim djelatnicima.
- Sudjelovanje, dijagnostički i savjetodavno, u postupcima koji se provode s djecom i mladima koji su **žrtve nasilja** i u postupcima koji se odnose na kaznena djela počinjena na štetu djece i mladeži (npr. žrtve bludnih radnji, i drugo).

U radu s adolescentima

- polazeći od činjenica da su u pozadini svih zbivanja i ponašanja adolescenata burna zbivanja u osobnosti da djeca postaju kritičnija, samostalnija i daju sve veću važnost vršnjacima, s oscilacijama u raspoloženju, kolebanjem između djetinjastog i odraslog ponašanja, s pretjeranom samouvjerenošću ili nesigurnošću, i s drugim ponašajnim manifestacijama i neznatno nerazumijevanje može pridonijeti neželjenom ponašanju te se poduzimaju razne rane intervencije koje pomažu u odrastanju i sprječavaju negativne pojave na ponašajnom, emocionalnom i mentalnom planu (psihosomatski poremećaji, psihotičke obrane i drugo). Intervencije u vidu:
 - pružanja podrške u donošenju odluka (ako su konstruktivne i nisu usmjerene protiv osobnog interesa)
 - poticanja na sigurno izražavanje osobnosti i nezavisnosti

- stjecanja povjerenja u ljude
- korigiranja neprihvatljivog ili disfunkcionalnog sustava vrijednosti
- pomoći u organiziranju slobodnog vremena
- odabira poželjnog objekta identifikacije
- usvajanja prihvatljivih stavova.

Osobita se pozornost posvećuje mladima s **pokušajima suicida**:

- strukturirani ili neformalni razgovori, postupci preispitivanja mogućnosti poduzimanja, osvješćivanje alternativnih načina interpretacija situacija, potraga za osobnim gratifikacijama.
- Rad s mladima **sklonima eksperimentiranju sa sredstvima ovisnosti**:
 - usmjeravanje na pozitivne aktivnosti i pozitivne načine afirmiranja, razvijanje samopouzdanja i samokontrole, odupiranje negativnom vršnjačkom utjecaju, educiranje i osvještavanje o štetnim utjecajima sredstava ovisnosti.

Rad s obiteljima kod kojih se evidentira nasilje

- psihodijagnostika, savjetodavni rad, suportivni razgovori sa žrtvama nasilja
- uvid u dinamiku nasilja u obitelji: traženje opcija za smanjenje konflikata, učenje komunikacijskih vještina, učenje novih, adaptiranih obrazaca ponašanja i korekcija nepoželjnih i nefunkcionalnih oblika ponašanja, uspostava kontrole reagiranja u različitim životnim situacijama, usmjeravanje poriva i energije sa socijalno neprihvatljivih na socijalno prihvatljive akcije
- suradnja s drugim službama u zajednici
- u radu s djecom žrtvama zlostavljanja intervencije se sastoje u pomoći djetetu da razumije situaciju i pomoć u prihvaćanju nove situacije, vraćanju osjećaja prihvaćenosti, sigurnosti i povjerenja, dopuštanju izražavanja onih emocija koje se ne uklapaju u stereotipna očekivanja, nastojanju da dijete uspostavi optimizam, prevladavanju stresova na zdrav način i jačanju frustracione tolerancije
- psiholog sudjeluje u timskoj odluci o primjeni prikladne mjere obiteljsko-pravne zaštite djece uz sudjelovanje u izradi programa za rad s obitelji i u provođenju mjere uz evaluaciju.

U postupcima posvojenja

- procjena potencijalnih posvojitelja kroz intervju, psihodijagnostičku procjenu ličnosti, procjenu ponašanja i partnerskih odnosa, procjenu odnosa sa širim socijalnim okruženjem, motiva i poticajnih razloga
- savjetodavni rad s potencijalnim posvojiteljima s pomagačkim i podržavajućim aspektom rada - usmjeravanje na pozitivno obiteljsko funkcioniranje, priprema na dolazak djeteta
- procjena razvojnog stupnja i psihodijagnostičko utvrđivanje odlika osobnosti djeteta u sklopu postupka posvojenja, uvažavajući sredinu iz koje se dijete integrira te vrijeme kad se izdvaja iz te okoline, procjena je li posvojenje u interesu djeteta, priprema djeteta na posvojenje i susret s potencijalnim posvojiteljima, a ukoliko dob djeteta to dopušta, savjetodavni rad imajući na umu teškoće formiranja identiteta

te nastojeći da dijete integrira prošla iskustva u sadašnju sredinu čime olakšava svoj daljnji napredak i razvoj

- sudjelovanje u radu tima prilikom izbora posvojitelja za konkretno dijete, procjena komplementarnosti potreba djeteta i karakteristika posvojiteljskog para, sudjelovanje u međusobnom susretu i tijekom prihvatanja djeteta u obitelj.

3.5.3.2. Skrbništvo

- psiholog procjenjuje potrebu pokretanja postupka lišavanja osobe poslovne sposobnosti temeljeno na ukupnoj psihodijagnostičkoj eksploraciji osobe
- provodi se procjena potencijalnih skrbnika - posjeduje li osoba (potencijalni skrbnik) socijalno odgovarajuće navike i stavove, osobine i sposobnosti potrebne za preuzimanje takve dužnosti, praćenje obavljanja skrbničke dužnosti
- savjetodavni tretman s osobama pod skrbništvom prema potrebi za određenog štićenika, a u cilju društvene integracije, poticanja na produktivno i svrhovito uključanje u društvo, sprječavanje razvoja neprihvatljivog ponašanja, postavljanje ciljeva, njegujući optimizam i potičući samoučinkovitost.

3.5.3.3. U sklopu opće socijalne skrbi

Psiholog se angažira u više područja:

- Procjena korisnika socijalne skrbi i njihovih potreba te sudjelovanje u timskom odlučivanju o poduzimanju odgovarajuće psihosocijalne intervencije
- Rad s **udomiteljskim** obiteljima: procjena potencijalnih udomiteljskih obitelji (intervju, procjena ličnosti, motivacije, obiteljskih odnosa, izrada nalaza i mišljenja, sudjelovanje u timskoj procjeni), sudjelovanje u edukacijama i osposobljavanjima udomitelja obzirom na vrste korisnika i uočene potrebe, praćenje postojećih udomitelja i procjena kvalitete zbrinjavanja smještenih osoba, savjetodavni rad s udomiteljskim obiteljima i s korisnicima - neposredan individualni rad s korisnicima smještaja, pružanje pomoći pri adaptaciji na obitelj i novu sredinu
- Poduzimanje akcija za promicanje pozitivnih stavova o **starenju** zalažući se protiv negativnih stereotipa. Iznimno je važno prepoznati specifične aspekte u životu starijih osoba te pravovremeno i primjereno intervenirati pružanjem usluga
 - prepoznavanje rizičnih čimbenika za zlostavljanje starijih osoba, sudjelovanje u programima prevencije zlostavljanja
 - sudjelovanje u programima unutar lokalnih zajednica vezano za učinkovito upravljanje životnim promjenama, uspješno nošenje sa zdravstvenim tegobama
 - promicanje tjelesnog zdravlja i time psihičke dobrobiti.

3.5.3.4. Zaštita djece koja su tjelesno i/ili mentalno oštećena

Potrebno je poznavanje doživljaja i značenja koja djeca i odrasli pridaju bolestima (npr. djeca predškolske dobi bolest doživljavaju na konkretnoj razini smatrajući da će ozdraviti ako slijede niz pravila, u kasnijoj školskoj dobi razumiju mehanizme bolesti). Potrebno je razumjeti i uvažavati reakcije bolesne djece (od razdražljivosti, smanjenog interesa za okolinu, regresivna ponašanja, socijalna izolacija...) te njihovih roditelja (šok, tjeskoba, odbijanje...). Poznavati specifičnosti u funkcioniranju mentalno ograničene djece.

- Poduzimaju se intervencije u smjeru **rada s roditeljima**:
 - kako kod djeteta održati osjećaj kompetentnosti, očuvati djetetov zdravo emocionalni razvoj pružanjem emocionalne potpore
 - prilagođavanje na djetetovu bolest, sprječavanje eventualne prezaštićenosti koje otežava psihosocijalnu prilagodbu djeteta, odnosno zanemarivanje
- Rad s **djetetom predškolske dobi**: podrška roditeljima, jačanje veze roditelj - dijete;
- Rad sa **školskim djetetom**: jačanje socijalne sigurnosti zbog eventualne izolacije, nošenje s nepovoljnim emocijama, podrška u samostalnosti i potpora da se uključi u samozbrinjavanje
- U doba **puberteta**: rad na jačanju samopoštovanja, nošenje s nepovoljnim emocijama, primjerene reakcije odraslih na očaj i na proteste te pomoć u prihvatanju stanja
- Rad s djecom **nakon hospitalizacije** kada su česti nemiri, smetnje spavanja, poremećaji prehrane i održavanja higijenskih navika, smetnje ponašanja (prkos, napadi bijesa, nedruštvenost), psihosomatski poremećaji (povraćanje, glavobolje, bolovi...), govorne smetnje (mucanje, tepanje)
- Pružanje pomoći u provođenju razvojne stimulacije i rehabilitacije djece s posebnim potrebama.

Ukupno u cilju zaštite mentalnog zdravlja pojedinaca, postupci koji su u okvirima socijalnozaštitnih intervencija i djelokruga, psiholog je kroz nizove postupaka orijentiran na ostvarenje osobne psihičke i socijalne dobrobiti, na pobuđivanje svojih potencijala za suočavanje s nepovoljnim situacijama i krizama kako bi se osobe učinkovito nosile sa stanjima ugroženosti i dosegle zadovoljan psihički status i socijalno kvalitetan način života.

3.5.4. Uloga psihologa u međusektorskoj suradnji na području psihosocijalne skrbi o mentalnom zdravlju

Ovlasti centara za socijalnu skrb u svezi rješavanja problema klijenata čije funkcioniranje odudara od optimalnog i profesionalne aktivnosti u socijalnoj skrbi isprepliću se s mnogo institucija i profesija i ostvaruju se u cijeloj mreži sektora uključujući međuodnose različitih struka i stručnjaka. Dakle, u kreiranju i provođenju postupaka sa svrhom zaštite pojedinaca i skupina (obitelji) pogođenih problemima neophodan je multidisciplinarni pristup. U suradnju se uključuju brojni stručnjaci raznih profila - liječnici, prosvjetni

djelatnici, pedagozi, djelatnici policije i pravosuđa. Suradjuju i institucije i organizacije koje su aktivne u tom području - zdravstveni sektor, odgojno-obrazovne institucije, pravosudno-represivne (sudovi, policija, zatvori), službe zapošljavanja, udruge građana, predstavnici vjerskih institucija, organizirane lokalne zajednice (lokalne vlasti i civilna društva).

Međusektorska suradnja, u cilju sveobuhvatnije, kompletnije i kvalitetnije pomoći pri zaštiti pojedinaca i primjeni određenih prava, ostvaruje se:

- a) kroz partnerstvo u pojedinim projektima
- b) kroz stalnu međusuradnju temeljenu na osnovnim djelatnostima institucija pri čemu su precizno definirane odgovornosti i ovlasti u provedbi mjera i aktivnosti. Definirani su oblici, načini i sadržaji suradnje, precizno su definirani protokoli i postupanja što uključuje radne sastanke, korespondencije, dogovore, konzultacije, timsku potporu, međusobno informiranje, suradnju i podršku te evaluiranje.

U radu na rješavanju problema zahtijeva se puna participacija psihologa sa svim srodnim sustavima u smislu stručno-suradničkog osmišljavanja izlaza iz nevolja na razini pojedinaca ili obitelji.

- Psiholog u području zaštite djece i mladih ulazi u **škole** radi organiziranja savjetovanja pedagoga, organiziranja predavanja i tribina, detekcije djece koja su u riziku za razvoj poremećaja u ponašanju ili razvoj socio-emocionalnih smetnji, radi rada s djecom s poteškoćama učenja te razvoja socijalnih vještina. Višesektorsko uključivanje omogućava pružanje pomoći na više razina: psihosocijalni tretman podrazumijeva rad s matičnom sredinom iz koje dolazi dijete s problemima što pridonosi učinkovitosti rada na otklanjanju problema i na zaštiti djeteta u psihosocijalnom pogledu.
- Centar za socijalnu skrb je prema zakonskim odredbama dužan izvršavati posebne obveze - mjere koje sud izriče maloljetniku ili mlađem punoljetniku koji je počinio kazneno djelo ili prekršaj. „Uključivanje u savjetovalište“ odgojna je mjera u kojoj neposredno sudjeluje psiholog. Pri tome nužna je permanentna suradnja s pravosudnim tijelima. Ujedno je zadaća psihologa koncipiranje, organizacija i provođenje programa edukacije voditelja drugih odgojnih mjera (npr. pojačana briga i nadzor). Nadalje, u suradnji s **pravosudnim institucijama** zajednički se donose odluke o izricanju odgojne mjere.
- U pogledu rada s ovisnicima i bivšim ovisnicima o drogama psiholog sudjeluje u Projektu resocijalizacije ovisnika koji su završili neki od programa odvikavanja od ovisnosti i rehabilitacije u terapijskoj zajednici ili zatvorskom sustavu te ovisnika koji su u izvanbolničkom tretmanu i duže vrijeme stabilno održavaju apstinenciju i pridržavaju se propisanog načina liječenja. U projektu koji je osmislio Ured Vlade RH za suzbijanje zloupotrebe opojnih droga uključene su i druge institucije: **Zavod za zapošljavanje, obrazovne institucije, Službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, civilne udruge** te je nužna stalna povezanost s istima.
- Psiholog u sklopu rada s obiteljima u kojima se evidentira nasilje i **Povjerenstvo za provođenje psihosocijalnog tretmana počinitelja nasilja u obitelji** uključuju se u

provođenje Nacionalne strategije zaštite od nasilja u obitelji. Pored niza aktivnosti propisanih Strategijom, osobito je važna aktivnost osvještavanja i upozoravanja institucija o potrebi poštivanja zakonskih obveza radi sprječavanja pojave nasilja u obitelji te rad na senzibilizaciji javnosti o dotičnoj problematici. U neposrednom radu sa žrtvama nasilja krucijalna je uloga psihologa u saniranju negativnih emocionalnih stanja.

- Unutar djelatnosti **zdravstvenog sektora** detektiraju se osobe i obitelji u stanju socijalno zaštitne potrebe, primjerice zbog postojanja nasilja u obitelji, bolesti, emocionalnih smetnji, siromaštva, nemoći. Zbog mogućnosti pružanja sveobuhvatne pomoći pri ostvarivanju prava koja im stoje na raspolaganju iz mreže psihosocijalne pomoći, uključuje se psiholog sa specifičnim intervencijama iz domene socijalne skrbi. Rezultat niza psihosocijalnih intervencija kojima je cilj održavanje egzistencijalne sigurnosti, što je u domeni socijalnog radnika, te razvoja i očuvanja socijalne i emocionalne kompetencije i zaštite mentalnog zdravlja, što je domena psihologa, odražava se i na poboljšanje tjelesnog zdravlja.
- Psiholog u zaštiti osoba pod skrbništvom, u zaštiti starijih i psihički bolesnih osoba, surađuje sa **sudovima** u svezi provođenja postupaka lišavanja ili vraćanja poslovne sposobnosti osoba; sa **zdravstvenim ustanovama** u svezi liječenja ili tretmana navedenih osoba koje su često psihički bolesne ili ovisnici. Psihosocijalni programi usmjeravaju se na izgradnju društveno očekivanih adaptivnih vještina, na učenje emocionalno stabilnog i primjerenog reagiranja i usvajanje socijalne primjerenosti kako bi te osobe društvu činile što manji teret.
- Psiholog, u okviru zaštite djece s teškoćama u razvoju, surađuje s nizom **udruga kojima je cilj promicanje prava za tjelesno ili mentalno oštećene** osobe (Udruga za pomoć osobama s MR-om, Društvo distrofičara i invalida cerebralne i dječje paralize, Udruga za Down sindrom, Hrvatski savez tjelesnih invalida, Društvo multiple skleroze i druge srodne udruge). Psihosocijalne aktivnosti usmjerene su na podizanje razine samoučinkovitosti oštećenih osoba i na samoprihvatanje, kroz pružanje pomoći pri pronalaženju posla; pomoć pri uključivanju u rehabilitaciju u lokalnoj zajednici, suradnju s vrtićima, školama, osobnim asistentom u nastavi kako djeca ne bi morala koristiti pravo na skrb izvan svoje obitelji.
- Aktivnosti organizirane u **vjerskim zajednicama** u svezi pripreme parova za brak (sudjelovanje na zaručničkom tečaju) uključuju psihologa radi poduke o psihologiji bračnog para, o pravilima komunikacije u braku, o rješavanju konflikata, pružanju poticaja za partnerstvo radi osvještavanja o jedinstvu u različitosti i o međusobnom nadopunjavanju, radi poduke o odnosu prema svojim roditeljima i roditeljima partnera, o odgovornom roditeljstvu, o promicanju kulture obiteljskog života.
- Socijalni radnici i psiholozi u stalnim su međuodnosima sa socijalnim vijećem koje je ustrojeno u okviru **jedinica lokalne samouprave** u svezi mogućnosti pružanja adekvatne pomoći rizičnim skupinama stanovništva.

Prikazani su samo neki primjeri uključenosti psihologa unutar psihosocijalne zaštite osoba u nevolji ili devijantnog ponašanja u suradnji s nizom tijela, organizacija i udruga, u kompleksna rješavanja nedaća i sprječavanja razvoja težih nevolja. Evidentno kroz

intersektorski lanac realizacija intervencija postaje profesionalnija, učinkovitija i brža. Međusektorska je suradnja omogućena i olakšana širokim rasponom djelatnosti psihologa, primjenom niza teoretskih i praktičnih pristupa, poduzimanjem intervencija koje ciljaju na saniranje problema u različitim sustavima funkcioniranja čovjeka.

3.5.5. Zaključak

Evidentno je da u svim postupcima koji pripadaju spektru djelatnosti psihosocijalne zaštite građana značajnu ulogu imaju psiholozi jer nalažu permanentno angažiranje u akcijama za pružanje niza usluga kojima je zajedničko orijentiranje svijeta pojedinaca u socijalno prilagođenom i zdravstveno sadržajnom pravcu uklanjajući nevolju, sanirajući tegobe, pružajući podršku na emocionalnoj i socijalnoj razini, a sve u cilju očuvanja mentalnog zdravlja ili ranog otkrivanja narušavanja mentalnog zdravlja. Jačanjem uloge psihologa u provođenju svih postupka koji se nalaze u domeni centra za socijalnu skrb, čvrstim zauzimanjem pozicija širokoj javnosti i stručnim krugovima postaje jasna važnost psihološke struke u svim pitanjima koja se odnose na tjelesno i psihičko zdravlje ljudi te se sve više oslanjaju na psihološku struku.

Praktični problem s kojim se profesija susreće i svakodnevno tijekom rada uočava jest nedovoljan broj psihologa u odnosu na stvarne potrebe, zatim pristup edukacija koje treba usmjeriti na specifičnosti u domeni zaštite zdravlja građana te doedukacije koje bi se trebale baviti razvojem kompetencija u područjima zaštite mentalnog zdravlja radi usvajanja praktičnih i primjenjivih znanja. Na tragu toga, potrebno je istaknuti potrebu za općom i širokom dostupnošću psihologa svim građanima što podrazumijeva promjene u institucijama koje su nadležne za edukacije psihologa, promjene u nizu struktura i institucija kojima je primarna djelatnost zaštita mentalnog zdravlja građana, odnosno promjene u cjelokupnom sustavu odgovornom za zapošljavanje psihologa.

Literatura:

1. Petak, O. (2005.): Psiholozi u socijalnoj skrbi - kontekst u kojem djeluje psiholog, rad izložen na sjednici Hrvatske psihološke komore, Stručni razred u socijalnoj skrbi
2. Pravilnik o radu, unutarnjem ustroju i sistematizaciji poslova Centra za socijalnu skrb Čakovec, 2008. godine donesen od strane Upravnog vijeća Centra za socijalnu skrb Čakovec
3. Upute za kreiranje programa vježbeničkog staža psihologa u socijalnoj skrbi, 2006. godine date od strane Povjerenstva za psihologe vježbenike pri Hrvatskoj psihološkoj komori
4. Hrvatska udruga socijalnih radnika (2010.): Pitanja o socijalnom radu, vlastita naklada, HSUR

3.6. Izvanbolnički psihosocijalni tretman u ovisničkoj populaciji; kako pronaći svjetlo na kraju tunela

3.6.1. Uvod

U novije vrijeme sve su učestaliji i drugi oblici tzv. modernih ovisnosti od kojih su najznačajniji ovisnost o kockanju i ovisnost o internetu, međutim o raširenosti te problematike među djecom i mladima (i odraslima op. pr.) još uvijek nema egzatnih pokazatelja, a programi prevencije tih oblika ponašanja provode se u sklopu redovitih preventivnih programa, najviše kroz odgojno-obrazovni sustav i zdravstveni sustav (Nacionalni program prevencije ovisnosti za djecu i mlade, 2010., str. 7.).

Mentalno zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, psihičkog, duhovnog i socijalnog blagostanja, pri čemu pojedinac realizira svoje sposobnosti, uspješno se suočava s uobičajenim životnim stresovima i daje svoj doprinos razvoju zajednice. Mentalno zdravlje je preduvjet za optimalno funkcioniranje pojedinaca, obitelji, zajednica i društava i jedno je od osnovnih prava svake osobe te ključni resurs socijalnog i ekonomskog razvoja nacije (definicija mentalnog zdravlja).

Odrednica koncepta mentalnog zdravlja neophodna je posebno u radu novonastalih centara za mentalno zdravlje! Pitanje je klasično! Tko je danas prema prihvaćenoj odrednici mentalnog zdravlja zapravo zdrav?! Kako napraviti pomak prema idealiziranoj odrednici koncepta mentalnog zdravlja opće prihvaćenoj ne samo u medicini?

Prevencija, prema novim preporukama (iz 1994.) nazvana je kao univerzalna, selektivna i indicirana te zamjenjuje nazivlje koje mi još uvijek koristimo. Sama promjena nazivlja ne znači i povećanje kvalitete rada.

Ako je mentalno zdravlje preduvjet za optimalno funkcioniranje pojedinaca, obitelji, zajednica i društava, i jedno je od osnovnih prava svake osobe, ključni je resurs socijalnog i ekonomskog razvoja nacije.

Tko je odgovoran za mentalno zdravlje hrvatske djece, mladih i ostalih dobni skupina? Brojke koje se navode na razini svjetske populacije, ali i Hrvatske, poražavajuće su. Ovisnosti narušavaju kvalitetu života i kako se navodi predstavljaju **vodeći javno-zdravstveni problem u svijetu, s velikim psihološkim, ekonomskim i socijalnim posljedicama koje ugrožavaju pojedinca, obitelj i društvo u cjelini** (Preventivne su strategije ključne komponente promocije mentalnog zdravlja, kako u procesu liječenja, tako i u procesu rehabilitacije).

Sama promjena naziva Centar za liječenje ovisnosti (naziv je uopćen jer se centri ne zovu istim nazivima kao npr. **Dom zdravlja** - koji je jedinstven na području Hrvatske i ne dovodi u nedoumicu građane kao korisnike!) u Centar za mentalno zdravlje, ne znači ništa

posebno. Kakve se djelatnosti i usluge u njima provode, u čemu je razlika u odnosu na prijašnje centre za ovisnosti (koji su se najviše bavili liječenjem ovisnosti o psihoaktivnim drogama, a ne ovisnostima kao npr. alkoholizam, pušenju, patološkim kockanjem, ovisnosti o internetu, ovisnosti o video igricama, samo su neke od najizraženijih ovisnosti)?

Zanimljiva je i struktura profesija koja je zastupljena u centrima za ovisnosti. Iako se zavodi za javno zdravstvo prvenstveno bave zdravljem, nastalim preustrojem i pripajanjem centara za ovisnosti pod zavode za javno zdravstvo, sami su se zavodi počeli baviti djelatnošću koja im nije primarna - liječenjem!

3.6.2. Patološko kockanje

Predvodnica „novih ovisnosti“ **patološko kockanje** najprisutnija je u posljednjih nekoliko godina u Hrvatskoj preko medija ili povremeno na stručnim skupovima. Interdisciplinarni simpozij o patološkom kockanju održan u studenom 2007. godine u Virovitici trebao je označiti promjenu strategije liječenja patološkog kockanja u Hrvatskoj. Sjajan skup predvođen prim. Elvirom Koić ipak nije donio željene rezultate na navedenom području. Razmatrajući uzroke neprisutnosti stručnjaka koji bi se bavili liječenjem, ali i prevencijom patološkog kockanja, nameće se pitanje odgovornosti najviših razina zdravstvenih institucija u Hrvatskoj koje se (godinama) uporno oglašuju na prisutnu epidemiju patoloških kockara. Prema svjetskim podacima ovisnost o kockanju razvija od 1 do 3% stanovništva. Stručnjaci u Hrvatskoj koji se bave patološkim kockanjem već nekoliko godina upozoravaju na prisutnost 50.000 do 100.000 patoloških kockara te na oko čak 230.000 „pripravnika kockara“ kod kojih će se u narednim godinama razviti klinička slika u punini te će se pridružiti već postojećem broju patoloških kockara. Radikalni slučajevi ubojstava, razbojstava, očiglednih namještanja sportskih susreta, samoubojstava, propadanja cijelih obitelji još uvijek nisu dovoljni da bi se uspostavila mreža koja bi prihvaćala ovisnike o kockanju, ali i ovisnike o još uvijek egzotičnim oboljenjima!

Ilegalna ovisnost o psihoaktivnim drogama jedina je kojoj se posvećuje dostojna pozornost, uz već ranije ustrojenu mrežu klubova za liječenje ovisnika o alkoholu te posebnim odjelima u bolnicama. U Hrvatskoj trenutno postoji više od dvadeset, većih ili manjih, centara za liječenje ovisnosti o psihoaktivnim drogama. U njima se trenutno liječi oko 8.000 ovisnika, ponajviše ovisnim o opijatima. Preko pedeset udruga u Hrvatskoj isključivo se bave pružanjem različitih vidova pomoći osobama ovisnim o psihoaktivnim drogama, ali i prevencijom te savjetovanjem istih. Tu se uključuje i vrijedan rad s obiteljima, brojni programi po školama i slično.

Od sredine 90-ih godina postoji niz terapijskih zajednica. Trenutno se preko 20-ak „kuća“ bave liječenjem i resocijalizacijom ovisnika o drogama. One su organizirale brojne tribine o najrazličitijim područjima ovisnosti o drogama, pojedine izdaju časopise i knjige.

Obitelj ovisnika o psihoaktivnim drogama može se javiti u bilo koju opću bolnicu, zatražiti pomoć na psihijatrijskim odjelima, u psihijatrijskim bolnicama, a u većim gradovima može se birati i između više njih. Literatura je brojna i dostupna u najmanjoj knjižnici i knjižari.

Za razliku od obitelji ovisnika o psihoaktivnim drogama, ili pak tzv. eksperimentatoru, a postoje i tzv. rekreativni korisnici psihoaktivnih droga, obitelji patoloških kockara za sada su u velikim problemima ne samo gdje potražiti pomoć, nego kako uopće prepoznati patološkog kockara u svojoj obitelji. Podaci o javljanju na liječenje ovisnika o drogama govore da se oni javljaju nakon otprilike osam godina od prvog uzimanja droge. Podaci o tome da je potrebno oko četiri godine da obitelj sazna da im je ukućan ovisan o drogama (da ih uzima svakodnevno), ukazuju da je još uvijek nedovoljna skrb o navedenoj populaciji. Obitelji patoloških kockara još su u nezavidnijoj situaciji. Oni se zapravo nemaju kome obratiti za pomoć. Neorganiziranje sustava skrbi koje uključuje preventivni rad (na sve tri razine) i liječenje izravno omogućava neprepoznavanje patologije kockanja koje pak dovodi do toga da su štete sve veće.

Kad bi se samo, primjerice, pet tisuća patoloških kockara javilo za liječenje u zdravstveni sustav Hrvatske, tko bi s njima mogao raditi? Tko bi im mogao pružiti pomoć? Ustanove koje se bave poučavanjem (izobrazbom i edukacijom) i koje bi se trebale baviti **novim ovisnostima**, oglašuju se na potrebe stanovništva, djece, mladih i ostalih dobnih skupina u Hrvatskoj. O patologiji kockanja ne uči se na specijalističkim studijima iz psihijatrije kao ni na medicinskom fakultetu, ali ni na filozofskim fakultetima koje pohađaju studenti psihologije u Hrvatskoj.

Ptičja i H1N1 gripa, primjerice, uspješno su odrađene!

Ne tako davna prilagodba različitih struka u Domovinske ratu može nas sve poučiti da nam nitko neće rješavati nastale zdravstvene, mentalne i ine probleme u Hrvatskoj do nas samih. Građani Hrvatske sigurno imaju zakonsko pravo liječiti se od zadobivenih bolesti.

Izobrazba na studiju ili poslije njega, kao osnovna ili dopunska, koja još uvijek ne postoji za područje novih ovisnosti, ne bi nas trebala i ne smije ostaviti nespremne i ravnodušne.

U centrima za mentalno zdravlje, koji su osim što su nomenklaturno promijenili naziv, nije se, zapravo, ništa posebno promijenilo. Zahvalna je inicijativa da se na jednom mjestu razmotre djelatnosti koje se obavljaju njima (Predlažem redoviti godišnji susret djelatnika centara u Hrvatskoj gdje bi se iznosile novosti u poslovima koje obnašaju, a koje bi mogle biti izvrstan poticaj ostalim centrima za uvođenje i pružanje novih usluga).

Iako postoje nekoliko klubova i skupina patoloških kockara u Hrvatskoj, potreba za njima nije ni približno zadovoljena. Psiholozi i psihologija su jedna od struka koja se sama

po sebi nameće za rad s patološkim kockarima, ali i na ostalim područjima već prisutnih tzv. novih ovisnosti.

Bitna su poučavanja (izobrazbe) o samoj patologiji kockanja. Stručni i popularni materijali dijelom su dostupni na internetu, ali je neposredan rad s kockarima ipak najvažniji, uz nužnost supervizije (za sada neformalne) od kolega koji se već više godina susreću i bave problemima patološkog kockanja. Potrebna je i određena doza hrabrosti upustiti se u novo područje rada. Oni koji se prijave za liječenje i tamo gdje se obitelj zdušno uključuje u proces liječenja, rezultati neće izostati. Patološki su kockari zahvalna populacija i dobro prihvaćaju predložene aktivnosti koje obitelj, a potom i kockar trebaju izvršavati. Obveza psihologije i psihologa u Hrvatskoj je da pruže pomoć na području novih ovisnosti te da se kao struka sustavno počnu osposobljavati za rad na novim područjima. Jedno od pitanja je i o tome do kada ćemo ih zvati „novim“ ovisnostima.

Procjene uspješnosti tretmana i liječenja su različite. Što je više razina onih koji procjenjuju kao da je i percipirani uspjeh u liječenju veći!

Patološko kockanje, mogućnosti u okviru centara za mentalno zdravlje

- Inicijalni intervju
- Savjetovanje
- Modifikacija ponašanja
- Psihologijska obrada
- Nalaz i mišljenje
- Psihoterapija
- Inicijalni intervju, individualni rad, savjetovanje, modifikacija ponašanja, psihologijska obrada, nalaz i mišljenje
- Savjetovanje para, obitelji
- Skupina ovisnika
- Skupina obitelji, skupina samopomoći, mogućnost tematskih edukacija (npr. jednostavni prikazi u Power pointu - vrste kockara, mogućnosti liječenja, statistički podaci, prikazi slučajeva ...).

Okvirni sadržaj rada s patološkim kockarom i njegovom obitelji

- Inicijalni susret, anamneza, problematika klijenta, problematika obitelji, dogovor oko daljnjeg tijeka liječenja (dolasci, obveze koje klijent i obitelj trebaju izvršavati ...)
- Važno je prema MKB-u dijagnosticirati stupanj patologije (je li patološki kockar, impulzivni...)
- Psihologijska obrada, nalaz i mišljenje (dva susreta)
- Savjetodavno-terapijski rad, potrebno okvirno dogovoriti vremensko razdoblje
- Financije i ograničenje dostupnosti kod kockara, odgovornost obitelji za provođenje pojedinih „zadataka“
- Redovitost u dolascima usko je povezana s uspješnošću tretmana, poticanje obitelji, vođenje dnevnika, vođenje troškova domaćinstva, prijenos materijalnih sredstava i sprječavanje dostupnosti kockaru

- Popis dugovanja koje kockar ima
- Obavješćivanje bliže i daljnje rodbine te ostalih koji suvažne osobe u liječenju kockara
- Dogovor za slijedeći termin uz mogućnost promjene istog
- Vođenje osobnog kartona (još uvijek ne postoji registar patoloških kockara), knjige dolazaka klijenta i obitelji te ostalih osoba uključenih u postupak liječenja.

Psihologija i psiholozi pozvani su na suočavanje s nastalim problemom te kao struka i pojedinci mogu pomoći brojnim obiteljima koje traže, a najčešće ne mogu dobiti traženu pomoć. Na preventivnom su području značajna i poticajna predavanja, ciljane ili otvorene tribine za građane i/ili stručnjake koji bi se mogli sretati s navedenom patologijom.

Nerazmjer je na području literature koja se odnosi na psihoaktivne droge i nepostojanje iste na području patološkog kockanja na hrvatskome jeziku. Internet je, za sada, od najveće važnosti na području poučavanja, ali glavni je nedostatak nesustavnost materijala koji je dostupan. Materijali u e-obliku nisu najprimjereniji daljnjoj izobrazbi. Neophodno je izraditi više vrsta materijala koji bi se moglo koristiti u radu s patološkim kockarima.

Neophodne su nam radionice za psihologe koji se susreću ili bi se mogli susretati s patološkim kockarima, kao i oni koji iskazuju zanimanje za bavljenje navedenom skupinom oboljelih. Psiholozi su oni koji mogu imati značajno mjesto na ovom području. Osposobljeni su za dijagnostiku, opću i specifičnu. Znaju pisati nalaze i mišljenja. Prilagodljivi su (Domovinski rat i značajna uloga psihologa od samog početka - nitko od njih nije imao vojnu psihologiju u izobrazbi, učilo se u „hodu“ i stalno su se razmjenjivala iskustva). Nije se dopustilo da se prvo „educiraju“ kao vojni psiholozi, nego su s raspoloživim sposobnostima i mogućnostima, znanjima i vještinama krenuli u obranu Domovine. Vojna je psihologija jedno od značajnih mjesta gdje se psihologija u Hrvatskoj na najbolji mogući način prilagodila tadašnjim potrebama građana. Velik broj psihologa (i psihologinja) ima završenu edukaciju, ili je ona u tijeku, iz različitih pravaca psihoterapija i savjetovanja. Dio njih ima i po nekoliko završenih edukacija. Same su edukacije izrazito važne, ali nisu i jedini niti isključivi dio koji je potreban za rad. Bitna je osoba i njena osobnost onoga (one) koji radi s klijentima. Bitno je i iskustvo rada s nekom od navedenih populacija. Klijenti i pacijenti prepoznaju motivirane djelatnike. Jedan od bitnih zadataka na području ovisnosti („starih“ ili „novih“) jest i motivacija djelatnika, stručnjaka koji rade s pojedincima, obiteljima, parovima i slično.

Tu se nameće problem i pitanje supervizije koje još uvijek nije zaživjelo u Hrvatskoj. Kakva je pojavnost patologije kockanja u Hrvatskoj i ostalih novih ovisnosti, koje su populacije najugroženije i slična pitanja, još uvijek ne mogu dati zadovoljavajući odgovor. Jedina istraživanja koje se provode kontinuirano dotičući se rizičnih ponašanja, a time i patologije kockanja, ona su prof. Bezinovića koje on provodi na području Primorsko-goranske županije.

Krajem 2008. godine na području Primorsko-goranske županije dr. Petar Bezinović, znanstvenik Instituta za društvena istraživanja u Zagrebu objavio je rezultate istraživanja

Rizičnih ponašanja četrnaestogodišnjaka na uzorku od 2219 učenika osmih razreda iz 57 škola **Primorsko-goranske županije**. Dobiveni su zapanjujući podaci.

Četrnaestogodišnjacima je omiljena zabava kladenje, čak ih 21,2% redovito posjećuje kladionice i mjesta na kojima se nalaze poker automati. Tek 24,7% dječaka i 38,1% djevojčica u slobodno vrijeme uči jezike, čita knjige, svira neki instrument ili posjećuje kina i kazališta.

Iako je istraživanje provedeno samo na uzorku učenika iz jedne županije, svi stručnjaci s kojima smo razgovarali tvrde da su dobiveni rezultati bez sumnje slika hrvatskoga društva, a ona je više nego zabrinjavajuća. Naime, pokazalo se da 16% osmaša i 19% osmašica svakodnevno puši, a 5% njih ozbiljni su pušači već najmanje dvije godine. Samo 35,4% djevojčica i 36,3% dječaka nikada nije konzumiralo alkohol. Dječaci više piju pivo i vino, a djevojčice miješana pića, vino i likere. Čak 4,8% djevojčica i 9,1% dječaka do sada se opilo šest i više puta. Tablete za smirenje koristilo je 3,5% učenika i 4,6% učenica, 7,3% učenika i 5% učenica probalo je marihanu, 2,3% učenika i 1,6% učenica probalo je ecstasy, a 11,3% učenika i 9,1% učenica udisalo je ljepilo.

Svaki drugi učenik osmih razreda izlazi na mjesta na kojima se pije, puši i uživa droga, a 29,1% djevojčica i 28,5% dječaka u dobi od 14 godina to čini često. Slobodno vrijeme četrnaestogodišnjaci većinom provode sami, za računalom, pred televizorom ili družeći se s vršnjacima, uglavnom po skrovitim mjestima, a nerijetko po kafićima i klubovima.

Posebno je zabrinjavajuća velika dostupnost alkohola među djecom te porast broja djece koja rizično piju: samo 25,4% djevojčica i 36,3% dječaka ne konzumira alkohol. Svaki drugi dječak i 36% djevojčica probleme rješavaju agresijom. **Dječacima je omiljena zabava i kladenje: kocka svaki peti četrnaestogodišnjak**, kako je već ranije napomenuto. Čak 20% djece koja pije tvrde da su im alkohol dali roditelji. Rezultati istraživanja koje smo proveli pokazuju da stvari nisu dobre. Djeca se osjećaju poprilično loše i nemaju uzore ni u roditeljima ni u nastavnicima - izjavio je zabrinuto voditelj istraživanja, psiholog dr. Petar Bezinović.

Istraživanje na učenicima Primorsko-goranske županije primjenjivo je na cijelu Hrvatsku i ukazuje na pogrešna vjerovanja i pretpostavke da je kockanje zaseban fenomen. Kockanje je povezano s najrazličitijim rizičnim ponašanjima kod maldivih (Tuftan, P. (2009.): Zdravlje i život na kocki, časopis Rizik, Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, broj 8, Rijeka).

Jedan je od bitnih uzroka epidemije patoloških kockara nezainteresiranost nadređenih institucija, a zapravo nebriga istih kao i nemar prema građanima za koje se oni trebaju brinuti. Područje patologije kockanja izrazito je vidljiv i bolan primjer neorganiziranosti i neodgovornosti kao i neučinkovitosti institucija u Hrvatskoj. Inicijativa nekolicine djelatnika koje se prvenstveno bave područjem ovisnosti osobnog je karaktera i još je daleko od sustavnog pristupa.

Iznimno je važno započeti prihvaćati kockare, internet ovisnike, ovisnike o video igricama.

- Prevencija u OŠ i SŠ, prvenstveno s nastavnicima, stručnim suradnicima, ravnateljima pa tek onda s djecom (radionice najidealnije, tribine, predavanja za unaprijed određeno slušateljstvo)
- Edukacija djelatnika centara (za mentalno zdravlje) u prepoznavanju novih ovisnosti
- Edukacija liječnika opće prakse
- Započeti kampanju vezanu za nove ovisnosti
- Obvezati institucije u formiranju stručnjaka koji bi se prvenstveno bavili novim ovisnostima
- Osnovati posebne odjele (odsjeke) koji bi se bavili samo patologijom kockanja
- Neophodna su ciljana istraživanja u OŠ, SŠ, VŠ, građanstvu
- Izrada publikacija, edukativnih filmova, reklama i slično
- Učiniti liječenje dostupnim
- Dijagnosticiranje patologije kockanja prema MKB i DSM klasifikaciji
- Vođenje registra patoloških kockara

Tija Žarković-Palijan i suradnici, još 2001. godine, daju najprimjereniji opis tipova kockara s njihovim pripadajućim osobitostima:

1. **DRUŠTVENI (SOCIJALNI) KOCKAR** osoba je koja radi društva, zadovoljstva, razonode i rekreacije, u slobodno vrijeme, povremeno kocka uz mali ulog. Važno je istaknuti da samo manji dio slobodnog vremena troši na kockanje. Glavni motiv nije mu dobitak novca, nego zabava i osjećaj pobjede. Ne zadužuju se, niti se odlučuju da narednih dana vrate izgubljeni novac. Gubili ili dobivali, sudjeluju sumom novca koju su unaprijed dogovorili. Kad osjete potrebu za nastavak igre i povratak izgubljenog novca, odustaju od igre dok ih taj nagon ne prestane progoniti. Ako ne uspiju, postaju ozbiljni društveni kockari.
2. **OZBILJNI DRUŠTVENI KOCKARI** nalaze u hazardnim igrama osnovni oblik zabave i rekreacije. Sve slobodno vrijeme provode u kockanju. Iako često kockaju, drže se unaprijed određenih eventualnih gubitaka. Dobivali ili gubili, ne povećavaju niti ne smanjuju dogovoreni ulog. Svi se toga drže, gubitnik ustupa mjesto drugom igraču i nastavlja zdušno promatrati. S obzirom na veći broj gubitnika i izmjene igrača, pojedinac ponekad osvoji velik dobitak. Ako stekne uvjerenje da većim ulaganjem može dobiti više, lako prelazi u problem - kockara.
3. **PROBLEM - KOCKARI** u početku su oprezni, taktiziraju, a kad ih obuzme kockarska strast, odustaju od osobnih kriterija i potpuno se predaju kocki. Kad dobivaju, povećavaju ulog da bi dobili još više, a kad gube, čine to isto da bi vratili izgubljeno. Oni ugrožavaju sebe, svoju djecu i obitelj jer često prokockaju plaću ili se puno zaduže. Izmjene gubitaka i dobitaka stalne su. Svaki gubitak budi nadu u povratak uloženog, a s dobitkom, osobito većim, njegovi apetiti i očekivanja rastu.

Ta promjena ponašanja i pohlepa postupno ga transformiraju u patološkog kockara. Problem - kockari najčešće imaju povećan rizik od raznih psihijatrijskih poremećaja i antisocijalnih poremećaja osobnosti, skloni su zloporabi i ovisnosti o duhanu, alkoholu i drogama. U nadi i uvjerenju da će im se kockarska sreća „osmjehnuti” i da će dobiti velik novac, skloni su pronevjeri i zaduživanju kod raznih lihvara, očekujući dobitak kojim će podmiriti svoja dugovanja. Kad ih sreća „iznevjeri”, pojedinci počinu samoubojstvo.

4. PATOLOŠKI KOCKARI su osobe s kompulzivnom potrebom kockanja. Ne mogu obuzdati svoj poriv i nagon za kockom. Kad gube, uvjereni su u dobitak već u sljedećoj partiji, a kad dobivaju, drže da je to uvod u pravo bogatstvo. U prvom slučaju srljaju u dugove, a u drugom gube i ono što su već „imali u džepu”. Ne misle na obitelj. Obuzeti kockarskom strašću, zanosom igre i iluzijom o velikom dobitku, pojedinci ulažu i obično gube cijelo imanje.

Uz četiri navedene vrste kockara ubrajaju se još dva tipa.

5. PROFESIONALNI KOCKARI kockom se bave u obliku zanata i to im je glavni izvor prihoda. Obično su dobro ovladali „zanatom” i slove za vrsne kockare. Kad čuju za osobe koje imaju novac i da su, usto, voljne kockati, stoje im na „usluzi” i brzo im „isprazne” džepove.
6. KRIMINALNI KOCKARI (VARALICE) u osnovi su osobe s disocijalnim poremećajem osobnosti. Za razliku od drugih tipova kockara oni nemaju namjeru ponovno ulagati u kockanje novac koji su dobili ilegalnim ili kriminalnim načinom kockanja. Njihovo ponašanje često ima više veze s prijevarom, nego s kockanjem.

3.6.3. Centar za liječenje ovisnosti

Klasičan način rada u centrima za liječenje ovisnosti sastoji se u prvenstveno ambulantnom radu primarno s ovisnicima o psihoaktivnim drogama, najčešće o heroinu, koji već dolaze s razvijenom kliničkom slikom ovisnosti.

Osim samog ambulantnog rada neizmjeran je doprinos suradnje s izabranim liječnicima obiteljske medicine. Značajna je i suradnja s psihijatrijskim odjelima ili klinikama u Hrvatskoj. Neophodno je poznavati rad terapijskih zajednica u Hrvatskoj u koje se upućuje ili kontaktira nemali broj ovisnika.

- Motivacija za provođenje određenog programa za ovisnika
- Savjetovanja vezana za zaposlenje, praćenje i poticanje odlaska u Zavod za zapošljavanje
- Poticanje na redovita testiranja (HCV, HBV, HIV i slično)
- Educiranje ovisnika i njihovih obitelji o HCV-u, HBV-u, HIV-u

- Educiranje ovisnika i njihovih obitelji o djelovanju određenih lijekova, zamjenske terapije
- Ukazivanje na značaj redovitih dolazaka na kontrolne preglede
- Psihologijska obrada ovisnika, eksperimentatora; dijagnosticiranje psihičkih poremećaja, patologije, organskih oštećenja

„Psihološka djelatnost je sustav pojedinačno ili skupno usmjerenih stručnih postupaka, mjera i sredstava utemeljen na načelima i spoznajama psihološke znanosti i prakse koji obuhvaća:

- a) psihološku dijagnostiku - odnosno utvrđivanje psihičkih i psihomotoričkih svojstava i potencijala pojedinaca te psihosocijalnih karakteristika skupina i organizacija u svrhu objašnjavanja i predviđanja njihovog ponašanja, pronalaženja uzroka nedjelotvornosti ili poremećaja te planiranja i provođenja psiholoških tretmana
 - b) psihološke tretmane i savjetodavni rad - odnosno postupke namijenjene zaštiti, održavanju i poboljšanju mentalnog zdravlja pojedinaca i skupina te poboljšanju kvalitete života i rada, optimalnom iskorištavanju osobnih potencijala i poboljšanju skupne i organizacijske djelotvornosti“.
- Poticanje na vođenje dnevnika, pisanje životopisa
 - Poticanje na uključivanje u pojedine sportske sadržaje
 - Savjetovanja ovisnika, roditelja i ostalih članova obitelji
 - Psihoterapija ovisnika, roditelja i ostalih članova obitelji
 - Organiziranje tjednih skupina **ovisnika** koje bi vodilo dvoje djelatnika (po mogućnosti sa završenim dodatnim edukacijama iz savjetodavno-terapijskog rada)
 - Organiziranje tjednih skupina **roditelja** koje bi vodilo dvoje djelatnika (po mogućnosti sa završenim dodatnim edukacijama iz savjetodavno-terapijskog rada)
 - Organiziranje tjednih skupina **majki ovisnica** s malom djecom koje bi vodilo dvoje djelatnika (po mogućnosti sa završenim dodatnim edukacijama iz savjetodavno-terapijskog rada)
 - Organiziranje tjednih skupina **tzv. eksperimentatora**, koje bi vodilo dvoje djelatnika (po mogućnosti sa završenim dodatnim edukacijama iz savjetodavno-terapijskog rada)
 - Tribine po školama su jedna od mogućnosti dijela rada centara

Primjerice, riječki Odjel za prevenciju i izvanbolničko liječenje bolesti ovisnosti ima dva odsjeka. U Odsjeku za prevenciju, koji je fizički odvojen od Odsjeka za prevenciju i izvanbolničko liječenje bolesti ovisnosti, provodi se program prevencije naslovljen „Trening životnih vještina“ već petu godinu u osnovnim školama na području Primorsko-goranske županije. Program je uspješno prihvaćen, tako da su i neke druge županije prihvatile njegovu provedbu. Evaluacija ukazuje na uspješnost programa. U istom Odsjeku provodi se program Mobilnih timova koji pokriva područja otoka Cresa, Lošinja, Krka i Raba te Gorskoga kotara. Djelatnici Odsjeka održavaju nekoliko godina skupine za ovisnike o psihoaktivnim drogama u riječkom zatvoru. Značajno je da se mladi i obitelji koji dolaze na savjetovanje ili su pak počeli eksperimentirati s drogama upućuju u naše savjetovalište

koje se nalazi u prostoru Odsjeka za prevenciju tako da je smanjen rizik susreta i druženja sa starijim ovisnicima što je redovito jedan od prigovora koji su upućivani centrima za ovisnosti.

- Prihvaćamo mlade i obitelji koji su upućeni iz udruga na testiranje na različite vrste droga kao i na savjetovanje
- Prihvaćamo mlade i obitelji koji su upućeni iz ustanova i institucija (CZZZ, ODO, Prekršajni sud) na testiranje na različite vrste droga kao i na savjetovanje, ali i provođenje posebnih obveza, odnosno zaštitnih mjera u trajanju od tri do dvanaest mjeseci
- Djelatnici centra sudjeluju na području različitih medija (dnevni tisak, TV emisije, radio emisije i slično)
- Obilježava se Mjesec borbe protiv ovisnosti, Dan ovisnosti
- Sudjeluje se preko voditelja centara u radnim tijelima grada i/ili županije koje provode lokalnu strategiju brojnih aktivnosti na svojem području
- U suradnji s lokalnom samoupravom pokreće se izdavanje časopisa, brošura, knjiga, letaka, plakata ...
- Organiziraju se predavanja za liječničke timove
- Provede se istraživanja koja se priopćavaju na stručnim skupovima
- Vođenje registra ovisnika prema Pampidou obrascu, izvješća o radu, mjesečna, tromjesečna, polugodišnja, godišnja
- Suradnja s brojnim ustanovama
- Inzistiranje na timskom radu

Jedna od ne tako nevažnih postavki je (ne)uspješnost preventivnih programa u Hrvatskoj (i u svijetu). Mnogi programi traju unutar godine dana. Prevencija koja se zasniva na programima koji su namijenjeni djeci dat će značajno bolje rezultate (pogotovo u mlađoj dobi) ako su i roditelji aktivno uključeni u njihovu provedbu.

Prevencija nije samo dio kojim se bave obrazovne ustanove, nego i nevladine udruge, razni zavodi i ustanove. Možda je pretenciozno očekivati poboljšanje u svim ponuđenim programima. Evaluacija bi trebala biti nezavisna te bi se djeca i mladi trebali pratiti kroz razdoblje od, na primjer, deset godina.

Glavni cilj Nacionalnog programa prevencije ovisnosti za djecu i mlade u odgojno-obrazovnom sustavu, te djece i mladih u sustavu socijalne skrbi za razdoblje 2010. - 2014. je suzbijati i sprječavati pojavu ovisnosti među djecom i mladima te rizično ponašanje djece i mladih vezano uz eksperimentiranje sa sredstvima ovisnosti. Nacionalni program sadržava četiri podprograma koji uključuju predškolsku dob, školsku dob, studentsku populaciju, te djecu i mlade u sustavu socijalne skrbi (Nacionalni program prevencije ovisnosti za djecu i mlade, 2010., str. 7.).

3.6.4. Umjesto kraja

Zlouporaba droga transkulturalni je fenomen i jedan od gotovo nerješivih problema svakodnevnog svijeta. Po posljedicama koje uzrokuju pojedincima, obiteljima i zajednici, smatra se jednim od najtežih sociopatoloških pojava današnjice.

Može se pretpostaviti da će droge i u budućnosti biti veliki izazov i snažna alternativa osobito za onaj dio mladih koji ne nalaze snage i motiva prilagođavati se ponuđenom i omogućenom načinu života i sustavu vrijednosti koji kreira okolnost koja životni smisao nalazi u osobnom prestižu, globalizaciji i kompeticiji, novcu i hedonizmu, nacionalizmu...

Moralna kriza suvremene civilizacije, odbacivanje tradicionalnih vrijednosti, kriza institucije braka i obitelji čini da se sve više djece i mladih osjeća nesretnim i izgubljenim (Droga i beznađe, (ur.) Pozaić, V., Sakoman, S. (1999.): Liječenje ovisnika - važna aktivnost u programu suzbijanja zlouporabe droga u zajednici, Zagreb, str. 65.).

Društvene koristi dobro organiziranog sustava za tretman ovisnika i konzumenata droga teško je izmjeriti, i bez toga dijela Nacionalnog programa, suzbijanje zlouporabe droga nije moguće u državi držati pod kontrolom. Kolike su koristi kada se stručnom intrevencijom spasi čitava obitelj od propadanja (Sakoman, S. (2002.): Obitelj i prevencija ovisnosti, SysPrint, Zagreb, str. 161.)?

4. UPRAVLJANJE STRUČNIM POSTUPCIMA

4.1. Mjerenje učinkovitosti i upravljanje stručnim postupcima; vrjednovanje i samovrjednovanje rada

4.1.1. Mjerenje učinkovitosti i upravljanje stručnim postupcima kroz evaluaciju (vrjednovanje i samovrjednovanje) stručnoga rada u pomagačkim zanimanjima

U gotovo svakoj aktivnosti koju u životu svjesno poduzimamo postavljamo samima sebi pitanja o tome vode li nas naši postupci do željenog cilja i jesu li svrhoviti i učinkoviti. Nitko ne želi gubiti vrijeme i energiju ustrajući na ponašanjima koja su nesvrhovita već želi upravljati svojim postupcima kako bi postigao što bolje radne rezultate. Dakle, bez obzira činimo li to svjesno i s namjerom ili ne, tijekom rada neprestano „provjeravamo“ koliko nas to što činimo vodi k cilju koji smo prije postavili sami sebi ili su nam ga postavili drugi. Što takvom provjerom zapravo činimo? Tako „mjerimo“ osobnu učinkovitost, odnosno samovrjednujemo svoj rad i sami sebi dajemo povratnu informaciju o osobnim postupcima i njihovim rezultatima.

Povratnu informaciju o radu ne moramo dobiti samo od sebe samih, naš rad može vrjednovati i netko drugi koji ili dobro poznaje i prati naš rad ili je dijelom onoga što radimo (uključen posredno ili neposredno u aktivnosti koje izvodimo). Cjelovitu sliku o tome što i kako radimo možemo dobiti jedino ako prikupljamo podatke o napredovanju i od sebe samih, ali i od onih koji u okruženju prate naš rad ili u njemu sudjeluju.

Zašto je važno (samo)vrjednovati osobni stručni rad? Zato da bismo rad učinili učinkovitijim, a sebe zadovoljnijim profesionalcima. Poduzimanjem odgovarajućih korekcija u radu na temelju informacija koje smo dobili evaluacijom osobnog rada, upravljamo osobnim stručnim postupcima u smjeru kreiranja optimalnih uvjeta osobnog stručnog razvoja.

Vrjednovanje i samovrjednovanje sastavnice su jedinstvenog sustava vrjednovanja ili evaluacije rada, što je posebno važno ako je taj rad u stručnom smislu slojevit i multidisciplinaran, a time i kompleksan. Što je složenija struktura postupaka koje poduzimamo, ishodi su neizvjesniji i višeznačniji i teže je procijeniti približavamo li se postavljenim ciljevima. Stoga je posebno važno kontinuirano provjeravati uspješnost u poduzetim postupcima. Onaj tko svoje postupke vrjednuje samo i jedino prema konačnom ishodu, a ne vrjednuje i pojedine faze rada koje vode k cilju, izlaže se velikoj opasnosti pripisivanju (pogotovo pozitivnih) ishoda osobnim postupcima. Osim što to nije ispravno, jer ne možemo znati jesu li ishodi takvi upravo zbog naših postupaka ili su interferirale i o nama neovisne varijable, opasno je jer na taj način propuštamo uvidjeti propuste u radu i izlažemo se riziku ponoviti ih, ovoga puta možda s negativnim posljedicama. Kako ćemo znati jesmo li i gdje pogriješili ako sličnim postupcima u dvije različite situacije dobijemo potpuno oprečne rezultate? Pripisati ih interindividualnim

razlikama može biti samo djelomično točno, ali je svakako nepotpuno. Ne smijemo propustiti uzeti u obzir i intraindividualne razlike - razlike u postupanju. U svakom ozbiljnom radu, a posebno u pomagačkom radu s ljudima pa još dodatno ako su oni dijelom ranjive populacije, korigirati postupke u radu nužno je i osnova je prilagodljivosti interindividualnim razlikama korisnika.

4.1.2. Što je vrjednovanje i samovrjednovanje rada i koja je razlika između njih

Vjerojatno svatko od nas preispituje svoj rad, ali obično je riječ o ad-hoc samoprocjenama koje su provocirane nekim događajem ili situacijom. Informacije do kojih dođemo na taj način samo su nam djelomično iskoristive za daljnji rad i uglavnom nam omogućavaju uspostavljanje samo emocionalnog odnosno subjektivnog odnosa prema onome što radimo. Za dolaženje do potpunijih informacija, posebno do onih koje će biti čim više objektivne i koje ćemo moći uspoređivati u vremenu i na osnovi toga uvoditi nužne promjene u radu, potreban nam je sustavniji i standardiziraniji pristup. Potrebno je razviti sustav (samo)vrjednovanja rada. Iako su vrjednovanje i samovrjednovanje sastavnice jedinstvenog procesa evaluacije rada (sustava vrjednovanja), razlikuju se.

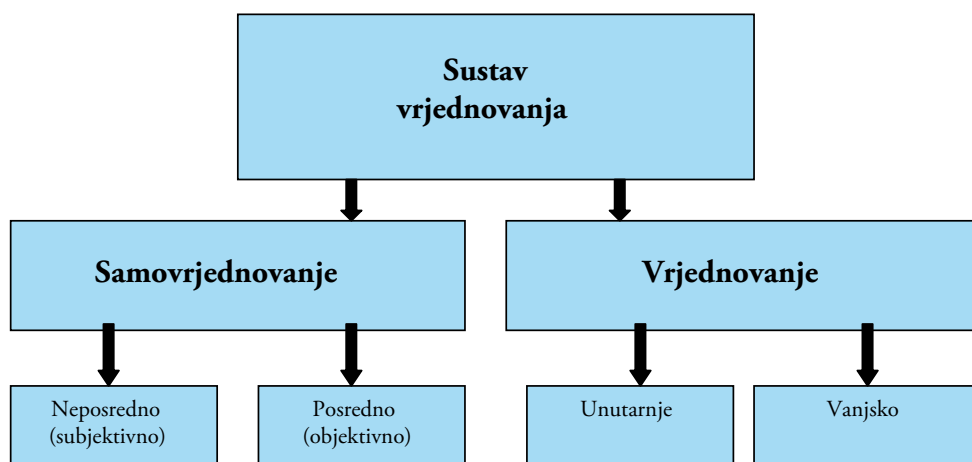
Vrjednovanje rada

Ako naš rad vrjednuje netko drugi, tada govorimo o vrjednovanju našega rada od strane različitih osoba u našem radnom okruženju. Ovaj potonji oblik vrjednovanja uključuje vrjednovanje od strane osoba izvan našeg neposrednog radnog okruženja (primjer za to mogu biti supervizija, razni formalni izvještaji i slično) i vrjednovanje od strane osoba unutar našeg neposrednog rada (tako naš rad mogu vrjednovati naši nadređeni, sustručnjaci ili drugi stručnjaci s kojima neposredno surađujemo, ali i klijenti odnosno pacijenti kojima pružamo stručnu pomoć) pa u tome smislu razlikujemo vanjsko i unutarnje vrjednovanje.

Samovrjednovanje rada

Međutim, odlučimo li sami od sebe doći do povratnih informacija o tome koliko smo, pojednostavljeno rečeno, uspješni u onome što radimo, tada poduzimamo mjere i postupke kojima sami vrjednujemo osobni rad pa tada govorimo o samovrjednovanju. Samovrjednovanje je vrlo izloženo subjektivnoj samoprocjeni. Iako se može učiniti kako nam subjektivne informacije o nama samima nisu baš korisne jer nisu objektivne, to je daleko od istinitoga. Subjektivna procjena iznimno je važna za osobni rad jer mnogo više nego drugi oblici procjenjivanja uključuje emocionalni odnos prema osobnome radu, odnosno omogućuje nam dosegnuti procjenu zadovoljstva osobnim radom i napredovanjem. To je moguće stoga što ljudi imaju izvrsnu sposobnost opažanja osobnih psihičkih procesa korištenjem introspektivnog uvida u osobno doživljavanje i ponašanje. Osim opisanog subjektivnog samovrjednovanja, samovrjednovanje može biti i objektivnije. Ono je najčešće uključeno u strukturirani stručni (savjetodavni, psihoedukacijski ili drugi) postupak i često je, iako ne i uvijek, posredno.

Vrjednovanje i samovrjednovanje rada dijelom su **jedinstvenog procesa vrjednovanja ili evaluacije rada**, ali je, kako je navedeno, ta dva specifična postupka potrebno razlikovati. Jedinstvo se očituje i u činjenici da je moguće provoditi samovrjednovanje i uključivanjem elementa vanjskog vrjednovanja u instrumente koje koristimo (ovo se može uočiti i u prijedlogu instrumenta samovrjednovanja koji se nalazi dalje u tekstu), a moguće je i provoditi vrjednovanje uključivanjem elemenata samovrjednovanja (iako je ovaj evaluativni pristup rjeđi u praksi, ponekad je „vanjskim“ procjenjivačima lakše procijeniti pojedini oblik našega ponašanja ako imaju uvid u naš subjektivni doživljaj vezan uz taj oblik ponašanja, odnosno lakše im je procijeniti nas ako znaju što sami o sebi mislimo).



Opisani koncept evaluacije u shematskom obliku

4.1.3. Zašto je važno provoditi vrjednovanje i samovrjednovanje rada

Sustav evaluacije (vrjednovanje) koji uključuje i samovrjednovanje (samoprocjena) osobnoga rada i vrjednovanje od strane drugih važan je ispravljački mehanizam u radu. Izvor je podataka o tome koliko pridonosimo i koliko smo uspješni u približavanju prije postavljenim ciljevima rada. S obzirom na teškoće na koje nailazimo u svojem stručnom radu, poduzimamo niz mjera i postupaka kojima želimo poboljšati kvalitetu rada, a time i dati doprinos kvalitetnijem radu u cjelini. Stoga je važno, čak i nužno osvijestiti osobno mišljenje o svom mjestu i ulozi koju izvodimo.

Rezultate rada moguće je pravilno valorizirati isključivo sustavnim praćenjem efekata putem složenog sustava feed-back mehanizama (povratnih informacija) koji se nazivaju sustavom vrjednovanja i samovrjednovanja. Dakle, kako bismo znali postićemo li željene ciljeve postupcima koje koristimo u radu, potrebno je razviti i mehanizme (samo)vrjednovanja rada, a ono je presudno važno kako bismo na temelju povratnih

informacija (od drugih ili od sebe samih) kreirali nove i prikladnije postupke u osobnom radu. Također je važno te postupke provoditi sustavno jer nam to omogućuje kontinuirano (a ne samo jednokratno) praćenje aktivnosti koje izvodimo, a praćenje kontinuiteta u radu važno je jer su postupci preveniranja, liječenja i rehabilitiranja teškoća po svojoj prirodi dugotrajni.

Dakle, **cilj je (samo)vrjednovanja poboljšanje radne učinkovitosti i kvalitete rada.** Dok je u pojedinim ljudskim aktivnostima moguće lako mjeriti učinkovitost, pa i kvalitetu rada, a to je zato što je rad moguće normirati, u radu s „s ljudima“ vrlo je teško, a ponekad i nemoguće rad normirati. No, i u takvim situacijama potrebna nam je povratna informacija o tome kako radimo.

4.1.4. Kako provoditi vrjednovanje i samovrjednovanje rada; prijedlog i opis instrumenata vrjednovanja i samovrjednovanja rada

Dakle, vrjednovanje odnosno samovrjednovanje postupci su koje svaki subjekt provodi samostalno s ciljem da utvrdi svoje ili tuđe postignuće, želje, planove i htijenja prema kriterijima kojima je poučen ili ih je postavio sam sebi. Iako su u taj postupak ponekad uključeni elementi subjektivne procjene, ipak je postupak u prvome redu strukturiran s ciljem da bude što objektivniji.

Svaki postupak u koji se svjesno upustimo s namjerom da dođemo do informacija o tome koliko smo uspješni u onome što radimo gotovo po pravilu započinje nekim oblikom samoprocjene. Ta samoprocjena može biti strukturirana, ali se puno češće u stvarnome životu i radu radi o ad-hoc promišljanju o osobnoj uspješnosti u onome što radimo i o promišljanju o mogućim putovima i ishodima onoga što ćemo činiti ubuduće. Svakome od nas prilično je lako sjetiti se takvih trenutaka. Dakle, iako ovakvi postupci nemaju formalnu strukturu, nisu niti normirani pa često čak niti unaprijed planirani, ipak su nam spoznaje do kojih dolazimo na ovaj način važne u planiranju daljnjega rada. Ono što je nedostatak ovakvoga pristupa jest što se efekti (zaključci) takve samoprocjene vrlo brzo izgube, i ako ne bilježimo ono što smo zaključili, a uglavnom je tako, korist od takve samoprocjene uglavnom je kratkoročna. Međutim, ako iskustva do kojih smo došli na opisani način pokušamo usustaviti i razviti sustavniji pristup samoopažanju, nastat će instrument koji ima prednosti pred ad-hoc samoprocjenom. Te prednosti su sljedeće:

1. Primjenom standardiziranog i unificiranog pristupa uvijek ćemo imati isti podražajni sklop (ista pitanja koja si postavljamo) na temelju kojega ćemo procjenjivati osobni rad.
2. Podatke do kojih dođemo na ovakav način ne moramo još i dodatno bilježiti ili pamtit jer su upisani u obliku odgovora na pitanja koja smo sami sebi postavili.

3. Nalaze dobivene uzastopnom primjenom ovakvoga pristupa (i instrumenta) bit ćemo u mogućnosti međusobno uspoređivati što će nam omogućiti sustavno samopraćenje u vremenskom slijedu.
4. Na poslijetku, primjenom istoga pristupa i kod drugih (recimo, sustručnjaka) imamo mogućnost komparativne analize naših i tuđih postupaka te gotovo trenutačno možemo procijeniti svoje mjesto u nekom stručnom ili suradničkom kontekstu.

Dakle, bilo da je samoprocjena onoga što činimo proizvoljna ili je ona sustavna i strukturirana, doći ćemo do podataka o tome kako vidimo svoj osobni rad. Dapače, izgradit ćemo i vrijednosne sudove prema svojem radu. Koja je svrha toga? Svrha samovrjednovanja jest:

1. uočiti osobne prednosti (snage) u aktivnostima koje izvodimo
2. uočiti osobne nedostatke (slabosti), odnosno prepoznati prostor za osobnim ili skupnim napredovanjem
3. uočiti osobne mogućnosti i ograničenja.

Navedeno (prednosti i svrha standardiziranih postupaka) za samovrjednovanje jednako se odnosi i na postupke vrjednovanja rada. Svrhu (samo)vrjednovanja potrebno je odvojiti od cilja zbog kojega započinjemo s ovim postupcima. Cilj (samo)vrjednovanja očituje se u potrebi poboljšanja radne učinkovitosti i kvalitete rada. Svrha (samo)vrjednovanja očituje se u potrebi da dođemo do informacija i spoznaje o tome vode li nas naši postupci do željenog cilja, dakle jesmo li ostvarili želje, planove i htijenja povezana s ciljevima rada koje smo si postavili ili su nam postavljeni. Prema tome, **(samo)vrjednovanje je ispravljački mehanizam u radu** i vodi nas kroz osobni rad do cilja.

Osnova postupka vrjednovanja odnosno samovrjednovanja jest **postavljanje pitanja**. Temeljna pitanja koja treba postaviti u samovrjednovanju su:

1. Kakva smo ustanova/slужba/centar?
2. Kakav sam stručnjak?
3. Kakav smo tim?
4. Kako sve to znam(o)?
5. Što možemo učiniti da budemo bolji?
6. Što mogu učiniti da budem uspješniji (uspješnija)?

Ovo su temeljna pitanja samovrjednovanja rada i iz njih se deriviraju konkretna pitanja u samom instrumentu. Ista se pitanja postavljaju i u postupku vrjednovanja, naravno u odgovarajućim formulacijama.

Promotrimo proces kroz prizmu samovrjednovanja rada. Dakle, (samo)vrjednovati možemo rad na osobnoj kao i rad na zajedničkoj (skupnoj, timskoj) razini. U strukturnom smislu radi se o istom pristupu, ali u sadržajnom smislu treba razlikovati osobni i timski rad.

Kako samovrjednovati osobni rad? To možemo učiniti u tri točke.

1. Provest ćemo detaljnu samoanalizu iz perspektive svih dionika u stručnim aktivnostima ili postupcima.
2. Provest ćemo samovrjednovanje, uočavanjem osobnih prednosti, nedostataka (slabosti) i mogućnosti (uključujući ograničenja).
3. Odredit ćemo razvojne prioritete i ciljeve kroz izmjene u stručnim aktivnostima ili postupcima za koje je dobro da budu dijelom osobnog ili timskog razvojnoga plana. Razvojni plan služi kao vodič za ostvarivanje ciljeva i kao sredstvo i metoda planiranja osobnog i timskog razvoja te omogućava mjerenje dinamike stručnoga razvoja. Razvija se i kreira nakon provedenog postupka samovrjednovanja i vrjednovanja i nakon izvršenog određivanja osobnih/timskih razvojnih prioriteta. To je zapravo koncizan sažetak ciljeva i aktivnosti koje je potrebno poduzimati u smjeru stručnog i profesionalnog razvoja. Opis je to ostvarljive strategije za unaprjeđivanje kvalitete i zadovoljstva u radu. Razvojnim planom definiraju se po područjima aktivnosti metode i postupci za ostvarivanje ciljeva u stvarnom vremenskom okviru i definiraju se kriteriji uspjeha.

Kriteriji uspjeha u ostvarivanju planiranoga u razvojnom planu mogu biti:

- pozitivnija iskustva u radu
- kvalitetnija uvježbanost profesionalnih i socijalnih vještina
- bolja stručna znanja
- viša razina osobnih i profesionalnih kompetencija
- bolji osjećaj osobne učinkovitosti
- poboljšana motivacija za rad
- osjećaj većeg zajedništva i timskog entuzijazma.

Razvojnim se planom obuhvaćaju: područja djelovanja, ciljevi, aktivnosti i metode, sudionici, zadaće za sudionike, resursi, vremenski okvir za realizaciju planiranih i mjerljivi pokazatelji ostvarivanja ciljeva (mjere (samo)vrjednovanja). Razvojni je plan najpregledniji u tabličnom obliku.

U strukturalnom se smislu pristup vrjednovanju i samovrjednovanju ne razlikuju; razlikuju se prvenstveno u sadržajnom dijelu. U nastavku se nalaze dva prijedloga instrumenata vrjednovanja. Jedan se odnosi na samovrjednovanje (samoprocjenu) osobnoga rada, a drugi na procjenu efekata rada od strane osoba koje primaju savjetodavnu pomoć. Instrumenti u strukturalnom smislu uključuju sljedeće tipove evaluacijskih mehanizama (koji se manifestiraju u obliku pojedinog pitanja): skale procjene, pitanja višestrukog izbora, pitanja s afirmirajućim i negirajućim odgovorima te pitanja otvorenog tipa. Odgovori na pitanja omogućuju i kvalitativnu i kvantitativnu evaluacijsku analizu.

Zašto se primjenjuju pojedini oblici pitanja i koje su njihove posebnosti:

1. grafičke skale procjene

U strukturalnom smislu radi se o dužini (liniji) na čijim su krajevima napisane ekstremne vrijednosne kategorije promatrane osobine ili stanja, a zadatak je onoga koji procjenjuje da na toj dužini odredi mjesto za koje se njemu čini da najbolje odgovara promatranoj osobini ili stanju. Prednost je ove metode u tome što procjenjivač može vrlo jednostavno, samo označavanjem mjesta na dužini, dati svoju procjenu i što se ta procjena može brojčano izraziti i kvantificirati. Nedostatak je taj što je ovakav oblik procjenjivanja subjektivan i što označena veličina ovisi o mnogim, pa čak i slučajnim čimbenicima.

Primjer grafičke skale procjene:

Opća procjena mogega zadovoljstva suradnjom s kolegama:

1-----2-----3-----4-----5
nisam uopće zadovoljna (zadovoljan) u potpunosti sam zadovoljna (zadovoljan)

2. pitanja višestrukog izbora

Ovaj tip pitanja omogućuje onome čija se procjena traži izbor između više ponuđenih alternativa. Prednost je ovakvih pitanja u tome što onaj tko konstruira instrument može ograničiti moguće odgovore s obzirom na područje interesa, ali je ograničavanje odgovora unutar samo nekoliko alternativa ujedno i ograničenje za one procjenjivače koji bi željeli dati opširniji odgovor ili procjenu.

Primjer pitanja višestrukog izbora:

Neuspjeh u postizanju zadanih ciljeva ometa me u daljnjemu radu?

- a) u potpunosti
- b) samo djelomično
- c) uopće ne

3. pitanja s afirmirajućim i negirajućim odgovorima

U ovakvim se procjenama od procjenjivača očekuje da se odredi prema pojedinoj tvrdnji, ali ne i da je vrjednuje. Ispod ovakvih su tvrdnji upisana slova T i N, a procjenjivač samo treba jednostavno zaokružiti slovo T ako se s tvrdnjom slaže, odnosno slovo N ako se s njom ne slaže.

Primjer pitanja s afirmirajućim i negirajućim odgovorima:

Smatram kako bolje rezultate u radu postizem kada radim sam(a) nego kada radim u timu.

T N

4. pitanja otvorenog tipa

Pitanja otvorenog tipa ostavljaju mogućnost davanja opsežnijih odgovora onima kojima su pitanja s referentnim okvirom „preuska“ za svu raznolikost procjena koje oni mogu dati. U ovakvim se pitanjima procjenjivaču omogućuje da slijedom sadržaja pitanja napiše (ili izrekne) što god misli i o tome želi napisati.

Primjer pitanja otvorenog tipa:

U radu me najviše ometa(ju):

Kako se samovrjednovanje i vrjednovanje razlikuju gotovo samo u sadržajnom dijelu, dakle strukturno su to konzistentni pristupi (samo iz različitih perspektiva procjene), i pravila o konstrukciji pitanja u instrumentu vrjednovanja i samovrjednovanja su zajednička. Prilikom konstrukcije pitanja potrebno je voditi računa:

- o redoslijedu pitanja, i to na način da se započne s jednostavnijim pitanjima kako procjenjivač ne bi odmah na početku ispunjavanja instrumenta zastao i kako bi se senzibilizirao za procjenjivanje, pa možda i naučio kako odgovarati na pitanja (pogotovo ako nema prethodna iskustva o tome), tako da zahtjevnija pitanja treba ostaviti za kraj
- o skupiniranju pitanja u pojedine smislene kategorije i cjeline, i to na način da se pitanja koja se odnose na isto područje procjene grupiraju
- o tome da slijed pitanja bude što sličniji slijedu koji bi ta pitanja imala i u uobičajenom razgovoru o istoj temi
- o tome da pitanja ne pobude kod procjenjivača osjećaj krivnje za procjenu koju daje.

Velika je prednost ovakvog pristupa (samo)vrjednovanju njegova iznimna prilagodljivost. Ona se očituje u tome da se svaki (u daljnjemu tekstu navedeni ili njemu sličan) instrument vrjednovanja može prilagoditi posebnostima u stručnim postupcima koji se izvode.

Izrada instrumenta slijedi zakonitosti, a tijekom izrade ovakvog instrumenta (samo)vrjednovanja bio je sljedeći:

- Određivanje cilja mjerenja
- Konstrukcija instrumenta - formuliranje pitanja s obzirom na cilj ili svrhu
- Evaluacija instrumenta - unutar i/ili vanjska
- Primjena instrumenta
- Evaluacija iz primjene
- Korekcija instrumenta za konačnu primjenu.

Na početku svakog instrumenta je **uputa**. Ona je važna jer uvodi korisnika u smisao postupka koji izvodi i definira ciljeve (svrhu) i korist koji se tim postupkom (vrjednovanja ili samovrjednovanja) žele postići. Također bi trebala biti motivirajuća za onoga tko sudjeluje u postupku vrjednovanja odnosno trebala bi zainteresirati procjenjivača za sudjelovanje u vrjednovanju.

Razlučimo konkretnu uputu iz sljedećeg (predloženog) instrumenta s obzirom na navedeno.

1. Uputa uvodi procjenjivača u postupak i informira ga
„Samovrjednovanje (samoprocjena) osobnog rada važan je ispravljački mehanizam u radu. Izvor je to podataka o tome koliko pridonosimo i koliko smo uspješni u približavanju prije postavljenim ciljevima rada.“
2. Uputa definira ciljeve (svrhu) postupka i motivira procjenjivača
„S obzirom na teškoće na koje nailazimo u svojem stručnom radu, poduzimamo niz mjera i postupaka kojima želimo poboljšati kvalitetu rada, a time i dati doprinos kvalitetnijem radu u cjelini.“

Slijedi primjer iskustvenog instrumenta samovrjednovanja u radu kao i instrument vrjednovanja stručnoga rada od strane korisnika (klijenta, pacijenta).

Područja samovrjednovanja koja uključuje prijedlog instrumenta samovrjednovanja ili samoprocjene rada su su:

- zadovoljstvo radom i emocionalni status
- vanjsko vrjednovanje
- motivacija za rad
- stručne kompetencije.

Nakon ovoga prijedloga instrumenta dalje u tekstu slijedi primjer instrumenta vrjednovanja rada od strane korisnika (klijenta ili pacijenta).

INSTRUMENT SAMOVRJEDNOVANJA (SAMOPROCJENE) RADA

Samovrjednovanje (samoprocjena) rada

Ime i prezime (tko želi):

Ustanova:

Datum:

Uputa:

Samovrjednovanje (samoprocjena) osobnoga rada važan je ispravljački mehanizam u radu. Izvor je to podataka o tome koliko pridonosimo i koliko smo uspješni u približavanju prije postavljenim ciljevima rada. S obzirom na teškoće na koje nailazimo u svojem stručnom radu, poduzimamo niz mjera i postupaka kojima želimo poboljšati kvalitetu rada, a time i dati doprinos kvalitetnijem radu u cjelini. Stoga na ovome listiću iznosim mišljenje o svom mjestu i ulozi u ustanovi u kojoj radim.

Zadovoljstvo radom i emocionalni status

1. Opća procjena osobnoga zadovoljstva svojim radom:

1-----2-----3-----4-----5
nisam uopće zadovoljna (zadovoljan) u potpunosti sam zadovoljna (zadovoljan)

2. Koliko sam uspješno ostvarila/ostvario planirane i programirane aktivnosti?

1-----2-----3-----4-----5
potpuno neuspješno potpuno uspješno

3. Procjena osobnoga emocionalnoga stanja u ovome trenutku tijekom rada:

1-----2-----3-----4-----5
uopće se ne mogu opustiti u potpunosti sam opuštena (opušten)

4. Opća procjena osobnoga zadovoljstva statusom u svojoj ustanovi (stručnom timu):

1-----2-----3-----4-----5
nisam uopće zadovoljna (zadovoljan) u potpunosti sam zadovoljna (zadovoljan)

5. Koliko sam zadovoljna/zadovoljan suradnjom s rukovoditeljem?

1-----2-----3-----4-----5
nisam uopće zadovoljna (zadovoljan) u potpunosti sam zadovoljna (zadovoljan)

6. Mogu li popisati poslove i programska područja za koja sam isključivo ja zadužena/zadužen i odgovorna/odgovoran?

-
-

7. Mogu li popisati poslove i zadaće kojima sam u svojoj ustanovi (timu) zadužena/zadužen, iako nisu moji poslovi?

-
-

8. Imam li kakve prijedloge u smjeru povećanja stupnja zadovoljstva poslom?
Ovdje ih upisujem:

.....
.....

Vanjsko vrjednovanje

9. Od koga tražim vrjednovanje uspješnosti svoga rada?

- a) od kolega (kao superviziju)
- b) od pacijenata (klijenata)
- c) od rukovoditelja
- d) od roditelja pacijenata (klijenata)
- e) od vanjskih institucija
- f) ni od koga do sada

10. Imam jasne ciljeve i prioritete u radu?

T N

11. Mijenjam ciljeve i prioritete u odnosu na različite rezultate vrjednovanja?

T N

12. Koje sve instrumente samovrjednovanja koristim u radu?

.....
.....

Motivacija za rad

13. Što me u radu najviše motivira?

.....

.....

14. Koliko sam motivirana/motiviran za rad?

1-----2-----3-----4-----5
uopće nisam *u potpunosti jesam*

15. Što me u radu najviše demotivira?

- a) osobni dohodak
- b) radno vrijeme
- c) (ne)suradnja s rukovoditeljem
- d) opis zaduženja
- e) uvjeti rada
- f) (ne)uspjeh u rješavanju problema
- g) nerealna očekivanja dionika
- h) nedostatak priznanja za uspjeh u radu
- i) nedostatak suradnje s nadređenim institucijama
- j) preopterećenost
- k) nešto drugo (upisujem):

16. Kako mogu utjecati na čimbenike koji me demotiviraju u radu?

.....

.....

Stručne kompetencije

17. Pitam li se jesam li dovoljno sposobna/sposoban za posao koji radim?

- a) ne, nikada se ne pitam
- b) da, ponekad se pitam

18. Koliko dionici imaju koristi od mogega rada?

- a) nedovoljno
- b) dovoljno
- c) i više nego što treba

19. Što poduzimam kako bih napredovala/napredovao u stručnim znanjima i vještinama?

- a) gotovo ništa
- b) samo ono što moram
- c) sve što mogu

20. Koliko poduzimam u smislu napredovanja u stručnim poslovima i zadaćama?

- a) nedovoljno
- b) dovoljno
- c) i više nego što treba

21. Koliko sam učinkovita/učinkovit u radu?

1-----2-----3-----4-----5
nisam uopće učinkovita (učinkovit) *u potpunosti sam učinkovita (učinkovit)*

INSTRUMENT VRJEDNOVANJA RADA OD STRANE KORISNIKA

Vrjednovanje programa rada

Uputa:

Molimo Vas da odgovorite na sljedeća pitanja kako bismo na temelju odgovora ubuduće mogli što bolje prilagoditi način rada potrebama klijenata. Anketa je anonimna. Zanima nas samo Vaše osobno mišljenje.

Hvala na suradnji!

1. Molimo Vas da na sljedećoj skali procjene izrazite svoje općenito zadovoljstvo načinom rada (označite znakom "X").

1-----2-----3-----4-----5
nisam uopće zadovoljna (zadovoljan) *u potpunosti sam zadovoljna (zadovoljan)*

2. Koliko ste zadovoljni komunikacijom tijekom rada (označite znakom "X")?

1-----2-----3-----4-----5
nisam uopće zadovoljna (zadovoljan) *u potpunosti sam zadovoljna (zadovoljan)*

3. Mislite li da Vam je uključivanje u savjetodavne razgovore ili liječenje pomoglo u rješavanju problema zbog kojih ste došli (zaokružite slovo ispred jednog od ponuđenih odgovora)?
- a) da, pomoglo mi je u potpunosti
 - b) da, pomoglo mi je djelomično
 - c) ne, nije mi pomoglo

4. Ako imate kakvu primjedbku na rad, ovdje možete upisati:

5. Biste li komu drugomu tko ima problem preporučili ovakav oblik rada (zaokružite slovo ispred jednog od ponuđenih odgovora)?
- a) da, svakako bih
 - b) možda
 - c) ne, nikako ne bih

4.1.5. Posebni oblici (samo)vrjednovanja rada na primjeru rada s ovisničkom populacijom

- **Vrjednovanje odnosno samovrjednovanje provedbe programa savjetodavnog rada, psihoedukacije i (re)habilitacije ovisnika putem kontrole apstinencije u obliku testiranja na sredstva ovisnosti (uglavnom u mokraći) tijekom provedbe programa**

Ovdje se daje jedan iskustveni autorski model savjetodavnog rada koji se primjenjuje u radu s ovisnicima, a sadržajno uključuje četiri modula ili koraka (evidentiranje, aktiviranje, odvikavanje i vrjednovanje) unutar kojih su definirani ciljevi svake faze savjetodavnog rada te aktivnosti na postizanju ovih ciljeva. Predviđeni su i modeli evaluacije (vrjednovanja) u provedbi programiranih aktivnosti.

**OKVIRNI PROGRAM SAVJETODAVNOG RADA S KLIJENTIMA (PACIJENTIMA)
U DJELATNOSTIMA I JEDINICAMA ZA PREVENCIJU I LIJEČENJE OVISNOSTI**
(problem konzumiranja sredstava ovisnosti za cjelokupnu populaciju)

Trajanje	Aktivnosti	Ciljevi	Korisnici
EVIDENTIRANJE			
prvi susret	Upoznavanje s načinom rada, razgovor o problemu i o razlozima koji su do problema doveli.	Aktualiziranje problema. Uspostavljanje odnosa savjetovatelj - klijent.	eksperimentatori ovisnici
prvi susret	Početak detoksikacije (u ambulantama ili bolnicama).	„Čišćenje” organizma.	ovisnici
drugi susret	Ukoliko klijent dođe drugi put, dogovoriti zajedničke daljnje aktivnosti, upoznati ga s programom i ispuniti Pampidou upitnik.	Određivanje strukture i cilja savjetovanja. Planiranje tijeka akcije. Evidentiranje klijenta.	eksperimentatori ovisnici
AKTIVIRANJE			
treći susret	Zajedničko pronalaženje načina prestanka konzumiranja (ukoliko je konzument), upoznavanje sa sustavom testiranja.	Aktiviranje klijenta. Povećanje svjesnosti klijenta.	eksperimentatori ovisnici
četvrti susret	Prvo testiranje (test trake i sl.).	Utvrđivanje konzumira li klijent sredstva ovisnosti.	eksperimentatori ovisnici
peti susret	Komentiranje rezultata testiranja i dogovaranje o uključivanju članova obitelji u rad (klijent sam odabire člana obitelji ili prijatelja koji će mu biti podrška).	Produbljivanje povjerenja i podrške.	eksperimentatori ovisnici
ODVIKAVANJE			
šesti susret	Obiteljski savjetodavni rad.	Ustrojiti sustav obiteljske podrške.	eksperimentatori ovisnici
sedmi susret	Informiranje klijenta o vrstama sredstava ovisnosti i štetnosti njihova utjecaja.	Educiranje.	eksperimentatori
osmi susret	Poticanje klijenta da pronađe alternativne (zdrave) načine življenja.	Motiviranje.	eksperimentatori ovisnici
VRJEDNOVANJE			
deveti susret	Drugo testiranje (test trake i sl.).	Retestiranje	eksperimentatori ovisnici
deseti susret	Procjenjivanje učinkovitosti dolaženja (provedenih mjera i postupaka).	Evaluacija rada i procjenjivanje učinka savjetovanja.	eksperimentatori

Uspjeh u ostvarivanju ciljeva u pojedinoj fazi (koraku) provedbe programa djelomično možemo vrjednovati i metodom test-retest (navedenom u devetom susretu odnosno koraku); testiranje ovisnika provodi se brzim imunokromatografskim testovima u obliku panel pločica za kvalitativno otkrivanje sredstava ovisnosti (u svježem urinu), a rezultat takvoga testa na sredstva ovisnosti u retest postupku može biti mjera uspješnosti programa (na primjer, ako je osoba u prvom testiranju bila pozitivna na koje sredstvo ovisnosti, a onda nakon provedenih programiranih aktivnosti negativna, može se s određenom vjerojatnošću zaključiti o korisnosti provedenih postupaka koji su doveli do apstinencije ili odvikavanja). Na koncu, posljednjim dolaskom koji je ujedno i posljednji korak u provedbi programa zajednički se (ovisnik i stručna osoba) procjenjuje učinkovitost i korisnost provedenih postupaka psihoedukacije, rehabilitacije, odvikavanja ili liječenja; uspješnost se procjenjuje zajedničkom subjektivnom procjenom kao i anonimnim instrumentom vrjednovanja (u prethodnom dijelu naveden je primjer instrumenta vrjednovanja od strane korisnika).

- **Vrjednovanje odnosno samovrjednovanje specifične edukacije ovisnika primjenom testova informiranosti koji služe kao povratna informacija o stupnju informiranosti o pojedinom sredstvu ovisnosti**

Važno je da i testovi informiranosti slijede načela kojima se upravlja izrada ostalih instrumenata vrjednovanja i samovrjednovanja, odnosno da su u strukturalnom smislu konzistentni ostalim instrumentima koji se primjenjuju u sustavu vrjednovanja rada. U prvom se to redu odnosi na konstrukciju pitanja (pitanja višestrukog izbora, pitanja s afirmirajućim i negirajućim odgovorima te pitanja otvorenog tipa) i uputu (koja uvodi korisnika u smisao postupka testiranja informiranosti, ali i definira ciljeve (svrhu) i korist koji se time želi postići), dok se sadržajno pitanja u testovima informiranosti, prilagođavaju sadržaju specifične edukacije koja se provodi u radu s ovisnicima. Ovakav standardizirani pristup omogućuje višekratnu primjenu istoga instrumenta u vremenu kako bi se uvidjelo napreduju li pojedini ovisnici u usvajanju specifičnih znanja u funkciji odvijanja specifične edukacije, ali također omogućuje komparativnu analizu (usporedbu usvojenosti informacija i znanja između različitih osoba).

- **Supervizija kao oblik vrjednovanja rada**

Supervizija sve više postaje općeprihvaćena i nezamjenjiva metoda stručnog odnosno profesionalnog razvoja stručnjaka koji neposredno i intenzivno rade s ljudima pružajući im stručnu pomoć (pomagačka zanimanja).

Supervizija je proces interakcije supervizora i supervizanta u kojemu je cilj transformirati spoznaje do kojih je supervizant došao procesom supervizije u njegovu (buduću) profesionalnu aktivnost. Ova aktivnost uključuje učenje uvidom u situaciju. Svrha je jednostavna: pomoći stručnjaku svladati prepreke u radu i što je moguće više i bolje iskoristiti osobni prostor za napredovanjem jer procesom supervizije supervizant

dolazi do podataka o osobnome radu, a to je ishod sukladan ishodu (samo)vrjednovanja rada. Stoga je ključno, naravno, da je supervizor sustručnjak supervizantu.

4.1.6. Pokazatelji o vrjednovanju i samovrjednovanju rada u funkciji zaštite osobnog mentalnog zdravlja u radu

I u slučaju vrjednovanja i u slučaju samovrjednovanja presudno je imati razvijen standardizirani postupak odnosno strukturu koja će nam omogućiti sljedeće:

1. dobivanje jasnih i nedvosmislenih odgovora na postavljena pitanja
2. uspoređivanje odgovora više osoba koje su nas vrjednovala na isti način
3. uspoređivanje nalaza o provedenom vrjednovanju u vremenu (praćenje napredovanja u radu)
4. izražavanje nalaza statističkim vrijednostima i
5. praćenje i zaštitu emocionalnog (mentalnog) zdravlja u radu.

Standardizacija postupka (samo)vrjednovanja omogućuje nam kvantitativnu i kvalitativnu analizu na temelju koje ćemo što je moguće više objektivno procjenjivati rezultate rada i uvoditi moguće promjene u radu. Promjene u radu mogu se definirati:

- kao poboljšanje radnog učinka
- kao povećanje kvalitete rada
- kao povećanje zadovoljstva radom
- kao povećanje zadovoljstva klijenata (pacijenata) provedenim postupcima.

Sve navedeno ili pojedino od toga može biti cilj radne aktivnosti i ako se ostvari, povećava uspjeh ili vjerojatnost uspjeha u radu te je u funkciji zaštite mentalnog zdravlja na poslu.

4.1.7. Upravljanje stručnim postupcima postavljanjem ciljeva u radu i planiranjem i programiranjem rada - zašto je nužno u radu s ranjivom populacijom

Ciljevi su odredišta na kojima u budućnosti želimo biti. Odredišta koja sami zadajemo definiraju se našim željama i htijenjima, a u njihovoj su osnovi potrebe. To su prije svega sekundarne odnosno socijalne ili stečene potrebe koje nastaju tijekom našega rada. Prije negoli smo se počeli baviti nekom aktivnošću ili nismo imali potrebe vezane uz tu aktivnost ili su nam potrebe bile drukčije (vezane uz očekivanja od rada). Samim bavljenjem određenom aktivnošću pojavljuju se nove potrebe, a time i novi ciljevi upravljani tim potrebama. Ciljevi su, dakle, kreirani našim potrebama, ali oni i kreiraju nove potrebe. Zadovoljenje tih potreba su zapravo ciljevi djelovanja. Stoga je prilikom kreiranja ciljeva važno upoznati strukturu potreba. Međutim, odredišta kao ciljevi mogu biti i određena

„izvana“ - zahtjevima posla ili nalogodavca. Tada cilj može biti zadovoljenje zadanih zadaća, a potreba je osjećaj uspjeha u ostvarivanju zadaća ili priznanje za uspješan rad.

U definiranju ciljeva postoji stvarna opasnost da se ciljevi identificiraju ishodima (na primjer specifična educiranost u okviru univerzalne prevencije ovisnosti nije cilj preventivnih aktivnosti, već ishod tih aktivnosti, a ciljevi su nova znanja za korisnike). Stoga u kreiranju ciljeva treba identificirati potrebe populacije kojoj su aktivnosti usmjerene. Iz tih potreba proizlaze ciljevi, a oni opet imaju više razina:

1. globalni ciljevi (konačno stanje u kojemu želimo biti nekada u budućnosti)
2. specifični ciljevi (učinci koji se mogu objektivno mjeriti)
3. operativni ciljevi (opisana konkretna i stvarna ponašanja).

O uspješnom ostvarivanju ciljeva ovisi motivacija za daljnji rad, a o motivaciji ovisi ustrajnost u radu na novim ciljevima. Najjaču motivacijsku snagu imaju one potrebe koje nisu zadovoljene (ulažemo dodatni napor da uspijemo) kao i uspjeh u zadovoljenju potreba koji nam daje polet za nove radne uspjehe.

Ciljevi u radu s ranjivom populacijom mogu biti:

Znanja (psihoedukacija i specifična edukacija)

Točna i nedvosmislena informacija može ubrzati tijek stručnih postupaka, pomoći u donošenju ispravnih i zdravih odluka korisnika i u konačnici spasiti život. Informiranje korisnika s ciljem trajne promjene ponašanja (učenja) važno je sredstvo u radu s klijentima i pacijentima ili s mladim čovjekom rizičnog ponašanja, ustvari toliko važno da u konačnici može biti cilj sam za sebe. Klijente i mlade rizičnog ponašanja potrebno je podučiti i štetnosti pojedinih oblika ponašanja, ali posebno donošenju zdravih životnih odluka, prihvatanju osobnih emocija, samokritičnosti, pa čak i osnovnim životnim znanjima o tome kako stjecati nova znanja i kako potražiti pomoć.

Promjene ponašanja (modifikacija ponašanja)

Ponašanja klijenta ili pacijenta koja imaju za posljedicu uništenje osobnog života i života bliskih im osoba potrebno je u postupku pružanja stručne pomoći modificirati. Promjenom obrasca ponašanja od neprimjerenog k primjerenom ponašanju osoba započinje zadovoljenje potreba pronalaziti u normalnim i svakodnevim životnim aktivnostima.

Promjene navika

Navike su učenjem stečeni obrasci ponašanja u određenim situacija, a oblikuju se i učvršćuju opetovanim ponavljanjem iste aktivnosti. Na primjer, ovisnici su postali ovisnicima ponavljanjem ovisničkog ponašanja koje ih je dovelo do droge i koje im nije ostavljalo prostora za druge oblike ponašanja koja nisu povezana s ovisničkim. Ovisnici razvijaju naviku ovisničkog ponašanja koja svakim novim drogiranjem postaje sve čvršća, čak i automatizirana. Međutim, dobra je vijest da se naučeno može i odučiti, naravno ako je osoba motivirana za to. Stoga je u postupku pružanja stručne pomoći važno kao cilj definirati kako će se navike dezautomatizirati da bi se one potom ugatile odnosno nestale.

Promjene stavova

Stavovi su stečene, i to tvrdokorne i na promjene prilično otporne organizacije emocija, vrjednovanja i ponašanja prema onome što je objekt stava. Opet na primjeru ovisnika možemo vidjeti da ako je kod ovisnika objekt stava sredstvo ovisnosti odnosno droga, i ako ovisnici imaju pozitivan stav prema drogi (a uglavnom imaju, osobito u početku drogiranja), onda je jasno da je iznimno teško tako formirane stavove mijenjati. Međutim, ako se okolnosti izmijene i ovisnika se dovede u situaciju da isproba nova i pozitivna životna iskustva koja nisu povezana s drogiranjem, onda se otvara prostor za promjenom stava, a time i za promjenom ponašanja koja su sa stavom povezana.

Izlječenje

Cilj je postupaka usmjerenih bolesniku ili njegovom izlječenju ili pak smanjivanju štete od bolesti koje se mogu razviti kao posljedica narušenog mentalnog zdravlja.

Rehabilitacija

Razvojem mentalnih teškoća kod pojedinca razvijaju se ponašanja kojima takva osoba postaje nefunkcionalna u svojem okruženju. Čak i ako se tijekom bolesti preokrene u njegovu korist, odnosno u smjeru liječenja pa čak i mogućeg izlječenja, obično u životu takve osobe (a najbolji primjer za to su također ovisnici) ostaje pustoš koju je potrebno ponovno osmisliti u sadržajan život.

Resocijalizacija

Teškoće s mentalnim zdravljem za sobom često povlače i teškoće u socijalnom funkcioniranju osobe. U postupku skrbi o takvoj osobi njezino ponovno uključivanje u mrežu normalnih i zdravih socijalnih odnosa (resocijalizacija) sredstvo je, a često i pretpostavka, uspješnog rehabilitiranja u socijalno funkcionalnu i društveno korisnu osobu.

Dakle, ciljevi su opisana zamišljena ponašanja kojima se u radu teži. U svakom trenutku izvođenja aktivnosti može se učiniti sljedeće: možemo opisati trenutna ponašanja i postignuća i usporediti ih s opisanim zamišljenim ponašanjima i postignućima, pa ako se u određenoj mjeri podudaraju, tada znamo da smo na pravom putu k ostvarivanju cilja, no ako se ne podudaraju, vrijeme je za promjenu pristupa ili za ulaganje dodatnog napora u željenom smjeru.

Kada ustanovimo da se svojim postupcima ne približavamo unaprijed zadanim ciljevima, tada možemo učiniti nešto od sljedećega:

- korigirati plan i program rada

Skrb o mentalnom zdravlju složen je proces koji mora biti organiziran tako da nužno uključuje dobro planiranje i programiranje, a ono uključuje, između ostaloga, i postavljanje ciljeva u radu, odnosno vrjednovanje rada s obzirom na postavljene ciljeve. Ukoliko rezultati provedenih postupaka (samo)vrjednovanja ukažu na to da se planiranim i programiranim oblicima rada ne postižu postavljeni ciljevi, potrebno je mijenjati strukturu i sadržaj plana i programa te ih uskladiti s ciljevima.

- preusmjeriti i modificirati aktivnosti

Ponekad se tijekom rada pokaže kako je plan i program dobar okvir za rad, ali su pojedini postupci neprimjereni. Tada se modifikacija rada usmjerava samo prema tim pojedinim postupcima.

4.1.8. Zaključak

Svaki rad uglavnom može biti bolji. To ovisi o onima koji u njemu sudjeluju. Ali, biti bolji znači dobro poznavati sadašnje stanje, anticipirati želje i htijenja s obzirom na mogućnosti (kreirati ciljeve) te osmisлити putove koji vode do cilja. Kako je ishodište puta k uspjehu poznavanje sadašnjega stanja, ključno je razviti sustav povratnih informacija o tome što i kako radimo, kako od sebe samih tako i od drugih oko nas koji naš rad poznaju. Ovaj sustav povratnih informacija nazivamo evaluativnim mehanizmom ili postupkom vrjednovanja i samovrjednovanja rada. Radi se o važnom ispravljačkom mehanizmu u radu bez kojega nam rad može postati stranputica na kojoj više gubimo i vrijeme i trud pokušavajući izaći na pravi put, nego što pomažemo drugima. Stoga je sustav vrjednovanja i samovrjednovanja u pomagačkim zanimanjima neizostavni dio stručnih postupaka.

Literatura:

1. Brlas, S. (2010.): Kako znati kamo idemo; vrjednovanje i samovrjednovanje rada s ovisnicima, Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Virovitica

4.2. Pravo na superviziju psihologa u službama za mentalno zdravlje kao potreba za profesionalnim dijalogom i podrškom

4.2.1. Uvod

Psiholozi u centrima za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti, danas službama za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti rade od samih početaka njihovog otvaranja. Vrijeme u kojem se počelo s radom s ovisnicima u Hrvatskoj bilo je poslijeratno i prilično nesigurno. U nekim centrima psiholozi nisu imali niti primjeren prostor za rad, poslodavac je najčešće bila županija ili grad. Nije bilo lako u takvim društvenim uvjetima predočiti da su za kvalitetan rad potrebni: primjeren prostor, testovi, stručna literatura, edukacije iz psihoterapije, savjetovanja, kontakt sa strukom, pohađanje konferencija, seminara... Iako, ne bi bilo korektno reći da toga nije bilo ili da oni za to nisu imali sluha. No, nažalost, nije bilo sustava koji bi stručnjacima koji smo radili u centrima omogućio neku optimalnu zajedničku razinu uvjeta rada. I tako je svaki centar u Hrvatskoj sam sebe gradio, što možemo sagledati s dvije strane. Jedna je frustrativna zbog nesigurnosti, nedostatka sustava i pravila, a samim tim i uvjeta rada. Druga je strana oslobađajuća zbog slobode u kreiranju opisa posla psihologa koja nam je omogućila da bismo na čega se usmjeriti u svom radu prema osobnim preferencijama. Tako je bilo kolega koji su u svojim centrima testirali sve pacijente, kao što je bilo kolega koji su u svom radnom vremenu isključivo radili suradnju sa školama, odnosno poslove primarne prevencije. Nije bilo sustavne strategije oko toga, no nažalost, slična je situacija i danas.

Nakon dugogodišnjeg rada u Centru za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti još je nepoznanica gdje mi pripadamo. Pripadamo li području (ne)zdravstvene ili području kliničke psihologije? Što se zbiva s našim stažiranjem, postoji li mogućnost polaganja našeg stručnog ispita pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi? Je li naša Komora svjesna da postojimo zajedno s problemima? Tko o nama brine i pita nas kako smo? Na koliko nas stručnih usavršavanja poslodavac mora ili ne mora poslati? Tko brine o kvaliteti timske suradnje, odnosno kako objasniti psihijatrima tko smo i što radimo, ako to sami ne znamo? Kako raditi u okruženju koje ne traži u dovoljnoj mjeri usavršavanje za sve koji neposredno rade s ljudima u istom timu?

Polazeći od toga opravdano se postavljaju tri pitanja:

1. Kako je nama psiholozima u službama za mentalno zdravlje na poslu?
2. Kako se brinemo za sebe?
3. Kako djelujemo da podijelimo odgovornost s odgovornima?

U ovome prilogu temeljem rezultata ankete provedene s psiholozima koji rade u službama za mentalnom zdravlju pokušat ćemo dati početne naznake odgovora na ova pitanja. Pri tome ćemo posebnu pozornost posvetiti superviziji kao specifičnom obliku dijaloga među profesionalcima.

Uz superviziju postoje i drugi oblici dijaloga i podrške među pomagačima koji mogu ili moraju biti dostupni stručnjacima koji neposredno rade s ljudima. To su stručni nadzor, stručna (do)edukacija, konzultacije, psihološke krizne intervencije (Ajduković M., Cajvert, Lj., 2004.).

Supervizija se kao metoda usvajanja profesionalnih znanja i profesionalnog razvoja počela razvijati u Sjedinjenim Američkim Državama potkraj 19. stoljeća, a u Europu je prenesena tek 50-ih godina 20. stoljeća. Danas se smatra da je supervizija nužna u profesionalnom radu i razvoju svih koji neposredno rade s ljudima, pa tako i u području socijalnog rada i socijalne skrbi. Kroz superviziju se razvija tzv. reflektirajući praktičar koji s produbljenim razumijevanjem odnosa među ljudima, uzroka nastanka određenih poteškoća i problema i činitelja koji potiču ili otežavaju daljnji razvoj, kako njegov tako i korisnika usluga. Polazeći od Kolbova modela učenja to razumijevanje mora biti kognitivno, emocionalno i iskustveno (Kolb, 1984.).

Kao što navodi ANSE¹ (2006.), supervizija se odnosi na komunikaciju i suradnju u radnom kontekstu ljudi. Ona unaprjeđuje ponašanje ljudi u njihovim profesionalnim ulogama u određenom institucionalnom kontekstu uzimajući interaktivno u obzir osobni, organizacijski, društveni i politički aspekt. Supervizija je refleksija, a ne instrukcija, ali je ipak usmjerena na akciju i rezultate. Nezavisna pozicija supervizora² olakšava razumijevanje i pronalaženje rješenja. Zahvaljujući svojoj svrsi i konceptualizaciji supervizija može biti od pomoći u pojašnjavanju procesa rada te stvaranju jasnog okvira za rad i refleksiju o radu. Tako olakšava:

- pojašnjavanje profesionalnih zadaća, funkcija i uloga
- razumijevanje složenih profesionalnih pitanja i sustava u kojima se odvija profesionalni rad
- podršku u izazovnim i zahtjevnim profesionalnim situacijama i sukobima
- podršku i usmjeravanje procesa promjene
- kreativna rješenja za nove profesionalne izazove
- otkrivanje i proširivanje osobnih resursa
- otvorenost prema različitim vrijednostima i pomno ispitivanje osobnih pravila i usmjerenost na višestruke perspektive
- prevenciju nasilja na radnom mjestu i sagorijevanja na poslu.

Ovakav pristup supervizijskom radu vodi kontinuiranom razvoju pomagača pri čemu se integriraju osobni i profesionalni razvoj kao dvije nužne i međusobno povezane pretpostavke zrelog i kompetentnoga profesionalnog djelovanja (Kessel, V. (2001.): prema Ajduković, 2007.).

1 ANSE - Association of National Organizations for Supervision in Europe (www.supervision-eu.org/anse).

2 Kad se govori o nezavisnom položaju supervizora, podrazumijevamo to da supervizor nije u nadređenom odnosu prema supervizantima te da nije u podređenom odnosu u odnosu na službu ili organizaciju za koju daje superviziju. Polazeći od toga, smatra se da je najbolje da supervizor nije djelatnik službe ili institucije u kojoj pruža supervizijske usluge.

4.2.2 Metoda

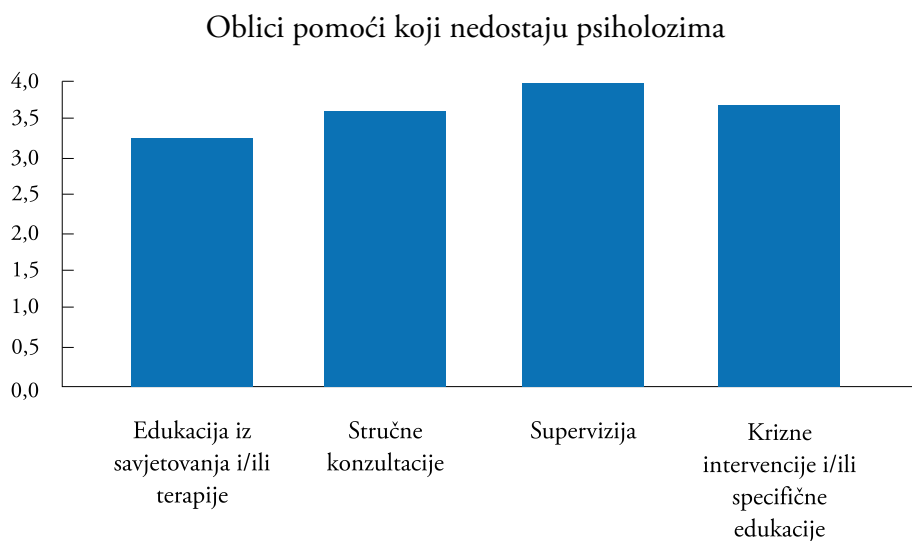
Za potrebe ovoga rada priređena je anketa koja je u elektronskom obliku poslana svim psiholozima koji rade u službama za mentalno zdravlje (N= 31). Na anketu je odgovorilo devetnaest psihologa što je 61% od ukupnog broja psihologa kojima su poslane ankete. Njihova prosječna dob je 39,72 godina, njihov prosjek godina rada u struci je 12,77 godina. Prosječan broj godina rada na sadašnjem radnom mjestu je pet godina.

4.2.3. Rezultati



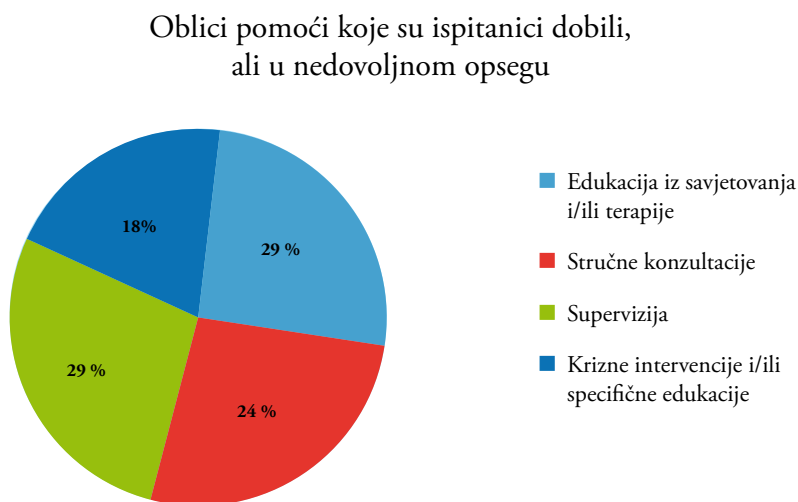
Grafički prikaz 1. Zadovoljstvo s uvjetima rada

Psiholozi koji su sudjelovali u anketi najnezadovoljniji su prostorom u kojem rade, dostupnosti stručne literature i sredstvima za rad. Za pretpostaviti je da stručnu literaturu i sredstva za rad (psihotestovi) nije lako u današnjim uvjetima različitih financijskih ograničenja dobiti, a ostaje otvoreno pitanje kako to utječe na kvalitetu rada.



Grafički prikaz 2. Oblici pomoći koji nedostaju psiholozima

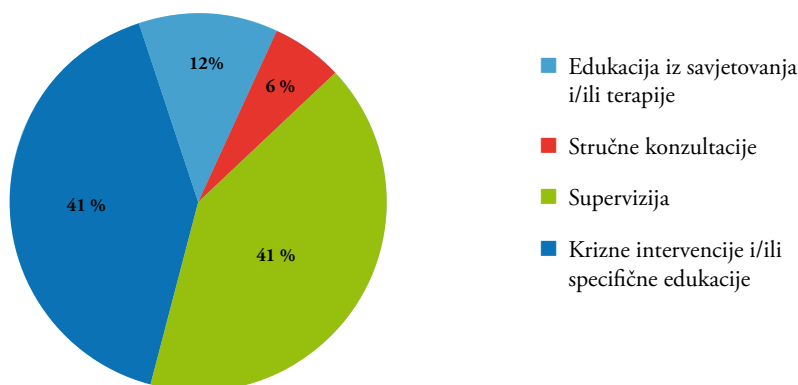
Psiholozi navode da im najviše nedostaje supervizija u poslu, a valja se prisjetiti da ona osigurava kvalitetu rada, djelotvornost organizacije i dobrobit korisnika, kao i profesionalni rast i razvoj stručnjaka te povećanje njihove kompetentnosti (Ajduković, M., Cajvert, Lj., 2004., str. 23.)



Grafički prikaz 3. Oblici pomoći koje su ispitanici dobili, ali u nedovoljnom opsegu

Vidimo da su psiholozi uglavnom dobili neke oblike stručne pomoći i podrške, ali im istih treba još. Tako navode da im treba još: supervizije, edukacija iz savjetovanja i terapije, stručnih konzultacija i kriznih intervencija. Potreba za stručnim konzultacijama je visoka, no ovoga trenutka ta mogućnost ne postoji u dovoljnoj mjeri na raspolaganju psiholozima u Službama za mentalno zdravlje. Općenito se u našem sustavu premalo razgovara o mogućnostima i načinima pružanja stručnih konzultacija. Krizne intervencije nedostaju i kronično su nam potrebne, pitanje je samo mogu li se one uopće i gdje dobiti u sustavu zdravstva.

Oblici pomoći koje ispitanici nikada nisu dobili,
a smatraju da im trebaju

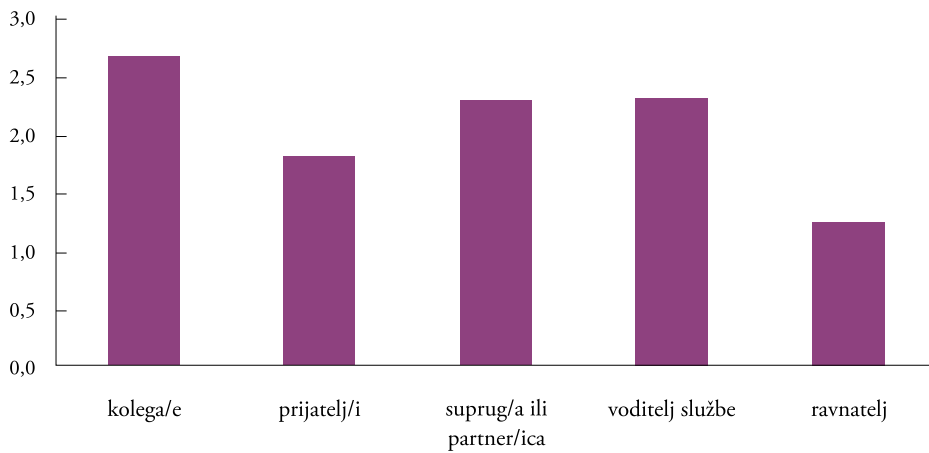


*Grafički prikaz 4. Oblici pomoći koje ispitanici nikada nisu dobili,
a smatraju da im trebaju*

Visoki postotak psihologa koji su sudjelovali u ovom malom istraživanju nikada nije dobio edukaciju iz kriznih intervencija, niti superviziju. Ako znamo da je prosjek godina rada na tom radnom mjestu pet, možemo zaključiti da je to dugo vremensko razdoblje u kojem si psiholozi nisu mogli u svojim profesionalnim brigama primjereno pomoći.

Ovi su oblici pomoći što potrebni jer su sudionici ovoga istraživanja procijenili na ljestvici od pet stupnjeva (1= u potpunosti je stresan, 5= uopće nije stresan) svoj posao djelomično stresnim (prosječna procjena je 2,74), a istodobno su svoju razinu prepotrećenosti poslom procijenili relativno visokom, odnosno prosječnom procjenom 3,6 (1= uopće nije, 5= u potpunosti). To se opravdano može protumačiti kao poziv za nekim oblikom profesionalne brige i pomoći.

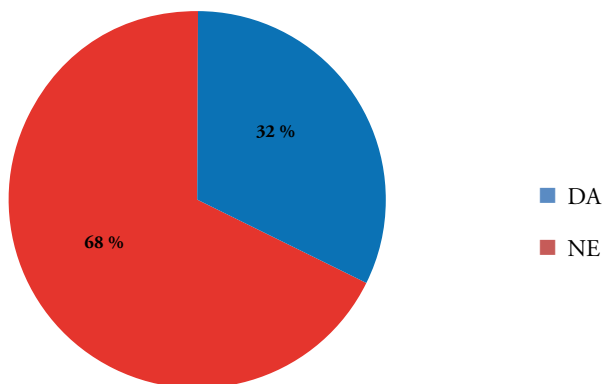
Osoba ili osobe s kojima se najčešće razgovara o problemima i stresu na poslu



Grafički prikaz 5. Osoba ili osobe s kojima se najčešće razgovara o problemima i stresu na poslu

Kada imaju problema na poslu, psiholozi najčešće o tome razgovaraju s kolegama i voditeljem službe. To je dobar način suočavanja s problemom, iako nedovoljan.

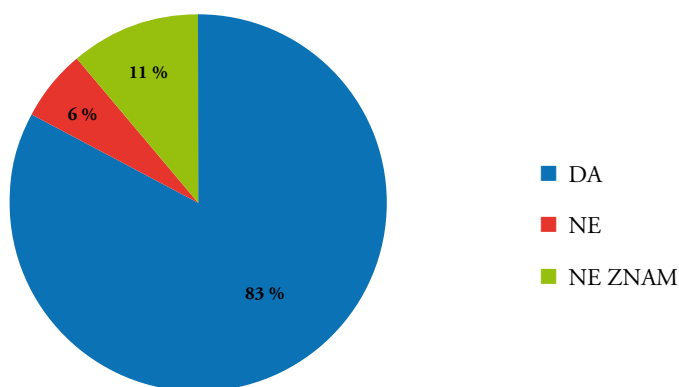
Sudjelovanje u superviziji u okviru sadašnjeg posla



Grafički prikaz 6. Sudjelovanje u superviziji u okviru sadašnjeg posla

Većina psihologa nije sudjelovala u superviziji na svom radnom mjestu, a oni koji jesu, uglavnom navode superviziju rada Službe za mentalno zdravlje doktora Slavka Sakomana s učestalošću od jednom godišnje. To bi više ulazilo u područje organizacijske supervizije ili supervizijske konzultacije, a ne supervizije u punom smislu te riječi.

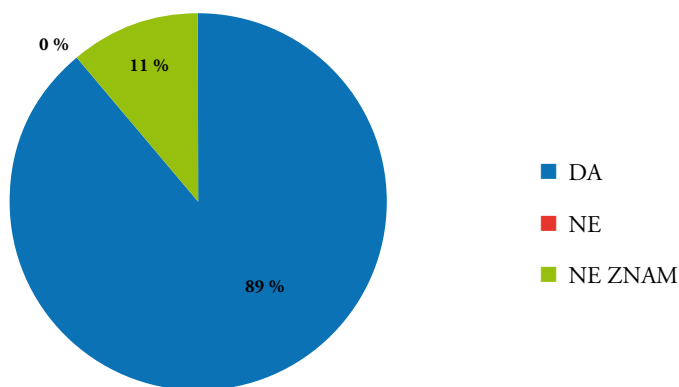
Postojanje potrebe za supervizijom



Grafički prikaz 7. Postojanje potrebe za supervizijom

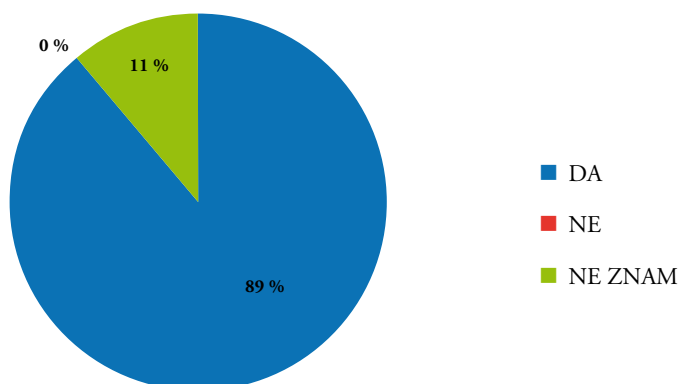
Čak 83% psihologa iskazuje potrebu za supervizijom. Pitanje je kako taj oblik pomoći učiniti dostupnim u zavodima za javno zdravstvo.

Pristanak za uključivanje u supervizijsku skupinu



Grafički prikaz 8. Pristanak za uključivanje u supervizijsku skupinu

Pristanak na kontaktiranje u budućnosti



Grafički prikaz 9. Pristanak na kontaktiranje u budućnosti

Gotovo 90% psihologa ispitanika uključilo bi se u supervizijske skupine da se ovoga trenutka pokrenu i isti taj postotak ljudi pristaje da ih kontaktiramo u istom slučaju.

4.2.4. Što još kažu psiholozi o značaju supervizije

Koliko je psiholozima potreban profesionalni dijalog i stručna pomoć u poslu kojeg svakodnevno obavljaju, najbolje ukazuju pitanja, dvojbe i problemi koje navode da bi sutra donijeli na supervizijsku skupinu:

- „Što ukoliko procijenim da nisam kompetentna za rad s nekim klijentom, a nadređeni od mene traži da radim s njim?”
- „Postavljam li dovoljno dobro granice klijentima koji kasne i ne dolaze redovito?”
- „Kako postupiti u slučaju sumnje na seksualno zlostavljanje dok je veliki otpor da se o tome progovori?”
- „Kako postupiti kada postoji opravdana sumnja na ovisničko ponašanje kod djeteta dobrih prijatelja koji isključuju takvu mogućnost?”
- „Pacijent je opijatski ovisnik, pet je godina na supstitucijskoj terapiji buprenorfinom, depresivan je. Simptome depresivne slike stanja liječi povećanjem terapije. Kako polazim iz kognitivno-bihevioralne škole, potrebno je raditi na bihevioralnoj aktivaciji. Pokušala sam niz načina, ali dosta bezuspješno. Na koji način pokrenuti taj proces?”
- „Neprepoznavanje važnosti psihoterapije od strane ravnatelja, tj. nedovoljna podrška za tako zahtijevan rad i učinci toga na motivaciju i kvalitetu rada.”
- „Slučaj bivšeg ovisnika koji je depresivan, izgubljen, sam, pred rastavom i nemoćan.”

- „Mislim da se može raditi i na odnosima na poslu, kompetencijama, a ne samo na slučajevima koji se odnose na pacijente.”
- „Trenutno nemam ni jedan gorući problem, ali mi se tijekom dosadašnjeg rada u ovom odsjeku nameću brojna pitanja u vezi rada s ovisničkom populacijom, na koja do danas nisam uspjela dobiti konkretne odgovore (a tražila sam ih, zajedno sa svojim kolegama). Najveći problem koji se nameće u radu s njima je motivacija za rad na sebi, a ne samo dobivanje zamjenske terapije i sl.”
- „Problem timskog rada na složenom problemu osobe; kad su među članovima tima različite razine razvijenosti kompetencija za djelotvoran rad na toj problematici; različit odnos prema radu, predanost poslu, motiviranost, shvaćanje odgovornosti, a nisu jasno određene uloge pri radu na konkretnom problemu s obzirom na kompetencije potrebne za njegovo uspješno rješavanje.”
- „U tretmanu imam adolescenta koji je došao u službu na inicijativu roditelja i ODO-a zbog kaznenog djela, gdje je s nekolicinom prijatelja razbio kamenjem prozor autobusa u vožnji. U otporu je i pristaje surađivati samo kada mu se popušta. U slučaju postavljanja jasnijih granica odbija poštivati postavljena pravila. Ne uspostavlja spontanu komunikaciju, ne otvara se...”
- „Problem smetnji ponašanja pojedine djece koja su multiple etiologije, uz oskudnu suradnju roditelja, nedostatak stručnih službi u školama. Imam nekoliko slučajeva s kojima je rad zbog navedenog vrlo težak, uz nikakve ili minimalne pomake. Tijekom cijelog radnog vijeka postoje slučajevi koje je potrebno raspraviti s kolegama i supervizorom jer koliko god da radimo na sebi, uvijek postoji još nešto za doraditi...”

4.2.5. Zaključno razmišljanje

Svaki psiholog radeći ovaj vrlo odgovoran posao zaslužuje profesionalnu podršku kako bi što kvalitetnije ispunjavao svoju ulogu i dobro se osjećao u svojoj ulozi. Supervizija je ključno sredstvo za postizanje jednog i drugog. Naravno da stvarnost nosi sa sobom ograničenja kako financijska tako i ljudskih resursa.

Također treba podsjetiti da supervizija nije odgovor na sva pitanja i sve potrebe stručnjaka i korisnika. Iako ima edukativnu funkciju, supervizija ne može kompenzirati potrebu da stručnjaci usvoje suvremena znanja o psihologiji i dinamici obitelji. No, supervizija olakšava da se ta znanja integriraju s praksom, da postaju „iskoristiva znanja“ koja se mogu podijeliti s korisnicima kako bismo omogućili jasnoću rada i dogovora o radu.

Teret odgovornosti za dostupnost supervizije kao načina postizanja kvalitete rada je prvenstveno na donositeljima odluka u sustavu zdravstva koji su dužni osiguravati pretpostavke kvalitetnog rada i profesionalnih udruženja koja su dužna čuvati dignitete profesija uključujući skrb o izloženosti profesionalnom stresu i načinima njegovog olakšavanja svojim članovima. Supervizija nije, niti smije biti, samo osobna odgovornost

stručnjaka koji rade u području mentalnog zdravlja. Pod tim je vidom Hrvatska psihološke komora poduzela prve korake regulirajući supervizije kao jednog od načina relicenciranja psihologa u „Pravilniku o sadržaju, rokovima i postupku stručnog usavršavanja i prijavi stručnog skupa za usavršavanje psihologa“. Konkretno, grupna supervizija psihološkog rada koju vodi licencirani supervizor boduje se dvama bodovima za dva sata supervizije te jednim bodom za dva sata supervizije za supervizante. Također je propisan je predložak „Bilješka o susretu supervizijske skupne“. No, to su tek prvi početni koraci u tom području i potrebno je puno više angažmana svih uključenih da supervizija postane dostupna i psiholozima koji rade u području mentalnog zdravlja.

Literatura:

1. Ajduković, M. (2007.): Značaj supervizije za kvalitetni rad s djecom, mladima i obiteljima u sustavu socijalne skrbi, Ljetopis socijalnog rada, 14 (2), 339. - 353.
2. Ajduković, M., Cajvert, Lj. (2004.): Supervizija u psihosocijalnom radu, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb
3. Kolb, D. (1984.): Experiential Learning, Prentice Hall, New Jersey

POGOVOR

U vrijeme nastajanja ovoga pogovora u Briselu je pod patronatom Europske komisije održana konferencija na kojoj se raspravljalo o strategiji u zdravstvu Unije do 2020. godine. Zaključci s konferencije jasno naglašavaju važnost mentalnog zdravlja kao jednog od temelja prosperiteta građana Unije. Zdrava europska populacija je temelj i ekonomskog uspjeha u dinamičnom globaliziranom svijetu, a zdravlje za sve jedan od imperativa. Europska je komisija mentalnom zdravlju veći značaj dala prije pet godina, kada je pokrenula European Pact for Mental Health and Well-being, s namjerom promocije značaja mentalnog zdravlja za javno zdravstvo, produktivnost, učenje i društvenu koheziju u Uniji. Pet područja koja su obuhvaćena planom aktivnosti su: prevencija samoubojstava i depresije, mentalno zdravlje mladih i njihovo obrazovanje, mentalno zdravlje na radnom mjestu, mentalno zdravlje kod starijih osoba i sprječavanje stigmatiziranja i društvenog isključivanja. Plan obuhvaća promociju mentalnog zdravlja, prevenciju mentalnih bolesti, podršku osobama s problemima u mentalnom zdravlju kao i promociju novih znanstvenih spoznaja radi sprječavanja mentalnih bolesti.

Mentalno zdravlje omogućava građanima uživanje u dobrobiti, kvaliteti življenja i zdravlju. Promovira učenje, rad i sudjelovanje u društvu. Visoka razina mentalnog zdravlja i dobrobiti u populaciji, ključan su izvor za uspjeh društva temeljenog na znanju i jakom gospodarstvu. Europske zemlje suočene su s porastom mentalnih bolesti, a depresija među njima zauzima visoko prvo mjesto. Depresija je također vodeći rizični čimbenik za pokušaj samoubojstva koji je glavni uzročnik smrtnosti. Mentalne bolesti i samoubojstva uzrokuju patnju kod pojedinaca, obitelji i društva u cjelini, utječu na zdravlje, obrazovanje, ekonomiju, tržište rada i društvenu dobrobit.

Ulaganje u prevenciju dokazano je najisplativija metoda sprječavanja razvoja mentalnih bolesti uz akcije promocije mentalnog zdravlja i dobrobiti kroz sve sustave - od javnog zdravstva do radnog mjesta, obitelji, okoline. Upravo prevencija značajno doprinosi dobrobiti i ekonomskoj koristi društva u cjelini.

Poremećaji mentalnog zdravlja prema nekim procjenama obuhvaćaju petinu populacije Europske unije, a slična je situacija i u Hrvatskoj. Činjenice da se bolničko liječenje zbog mentalnih poremećaja u Hrvatskoj nalazi na drugome mjestu, da je najveći broj hospitaliziranih zbog mentalnih poremećaja u dobi od 20 do 59 godina, dakle, u radno najaktivnijem životnom razdoblju, dovoljan su alarm za poduzimanje preventivnih aktivnosti - ne samo radi pojedinaca koji se susreću s poremećajima u mentalnom zdravlju, već i radi društva koje želi svoju snagu graditi na jakom pojedincu i jakoj tržišnoj ekonomiji.

Koja je uloga psihologa kada govorimo o mentalnom zdravlju?

Psihologija je komplementarna medicinskoj znanosti. Spoznaje i metode kojima se koriste dopuštaju psiholozima da značajno doprinesu promociji zdravlja na mnogo načina. Psiholozi mogu identificirati uvjete koji doprinose dobrom mentalnom zdravlju, ali i one suprotne (kao što su depresija, anksioznost i stres), te psihosocijalne posljedice kroničnih bolesti. Osim toga, djeluju savjetodavno kada se radi o edukacijama o mentalnom zdravlju, te u pružanju podrške kod odvikavanja od ovisnosti (o drogi, kockanju, alkoholu, pušenju i sl.) i educiranju radi sprječavanja riskantnih ponašanja. Konačno, psiholozi su često dodatno educirani i za psihoterapijsku praksu te i u tome dijelu značajno mogu doprinijeti smanjenju poremećaja u mentalnom zdravlju.

Psiholozi kao dio skupine profesionalaca u zdravstvenom sustavu koriste dijagnostičke, edukacijske i terapijske metode te osiguravaju kvalitetan servis u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao i u sustavu javnog zdravstva, mentalnog zdravlja te u rehabilitaciji. Ova skupina psihologa je izravno uključena i u prevenciju, ali i u liječenje. Psiholozi izvan zdravstvenog sustava, primjerice školski ili organizacijski psiholozi, značajno doprinose promociji (mentalnog) zdravlja promovirajući i razvijajući zdrav način življenja kroz stvaranje radnih uvjeta za bolje mentalno zdravlje svih!

Knjiga Psihologija u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja i prevenciji ovisnosti okupila je priloge trinaest hrvatskih psihologa s namjerom određivanja područja rada i poslova psihologa u sustavnoj zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja i prevenciji ovisnosti. Iako se iz naslova knjige može zaključiti kako se radi o samo jednom segmentu prevencije poremećaja u mentalnom zdravlju, onog vezanog uz ovisnost, u knjizi su obuhvaćena područja značajna za razumijevanje, a zatim i prevenciju poremećaja u mentalnom zdravlju. Nakon uvodnih razmatranja i definiranja pojmova, navedeni su elementi prevencije problema mentalnog zdravlja tijekom životnog ciklusa (kod djece, mladih, odraslih), kao i kroz okolinske elemente (obitelj, škola, radno mjesto, ali i socijalno isključene skupine i ovisnička populacija). Posljednje je poglavlje prilog za psihologe (i ne samo za njih) u kojem su obrađeni stručni postupci psihologa. Ono predstavlja dobar pisani temelj za razvoj psihologije u području mentalnog zdravlja.

Kako je u prvome poglavlju i navedeno: „...u službama za mentalno zdravlje, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti u Hrvatskoj prema dostupnim podacima radi trideset i jedan psiholog...“, odnosno 1,5% ukupnog broja licenciranih psihologa u Hrvatskoj, što je nedovoljan broj psihologa u odnosu na stvarne potrebe.

Vjerujem da će ova knjiga doprinijeti poticaju razvoja sustavne brige o mentalnom zdravlju u Hrvatskoj kao i boljem pozicioniranju psihologije i psihologa u sustavnoj skrbi o mentalnom zdravlju.

Hrvoje Gligora, prof.
predsjednik Hrvatske psihološke komore

KAKO JE NASTALA KNJIGA

Knjiga Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja plod je inicijative skupine psihologa zaposlenih u zavodima za javno zdravstvo za afirmaciju primijenjene psihologije na rješavanju društveno relevantnih pitanja mentalnog zdravlja. Dio je aktivnosti na temu „Psihologija i pitanja mentalnog zdravlja“ koje smo pokrenuli s ciljem razmatranja kapaciteta psihologije za djelotvorne intervencije u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja i prevenciji problema mentalnog zdravlja i ponašanja. Nastojimo promovirati biopsihosocijalni pristup mentalnom zdravlju i preventivne intervencije usmjerene na dobro (pozitivno) mentalno zdravlje populacije, posebice se usmjeriti na mjere univerzalne prevencije na organizacijskoj i socijalnoj razini u školama, radnim organizacijama i zajednici.

Ova inicijativa neposredno je potaknuta izlaganjem prof. dr. sc. Slavka Sakomana, dr. med. na temu „Javno zdravstveni aspekt mentalnog zdravlja“ te pozivom i poticanjem prim. dr. sc. Marine Kuzman, dr. med. svim sudionicima i strukama u ovom području da se aktivno uključe u raspravu o mjerama djelovanja prema nacrtu Nacionalne strategije za zaštitu mentalnog zdravlja, održanom na stručnom skupu „Međusektorska suradnja i aktualnosti u tretmanu ovisnika“, 7. i 8. prosinca 2009. godine u Sisku.

Potaknuta i vođena vrlo jasnim određenjem uloge psihologa, odnosno „otvaranjem vrata“ psiholozima u djelatnosti zaštite mentalnog zdravlja od strane prof. dr. sc. Slavka Sakomana, dr. med., mjesec do dva nakon ovoga skupa pozvala sam kolege psihologe Viktora Božičevića i Sinišu Brlasa da pokrenemo aktivnosti u našoj struci. Budući da je škola nezaobilazan značajan partner javnom zdravstvu u zaštiti mentalnog zdravlja djece, pozvala sam i kolegicu Branku Lukić Cesarik da nas podrži i pridruži nam se. Zajedno smo dobili podršku za ovu inicijativu brojnih kolega psihologa, istaknutih profesionalaca u relevantnim područjima primijenjene psihologije koja je bila ohrabrujuća i poticajna za razvoj aktivnosti. Posebno je dragocjena bila spremnost na aktivan doprinos našim nastojanjima: Slavka Sakomana, Deana Ajdukovića, Marte Ljubešić, Mirjane Nazor i Zorana Sušnja. Na prijedlog kolege Siniše Brlasa, uz pripreme predavanja i okruglih stolova, počeli smo raditi na definiranju područja rada psihologa na razini primarne zdravstvene zaštite. Kako je rasla podrška i spremnost kolega za doprinos našim nastojanjima, bilo je sve više obrađenih područja rada psihologa, nastala je knjiga. Zamislili smo ju da posluži kao polazište za raspravu i unaprjeđenje međusektorske suradnje u zaštiti i unaprjeđenju mentalnog zdravlja za psihološku djelatnost. Zadivljujuća je bila spremnost i entuzijazam autora tekstova: Marine Ajduković, Berte Bacinger Klobučarić, Marte Ljubešić, Margarete Mesić, Ljiljane Mikuš, Mirjane Nazor, Zdenke Pantić, Pina Tuftana i Ane Uranije, koji su, uz kolege Viktora Božičevića, Sinišu Brlasa, kolegicu Branku Lukić Cesarik i mene, u vrlo kratkome roku napisali poglavlja u knjizi, međusobno komunicirajući samo elektronskom poštom.

Tijekom ovih nekoliko mjeseci osobito je dobrodošla bila podrška našim nastojanjima predsjednika Hrvatske psihološke komore Hrvoja Gligore i predsjednika Hrvatskog psihološkog društva Josipa Lopižića.

Posebno ohrabrujuća i dragocjena bila je podrška mr. sc. Miroslava Venusa, dr. med., ravnatelja Zavoda za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije te prim. dr. sc. Marine Kuzman, dr. med., voditeljice Službe za školsku i adolescentnu medicinu i prevenciju ovisnosti Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Divljenja vrijedna je spremnost da pridonese uspješnosti i zajedništvo svih koji su sudjelovali u ovom pokušaju uključivanja i postizanja učinkovitijeg ostvarivanja potencijala psihološke struke u području zaštite i unaprjeđenja mentalnog zdravlja.

Najtoplije zahvaljujem svima koji su na bilo koji način podržali naša nastojanja!

U Šibeniku 2. kolovoza 2010. godine

mr. spec. Marina Gulin

O AUTORIMA

Ime i prezime **Marina Ajduković**

Zvanje *prof. dr. sc., psihologinja*

Rođena *29. ožujka 1958. u Osijeku*

Trenutno zaposlena

Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet, Studijski centar socijalnog rada

Profesionalni životopis

Diplomirala psihologiju 1980. godine, magistrirala 1982., a doktorirala 1986. na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. S područjem mentalnog zdravlja pomagača bavi se gotovo dvadeset godina. Koautorica je prve knjige u tom području u nas „Pomoć i samopomoć mentalnom zdravlju pomagača“ (1994.). Kao supervizor radi kontinuirano petnaest godina u projektima UNICEF-a, za potrebe SOS Dječjeg sela Hrvatska, potrebe Nueva Futura, u centrima za socijalnu skrb, za Savjetovalište za HIV pozitivne osobe i drugdje. Bila je voditeljica projekta „Uvođenje supervizije u sustav socijalne skrbi“ (2001. - 2004.). Voditeljica je specijalističkog poslijediplomskog studija iz supervizije u psihosocijalnom radu koji je započeo 2006. godine. Predsjednica je Hrvatskog društva za superviziju i organizacijski razvoj. Do sada je objavila više od sto znanstvenih i stručnih radova, petnaest knjiga, bilo kao jedina autorica, koautorica ili urednica.

Ime i prezime **Berta Bacinger-Klobučarić**

Zvanje *prof. psihologije*

Rođena *1. rujna 1971. u Varaždinu*

Trenutno zaposlena

Centar za socijalnu skrb Čakovec

Profesionalni životopis

Svoj radni staž, ukupno četrnaest godina, ostvarila je u socijalnoj skrbi gdje je unutar više centara za socijalnu skrb (Ludbreg, Novi Marof, Čakovec) iskusila izazove svih poslova u toj djelatnosti. Članica je Prvostupanjskog tijela vještačenja u Čakovcu za ostvarivanja prava iz socijalne skrbi i Povjerenstva za utvrđivanje psihofizičkih sposobnosti djece. Voditeljica je mjere obiteljsko-pravne zaštite djece: nadzor nad izvršavanjem roditeljske skrbi. Povjerenica je Ministarstva pravosuđa za izvršavanje zaštitnog nadzora i rada za opće dobro na slobodi. Volontirala je u radu Udruge za pomoć djeci i mladima „Osmijeh“ te je članica niza strukovnih udruga. Ima završen II. stupanj biheviornog kognitivne terapije. Od 1999. godine po ugovoru o djelu radi u Savjetovalištu za djecu i mlade unutar Djelatnosti za mentalno zdravlje, prevenciju ovisnosti i izvanbolničko liječenje Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije.

Ime i prezime **Viktor Božičević**
Zvanje *mr. sc., prof. psihologije*
Rođen *23. lipnja 1949. godine u Otočcu*

Trenutno zaposlen

Zavod za javno zdravstvo Ličko-senjske županije

Profesionalni životopis

Diplomirao psihologiju i sociologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu u veljači 1973. godine, a poslijediplomski studij i magisterij pri Medicinskom fakultetu u Zagrebu u svibnju 1985. godine.

Radio je na više radnih mjesta. Počeo je raditi kao propagandist u OZEHA-u Zagreb, nakon toga radio u Klinici za dječje bolesti KBC Rebro odakle je prešao na mjesto asistenta pri Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zadru, a potom je radio i u Psihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači. Emigrirao je u Kanadu gdje je radio s odraslim autističnim osobama u Christian Horizons u Torontu. Po povratku je najprije radio kao psiholog u Službi medicine rada Doma zdravlja Peščenica u Zagrebu, a zatim u Hrvatskom vojnom učilištu. Po izlasku iz vojne službe zaposlio se u Gospiću u Centru za socijalnu skrb, a unatrag nešto više od pet godina u Zavodu za javno zdravstvo Ličko-senjske županije.

Ime i prezime **Siniša Brlas**
Zvanje *prof. psihologije*
Rođen *4. listopada 1969. godine u Virovitici*

Trenutno zaposlen

Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije, Djelatnost za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti sa zaštitom mentalnog zdravlja

Profesionalni životopis

Završio je studij psihologije na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu 1995. godine. U odgojno-obrazovnom sustavu napredovao je u zvanje stručnog suradnika mentora. Bio je voditelj stručnih vijeća psihologa u osnovnim i srednjim školama. Radio je kao stručni suradnik psiholog i nastavnik u osnovnim i srednjim školama, u sustavu socijalne skrbi, u policiji (kao službenik za skrb) i u sustavu obrazovanja odraslih. Član je Povjerenstva za suzbijanje bolesti ovisnosti Virovitičko-podravske županije. Volontirao je u Domu za psihički bolesne odrasle osobe Borova. Ima iskustvo rada u ispitivanju javnog mnijenja te u izdavačkoj djelatnosti. Član je Upravnog odbora i dopredsjednik Društva psihologa Virovitičko-podravske županije. Završio je više edukacija. Razvio je program savjetodavnog rada s ovisničkom populacijom i koncept evaluacije u

radu s ovisnicima. Do sada je napisao tri knjige iz područja ovisnosti i jedan srednjoškolski udžbenik. Bavi se istraživačkim radom vezanim uz pitanja djece i mladih, autor je ili koautor petnaestak članaka u različitim publikacijama, koautor je petnaestak publikacija te je aktivno sudjelovao na više domaćih i inozemnih stručnih i znanstvenih skupova.

Ime i prezime **Hrvoje Gligora**

Zvanje *prof. psihologije*

Rođen *18. rujna 1971. godine u Rijeci*

Trenutno zaposlen

3. maj brodogradilište Rijeka, Sektor kadrovski i opći poslovi

Profesionalni životopis

Deset je godina zaposlen na mjestu voditelja Ureda za odnose s javnošću brodogradilišta 3. maj Rijeka, a osim toga radi na poslovima selekcije prilikom zapošljavanja. Od 2004. do 2009. godine bio je predsjednik Hrvatskog psihološkog društva, a 2007. izabran je u Izvršni odbor Europske federacije psiholoških društava (EFPA). Od 2009. godine predsjednik je Hrvatske psihološke komore. Urednik je EFPA NEWS rubrike u časopisu European Psychologist, jedan od pokretača i dugogodišnji urednik Hrvatskog psihologijskog magazina Psiholog.

Ime i prezime **Marina Gulin**

Zvanje *mr. spec., dipl. psiholog, spec. kliničke psihologije*

Rođena *8. prosinca 1964. godine u Šibeniku*

Trenutno zaposlena

Zavod za javno zdravstvo Šibensko-kninske županije

Profesionalni životopis

Studij psihologije završila je na Filozofskom fakultetu u Ljubljani, a poslijediplomski studij, specijalizaciju iz kliničke psihologije, na Filozofskom fakultetu u Zagrebu.

Volonterski je stjecala stručno iskustvo u savjetovanju na telefonu za djecu i mlade i dječjoj kliničkoj neuropsihologiji te radila kao nastavnik psihologije u srednjoj školi.

Najznačajniji dio karijere radila je u području vojne psihologije (1994. - 2005.) u postrojbama HV-a i u institucijama vojnog sustava obavljala poslove psihološkog savjetovanja, kriznih intervencija, procjenjivanja radne sposobnosti, selekcije, edukacije, psiholoških priprema, praćenja psihosocijalne klime, savjetovanja u rukovođenju i izrade programa psihološke prevencije izvanrednih događaja i ovisnosti.

Zadnjih godina radi u prevenciji ovisnosti i zaštiti mentalnog zdravlja školske djece.

Ime i prezime **Marina Kuzman**

Zvanje *prim. dr. sc., dr. medicine, spec. školske medicine*

Rođena *1. kolovoza 1951. godine u Beogradu*

Trenutno zaposlena

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Profesionalni životopis

Specijalist školske medicine, radila u ambulantnoj praksi do 1989. godine, prelaskom u Hrvatski zavod za javno zdravstvo postaje 1991. godine voditeljica Službe za socijalnu medicinu. Sada je voditeljica Službe za školsku medicinu i prevenciju ovisnosti, suradnica i voditeljica više nacionalnih i međunarodnih projekata (Europska mreža škola koje promiču zdravlje, Rapid Assessment and Response for HIV-related behaviour), nacionalna koordinatorica za međunarodna istraživanja u djece i mladih (HBSC, ESPAD), suradnica SZO-a za razvoj politike o alkoholu, predsjednica Europske unije za školsku i sveučilišnu medicinu, predstavница Hrvatske u Health Information Committee u EU (DG Sanco), u potprojektu Public Health Indicators SEE Network, u Problem Drug Use indicator EMCDDA. Profesionalno je usmjerena na promociju i prevenciju u problematici djece i mladih, osobito u području ovisnosti.

Ime i prezime **Branka Lukić Cesarik**

Zvanje *prof. psihologije*

Rođena *3. rujna 1958. godine u Đakovu*

Trenutno zaposlena

Osnovna škola „Dobriša Cesarik“ u Požegi

Profesionalni životopis

Studij psihologije završila je na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu (1981.). Od 1981. do 1984. godine radila je kao psiholog u dvije osnovne škole u Požegi, a od 1984. do 2008. godine u Centru za socijalnu skrb u Požegi. Od 1. svibnja 2008. godine do danas radi u OŠ „Dobriša Cesarik“ u Požegi kao psiholog stručni suradnik. Od završetka studija do danas sudjelovala je u brojnim stručnim edukacijama iz područja kliničke psihologije, rada s djecom i obiteljima (Edukacija iz sistemske obiteljske terapije 1997. - 2000., itd.). Voditeljica je tima za krizne intervencije, članica županijskog tima za zdravlje Požeško-slavonske županije. Članica HPD-a, HPK DPP-a. Dobitnica priznanja HPD-a „Marko Marulić“ za osobiti doprinos hrvatskoj primijenjenoj psihologiji (Zadar 2003.).

Ime i prezime **Marta Ljubešić**
Zvanje *prof. dr. sc., psihologinja*
Rođena *12. srpnja 1949. godine u Zagrebu*

Trenutno zaposlena

Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Odsjek za logopediju

Profesionalni životopis

Diplomirala je studij psihologije na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu 1972., magistrirala 1978. i doktorirala 1984. godine na Odsjeku za psihologiju istog fakulteta. Dvogodišnje postdoktorsko znanstveno usavršavanje (1986. - 1988.) obavila je u Heidelbergu, SR Njemačka. Od 1. siječnja 1973. godine stalno je zaposlena na Odsjeku za logopediju Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta. Osnovala je Kabinet za ranu komunikaciju (1995.) kao kliničku jedinicu i Laboratorij za razvojnu neurolingvistiku (2002.) kao istraživačku jedinicu iz područja ranog komunikacijskog razvoja. Znanstveni i stručni interes nalazi joj se u području ranog razvoja i razvojnih odstupanja rane dječje dobi. Objavila je dvije knjige te oko sto radova.

Ime i prezime **Margareta Mesić**
Zvanje *prof. psihologije*
Rođena *7. svibnja 1974. godine u Prijedoru, BiH*

Trenutno zaposlena

Zavod za javno zdravstvo Zadar, Služba za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i mentalno zdravlje

Profesionalni životopis

Završila jezičnu gimnaziju u Požegi 1992. godine i upisala Filozofski Fakultet, smjer psihologija u Zadru. Diplomirala 1998. godine. Završila dva stupnja kognitivno bihevioralne terapije. Provela nekoliko istraživanja na temu „Mladi i droge“, 2008. završila Geštalt edukaciju, 2010. godine dobila EAGT certifikat, 2008. godine završila jednogodišnju edukaciju za supervizora u organizaciji Geštalt Studia Beograd i Scarborough Instituta iz Velike Britanije, 2008. godine upisala postdiplomski studij Supervizija psihosocijalnog rada u Zagrebu.

Obnašala dužnost predsjednice Društva psihologa Zadar od 2005. do 2010. godine. Ima radno iskustvo školskog psihologa i psihologa u prevenciji i liječenju ovisnosti. Od 2008. godine na dužnosti je voditeljice Službe za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti i mentalno zdravlje.

Ime i prezime **Ljiljana Mikuš**

Zvanje *mr. spec., prof. psihologije, spec. industrijske psihologije*

Rođena *14. studenog 1957. godine u Zagrebu*

Trenutno zaposlena

HŽ Holding d.o.o.

Profesionalni životopis

Diplomirala 1983. godine psihologiju i 1991. specijalizirala industrijsku psihologiju na Odsjeku za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Zaposlena u Hrvatskim željeznicama Holdingu d.o.o. u Poslovima ljudskih resursa na radnom mjestu voditeljice Skupine za psihofiziologiju rada. Stalni je sudski vještak za psihologiju na Županijskom sudu u Zagrebu od 1995. godine.

Područja stručnog interesa: prometna i forenzična psihologija. Objavila jedan znanstveni rad, poglavlja u četiri knjige i deset stručnih radova. Održala više od dvadeset priopćenja na stručnim i znanstvenim skupovima i pet pozvanih predavanja. Aktivna u Hrvatskom psihološkom društvu kao prva dopredsjednica i pročelnica Sekcije za prometnu psihologiju.

Ime i prezime **Mirjana Nazor**

Zvanje *prof. dr. sc., psihologinja*

Rođena *23. kolovoza 1948. godine u Zagrebu*

Trenutno zaposlena

Prirodoslovno matematički fakultet, Split

Profesionalni životopis

Diplomirala jednopredmetnu psihologiju 1971. godine, magistrirala 1979. i doktorirala 1987. na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Zaposlena na Prirodoslovno-matematičkom fakultetu u Splitu, vanjski suradnik Filozofskog fakulteta i Umjetničke akademije u Splitu. Članica Lige za prevenciju ovisnosti i dopredsjednica Hrvatske akademske udruge Split-čovjek danasve.

Do sada objavila pedesetak znanstvenih i stručnih radova te četiri knjige u suautorstvu (Narkomani: smrtopisi, Avanturizam roditeljstva: adolescencija-prevencija, Obiteljska i društvena socijalizacija-prilog nacionalnoj strategiji sprečavanja zlouporabe droga, Bumerang odgoja) i četiri knjige stručnih eseja: Razbij ogledalo, Genetski modificirani mozak, Otklizavanje pameti i Što smo sijali, to žanjemo.

Ime i prezime **Zdenka Pantić**
Zvanje *prof. psihologije i sociologije*
Rođena *8. travnja 1951. godine u Travniku, BiH*

Trenutno zaposlena

NVO Rehabilitacijski centar za stres u traumu u Zagrebu

Profesionalni životopis

Završila je edukacije: iz Rogersovog nedirektivnog savjetovanja, obiteljske terapije, Geštalt integrativne psihoterapije, integrativne supervizije i organizacijskog razvoja te iz supervizije u psihosocijalnom radu.

Kratko je radila u industriji, potom devetnaest godina u socijalnoj službi na poslovima vezanim uz zaštitu djece i obitelji. Od 1995. godine vodi poduzeće za intelektualne poslove Ejrena d.o.o. i bavi se savjetovanjem, psihoterapijom, edukacijom, kao i supervizijom kliničkog i psihosocijalnog rada. Od 1994. godine surađuje, a potom od 2003. godine i vodi Međunarodni rehabilitacijski centar za rehabilitaciju žrtava mučenja, a sada Rehabilitacijski centar za stres i traumu.

Glavno područje interesa joj je obitelj, partnerski i obiteljski odnosi, posebno roditelji - djeca, problemi odrastanja i identiteta, trauma i tortura, psihoterapija i ljudska prava, psihologija pomirenja i obnove poslijeratnih društava.

Članica je više međunarodnih udruženja i mreža koje se bave mentalnim zdravljem, supervizijom i ljudskim pravima.

Ime i prezime **Pino Tuftan**
Zvanje *prof. psihologije*
Rođen *7. rujna 1962. godine u Rijeci*

Trenutno zaposlen

Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Rijeka

Profesionalni životopis

Osnovno školovanje završio je na Cresu. U Rijeci je završio Medicinsku srednju školu. Diplomirao je na Pedagoškom fakultetu u Rijeci. U HV-u je proveo više od pet godina kao brigadni psiholog. Radio je godinu dana u jednoj od terapijskih zajednica. Od 2001. godine zaposlen je u Centru za liječenje ovisnosti, tada pri Domu zdravlja Rijeka, od 2003. godine pri Psihijatrijskoj bolnici Lopača, te od rujna 2005. godine u sklopu Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije. Uz primarni dio posla s ovisnicima o psihoaktivnim drogama, od početka 2008. godine radi sa patološkim kockarima i njihovim obiteljima. Dvije godine vodi skupinu obitelji patoloških kockara.

Ime i prezime **Ana Uranija**
Zvanje *prof. psihologije*
Rođena *20. srpnja 1960. godine u Varaždinu*

Trenutno zaposlena

Caritas Zadarske nadbiskupije - Obiteljsko savjetovalište

Profesionalni životopis

Ima 27 godina iskustva rada u struci, i to: od 1983. do 1987. godine u Zaštitnoj radionici za profesionalnu orijentaciju, rehabilitaciju i zapošljavanje invalida u Centru „8. maj“ u Varaždinu, zatim od 1987. do 2005. godine u Centru za socijalnu skrb Zadar kao psiholog na poslovima zaštite djece, braka i obitelji, te od 2005. godine do sada u Caritasu Zadarske nadbiskupije (Obiteljsko savjetovalište). Od stručnih edukacija završila je Geštalt terapiju 1984.-1988., Sistemsku obiteljsku terapiju 1997.-2000., te brojne edukacije iz područja kliničke psihologije i zaštite djece i obitelji, a od 2005. godine je u edukaciji iz scensko ekspresivne psihoterapije-psihodrame. Imenovani je sudski vještak za psihologiju pri Županijskom sudu u Zadru. Posjeduje odobrenje Ministarstva pravosuđa za provođenje psihosocijalnog tretmana počinitelja obiteljskog nasilja koji provodi u suradnji s prekršajnim sudovima na svom radnom mjestu. Članica je Županijskog tima za zdravlje Županije zadarske te u sklopu istog voditeljica ekspertne skupine za suzbijanje obiteljskog nasilja.

BILJEŠKE

BILJEŠKE



ISBN 978-953-55137-8-0

