



MENTALNO ZDRAVLJE



NSHC
NOVOSADSKI HUMANITARNI CENTAR

MENTALNO ZDRAVLJE

DRUGO IZMENJENO I DOPUNJENO IZDANJE

IMPRESUM

Izdavač
Novosadski humanitarni centar (NSHC)

Adresa izdavača
Trg mladenaca 6
Novi Sad, Srbija
Tel/fax: +381 21 524 134
nshc@eunet.rs
www.nshc.org.rs

Za izdavača
Perica Mandić

Urednici izdanja
Milena Ćuk
Dejan Živković
Danijela Korać-Mandić

Dizajn korica i prelom
Predrag Nikolić

Štampa
Grafolik

Septembar 2009.

Tiraž: 1500

SADRŽAJ

Impresum	2
Uvod	4
Mentalno zdravlje	5
Deset jednostavnih koraka za očuvanje mentalnog zdravlja	8
Šta je stres, kako ga prepoznati i kako se sa njim nositi?	10
Kriza	15
Zlostavljanje i zanemarivanje	17
Nasilje u školama	20
Depresija	22
Prevenција samoubistva - briga svih nas	26
Narkomanija	30
Anksioznost	33
Poremećaji ishrane	37
Psihoza	42
Psihički poremećaji – predrasude i destigmatizacija	44
Psihoterapija	46
Organizacije u Novom Sadu koja se bave mentalnim zdravljem	
Udruženje lečenih od psihoze – ULOP	50
Centar SRCE, centar za pružanje emotivne podrške i prevenciju samoubistva	52
Psihološko savetovalište za mlade Novosadskog humanitarnog centra	54
Iskustvo Caritasa na polju mentalnog zdravlja	59
Korisni linkovi	62

UVOD

Brošura *Mentalno zdravlje* prvobitno je objavljena u okviru projekta *Prevenција bolesti zavisnosti i autodestruktivnog ponašanja kod mladih*, koji je Novosadski humanitarni centar realizovao 2008. godine uz podršku Ministarstva omladine i sporta Republike Srbije.

Usled odličnog prijema brošure i povećane zainteresovanosti javnosti za teme od značaja za unapređenje mentalnog zdravlja, ne samo mladih, već i šire populacije, rodila se ideja o štampanju drugog, izmenjenog i dopunjenog izdanja ove brošure.

Štampanje ovog izdanja omogućio je Caritas Srbije i Crne Gore u okviru projekta *Promocija mentalnog zdravlja u Srbiji*, koji je kofinansiran od strane Evropske unije, a sprovodi se u saradnji sa Nacionalnom komisijom za mentalno zdravlje i u saglasnosti sa Ministarstvom zdravlja Republike Srbije.

Brošura sadrži informacije od opšteg značaja za brigu o mentalnom zdravlju, kao i tekstove o najčešćim problemima i poremećajima koji mogu ugroziti psihičko blagostanje čoveka. Takođe, namera nam je bila da predstavimo mogućnosti prevencije i primere dobre prakse inovativnih i vaninstitucionalnih pristupa u tretiranju problema i poremećaja psihičkog funkcionisanja. Drugo izdanje je dopunjeno tekstovima kojima smo temu mentalnog zdravlja proširili i produbili, kako bi se čitaoci upoznali sa najčešćim smetnjama, načinima prevencije, intervencije i rehabilitacije.

Nadamo se da ćemo objavljivanjem brošure 'Mentalno zdravlje' doprineti da se o ovim temama više govori i piše; rečju, da dobiju mesto koje im pripada.

Urednici

MENTALNO ZDRAVLJE

Ana Genc

FILOZOFSKI FAKULTET U NOVOM SADU, ODSEK ZA PSIHLOGIJU

Psihološka subdisciplina *mentalno zdravlje*, ili kako je još često zovu *mentalna higijena* bavi se, pre svega, prevencijom i promocijom psihičkog zdravlja. Na veliku žalost stručnjaka iz tzv. pomagačkih zanimanja (psihologa, psihoterapeuta, psihijatara, socijalnih radnika itd.) jedna od karakteristika prosečne osobe savremenog doba je nedovoljna briga o mentalnom zdravlju – čini se da većina ljudi uzima zdravo za gotovo svoje psihološko blagostanje. Održavanje redovne dentalne higijene ili barem povremene posete lekaru postali su sasvim prihvaćeni oblici prevencije raznih fizičkih oboljenja, međutim, mentalna higijena i traženje pomoći od stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja još uvek se smatraju tabuima u našoj sredini. Ovakva vrsta nemara, pa čak i neodgovornosti prema sopstvenom psihičkom zdravlju neretko doprinosi razvoju vrlo neprijatnih posledica, poput različitih oblika psiholoških poremećaja, intenzivne patnje, distresa, psihosomatskih oboljenja, kao što su kardiovaskularne tegobe, čir na želucu, alergije, pa čak i kancer. Nabrojani su samo neki od razloga zbog kojih je od izuzetne važnosti da se na nivou celokupne društvene zajednice posveti veća pažnja prevenciji i promociji mentalnog zdravlja.

Broj faktora koji direktno ili posredno doprinose pojavi raznih psihičkih (i fizičkih) simptoma izuzetno je velik. Razlikujemo spoljašnje ugrožavajuće faktore, poput nekih stresnih i traumatskih događaja ili neadekvatnih, nezdravih uslova za život, i unutrašnje činioce, kao što su neke genetske predispozicije ili – uslovno rečeno – negativne osobine ličnosti (npr. agresivnost, pasivnost i sl.). Potpuno sveobuhvatnu listu svih onih činioaca koji potencijalno ugrožavaju i narušavaju mentalno zdravlje nije moguće sastaviti. Jedan od razloga za to je činjenica da smo svi mi različiti i da je svaki pojedinac osetljiv na različite i za njegovu konstituciju i životno iskustvo specifične faktore koji su opasni po psihičko zdravlje. U oblasti mentalne higijene najviše pažnje posvećeno je stresu i psihološkoj traumi.

Izjava: „Naše vreme je vreme stresa“ postala je gotovo slogan sa kojim se susrećemo skoro na svakom koraku. Ova i druge slične rečenice koje naglašavaju štetnost stresa sadrže veliku količinu istine, međutim, često predstavljaju i izvore pogrešnih znanja i zabluda. Reč „stres“ se u toj meri odomaćio u svakodnevnom govornom i pisanom jeziku, da je ponekad nemoguće zaključiti na šta tačno misli osoba koja upotrebljava taj termin. Neki smatraju da stres opisuje spoljašnje neprijatne događaje, poput konfliktnih situacija, gužve u saobraćaju, razvoda i sl. Drugi pod istim tim terminom podrazumevaju naše reakcije na spomenuta dešavanja, kao što su nervoza, strah, panika, tuga, ljutnja i druge neprijatne emocije ili fiziološke promene poput znojenja, mučnine, glavobolje i sl. Oni koji o stresu govore kao o spoljašnjim događajima, ustvari misle na tzv. **stresore**, dok unutrašnje reakcije na teškoće nazivamo **distresom**. Razlikujemo nekoliko različitih grupa stresora:

1. **Veliki životni događaji** – Naučnici su primetili da u životu većine ljudi postoji nekoliko velikih događaja koji služe kao markeri prekretnice, odnosno promene iz jednog u drugo stanje ili životnu fazu. Oni stvaraju neku vrstu neravnoteže zbog veće količine novih zahteva za prilagođavanjem. Upravo ta potreba za adaptacijom na potpuno nove i nepoznate životne okolnosti predstavlja nabijeni stresogeni potencijal tih tranzitornih dešavanja. Stresnost različitih situacija moguće je definisati količinom promene koju te situacije zahtevaju od osobe, bez obzira na njihov smer. Ustanovljeno je da čak i promene koje doživljavamo kao vrlo pozitivne mogu izazvati distres. Mnogobrojna istraživanja su dokazala da postoji značajna povezanost između količine proživljenih izuzetno

stresnih velikih životnih događaja i raznih, kako psihičkih, tako i fizičkih zdravstvenih tegoba. Primeri velikih životnih događaja su razne ozbiljnije bolesti, odlazak u penziju, rođenje deteta, venčanje, otkaz na poslu, selidba itd.

2. Pod **hroničnim stresnim događajima** podrazumevaju se teškoće koje su relativno dugotrajne i/ili koje se učestalo ponavljaju tokom dužeg razdoblja. Ovde se ne misli na jedan konkretan događaj, nego na niz dešavanja koji vremenom poprimaju oblik nelagodnih opterećenja. Žena, meta višegodišnjeg mobinga (psihološkog zlostavljanja) na radnom mestu, dečak čiji je otac često u bolnici zbog depresije, devojka koja je podstanar u vrlo bučnoj i vlažnoj garsonjeri i nema izgleda da se odseli – svi oni predstavljaju samo neke od mogućih primera. Život u hronično stresnim okolnostima neretko izaziva vrlo neprijatne posledice po mentalno zdravlje

3. **Dnevni mikro-stresori** – Svima su nam dobro poznati oni dani kada nam ništa ne polazi za rukom: zakasnimo na posao jer smo se uspavali, isprljamo omiljenu majicu, sve nam ispada iz ruke, izgubimo kišobran i pokisnemo do gole kože, saznamo da nas najbolja prijateljica ogovara iza leđa, pokvari nam se auto ... Naš svakodnevni život ispunjen je mnogim, na prvi pogled manje dramatičnim stresnim doživljajima. Međutim, te sitnica poseduju nezgodnu tendenciju nagomilavanja i time se njihova snaga značajno povećava. Svakodnevne neprilike igraju značajnu ulogu u slabljenju fizičkog (a i psihološkog) imunog sistema, iscrpljuju organizam i neretko rezultiraju u zdravstvenim tegobama.

4. **Traumatski stresori** predstavljaju vrlo snažne, često ekstremno neprijatne događaje koji su izvan uobičajenog ljudskog iskustva i koji izazivaju intenzivnu patnju kod velike većine ljudi – tzv. psihološku traumu. Najčešće razlikujemo 3 tipa traumatskih događaja:

- prirodne i tehnološke katastrofe, kao što su poplave, zemljotresi, eksploziranje nuklearne elektrane itd.;
- ratne traumatske stresore i
- traumatske događaje sa isključivo ličnim implikacijama, poput silovanja, fizičkog zlostavljanja, učestvovanja u po život opasnoj saobraćajnoj nesreći itd.

Psihološka trauma predstavlja vrlo složen sklop intenzivnih reakcija na traumatske događaje, koje mogu da se razviju čak do nivoa tzv. post-traumatskog stresnog poremećaja. Neki od simptoma traumatizovanosti su: snažni neprijatni afekti koji otežavaju svakodnevno funkcionisanje, razne fizičke tegobe, uznemirujuće misli, ponovno proživljavanje traumatskog događaja u mašti, izbegavajuća ponašanja, agresivnost, želja za samoubistvom, košmarni snovi itd.

U ovom tekstu pomenuti su samo neki od mnogobrojnih faktora koji mogu da naruše mentalno zdravlje i samo neke od reakcija koje ukazuju na to da je nečije psihološko funkcionisanje ugroženo. S obzirom na činjenicu da smo svi mi učestalo izloženi barem nekim od opisanih neprijatnih iskustava i imajući u vidu da posledice ponekad mogu da budu čak i tragične, postaje vrlo jasno koliko je prevencija mentalnog zdravlja važna.

Prevencija, odnosno zaštita mentalnog zdravlja, najčešće se određuje kao zajednička primena psiholoških, medicinskih i socijalnih mera sa ciljem odstranjivanja po zdravlje štetnih činioca iz čovekovog života. Takođe, od posebnog je značaja da se članovima zajednice omogući što potpuniji razvoj psihičkih potencijala, sposobnosti i veština, kao i da se obezbedi pravovremena i adekvatna pomoć onim članovima zajednice kojima je ona potrebna. Mogu da se navedu brojni saveti o tome kako da aktivno učestvujemo u zaštiti svog psihičkog zdravlja, a ovde su nabrojani samo neki od njih:

- prikupljanje informacija o temama koje se tiču mentalnog zdravlja i kvalitetnog psihološkog funkcionisanja uopšte, odlaskom na razne tribine sa psihološkom temom, čitanjem odgovarajuće literature i sl.
- posećivanje raznih radionica koje imaju za cilj da ojačaju naše pozitivne kapacitete i snage;
- pravovremeno traženje stručne pomoći kada se nalazimo u situacijama koje sami ne možemo da savladamo;
- odlazak na psihoterapiju čak i kada nemamo ozbiljnih psiholoških problema, samo da bismo bolje upoznali sebe, razvili svoje pozitivne osobine i promenili one aspekte naše ličnosti kojima nismo zadovoljni.

Nije sramota ponekad biti slab i tražiti oslonac. Nije sramota tražiti psihološku pomoć. Nije sramota obratiti se psihologu, psihoterapeutu i drugim stručnjacima za mentalno zdravlje. Vrlo je važno da se razume i prihvati da ljudi nisu pasivne igračke u rukama surove sudbine i da mogu da postanu aktivni kreatori sopstvenog kvalitetnog života.

O AUTORU

Ana Genc (1980) diplomirala je psihologiju na Filozofskom fakultetu u Novom Sadu. Posедуje Nacionalni sertifikat za psihoterapiju i sertifikat za psihodramskog psihoterapeuta Instituta za psihodramsku terapiju u Beogradu. Edukovana je i iz Transakcione psihoterapije. Asistent je na Filozofskom fakultetu u Novom Sadu, odsek psihologija, na kursovima Osnove mentalnog zdravlja, Psihologija traume i gubitka i Psihologija krize.

DESET JEDNOSTAVNIH KORAKA ZA OČUVANJE MENTALNOG ZDRAVLJA

Pod stresom ste, nervozni, zabrinuti ili uplašeni.
Ponekad se mnogi od nas tako osećaju.
Može Vam se činiti da iz situacije u kojoj se nalazite nema izlaza. Izgubili ste dragu osobu...
Vaša veza je u krizi...
Izgubili ste posao...
Poniženi ste ili zlostavljani...
Odbačeni ste zbog bolesti...
Vaš glas se ne čuje zato što ste suviše mladi, suviše stari ili jednostavno različiti...

1. Prihvatite sebe onakvim kakvi ste

Nasa uverenja, poreklo, kultura, religija, pol i životno iskustvo čini nas onakvim kakvi smo. Svako ima pravo da bude poštovan, uključujući i Vas.

2. Razgovarajte o tome

Većina ljudi se oseća otuđenim i preopterećenim svojim problemima. Ponekad, pomaže ako o tome razgovarate i podelite svoja osećanja sa nekim.

3. Družite se sa prijateljima (negujte prijateljstva)

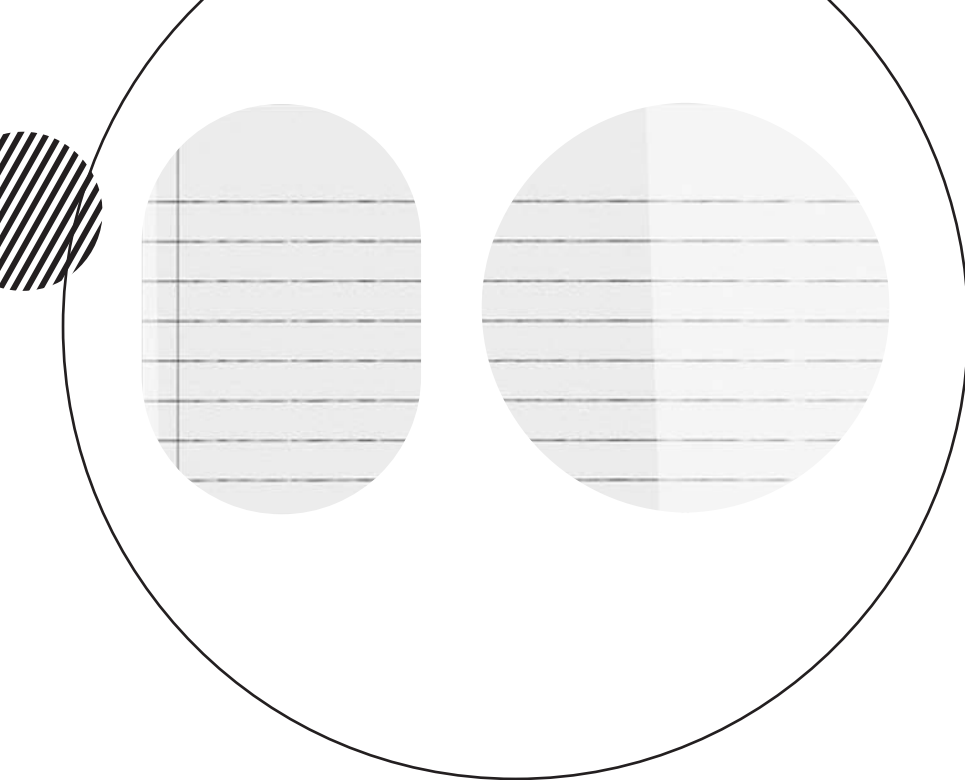
Ne morate uvek da budete jaki i da se sami borite. Prijatelji su važni, posebno u teškim vremenima. Negujte prijateljstvo.

4. Uključite se u zajednicu

Upoznavanje novih ljudi i uključivanje u zajednicu može da učini mnogo – i za vas i za druge.

5. Budite aktivni

Redovno vežbanje može da pomogne ako ste depresivni ili nervozni. To vam takođe daje više energije. Pronađite nešto u čemu uživate: sport, plivanje, šetnja, ples ili vožnja bicikla.



6. Umereno uzimajte alkohol

Ukoliko problem rešavate uzimanjem alkohola samo ćete stvari učiniti još gorim. Najbolje je da u alkoholu budete umereni. Ne pijajte se! Ako imate problem sa alkoholom obratite se lekaru.

7. Naučite nešto novo

Bilo da je to zadovoljstvo, prijateljstvo ili prilika za promenu posla - povećaće vaše samopouzdanje.

8. Učinite nešto kreativno

Bavljenje kreativnim aktivnostima pomaže ako ste nervozni ili u depresiji. To vam pomaže da povratite poljuljano samopouzdanje. Muzika, pisanje, čitanje poezije, slikanje/crtanje ili kuvanje - pronađite nešto u čemu uživete.

9. Opustite se

Pronađite vreme samo za sebe. Uključite u vaš dan stvari koje vas ispunjavaju: čitanje, slušanje muzike, sviranje ili meditacija - sve u čemu uživete i što vas relaksira.

10. Obratite se za pomoć

Znajte da je svakome ponekad potrebna pomoć. Nije sramota tražiti pomoć, čak i ako vam je neprijatno zbog toga. Obratite se prijateljima, roditeljima, lekaru

Nastavite da koračate...

Korišćen je materijal Svetske asocijacije za mentalno zdravlje (Health Education Authority).

ŠTA JE STRES, KAKO GA PREPOZNATI I KAKO SE SA NJIM NOSITI?

Katarina Stojanović
CENTAR SRCE

Gotovo svakodnevno čujemo da ljudi upotrebljavaju reč stres, tako da nam se čini da gotovo svi znaju šta je to, kako se može prepoznati, kako se mogu sprečiti ili ublažiti njegove štetne posledice. Pri tom se on neretko doživljava kao neman, koja nas u današnje „stresno“ vreme vreba na svakom ćošku. Često ljudi govore da su pod stresom, pri čemu pod pojmom stres podrazumevaju neke spoljašnje činioce, na koje ne mogu nikako da utiču. Žale se na stres na poslu, školi, kod kuće, na šalterima, u prodavnici, banci, u saobraćajnim gužvama, a u isto se vreme osećaju nemoćnim da bilo šta preduzmu.

Međutim, bitno je da znamo da je stres nešto što je u nama. On je subjektivno reagovanje koje osoba doživljava u skladu sa svojim iskustvom i sopstvenom procenom situacije u kojoj se nalazi. To je sklop emocionalnih, fizičkih, fizioloških reakcija i ponašanja koje se javljaju kada osoba za neki događaj proceni da je opasan ili uznemiravajući i prevazilazi njene kapacitete nošenja sa postojećom situacijom.

Naravno, ne treba zaboraviti da je stres u svojoj suštini veoma pozitivan deo čovekove prirode. Ovakva reakcija prvenstveno ima zaštitnu ulogu u opasnim situacijama, kada organizam treba da bude spreman da bi se spasio. Takođe znamo i u narodu prihvaćeno mišljenje da „ono što nas ne ubije, osnaži nas“. Kad se uspešno i na pravi način, izborimo sa poteškoćama, velika je verovatnoća da ćemo iz te borbe izaći jači, iskusniji, mudriji... U skladu sa svim ovom možemo govoriti o stresu i kao izazovu, nečemu što motiviše i podstiče na razvoj.

Ipak, kada je stanje stresa dugo, kad je opterećenje veliko i naše uobičajene strategije u borbi sa problemima ne daju rezultate, to ima negativne posledice kako na psihičko, tako i na fizičko zdravlje, sposobnost, produktivnost, zadovoljstvo i kvalitet čovekovog života uopšte.

Zato je važno da shvatimo suštinu stresa, budemo svesni koji su njegovi izvori, procenimo sopstvenu snagu, spremnost i mogućnosti da nešto preduzmemo u smislu suočavanja i prevazilaženja njegovih nezdravih posledica, kao i da naučimo nove ili osvežimo i unapredimo već postojeće strategije u ovoj borbi.

Osvrnuvši se oko sebe većina bi se složila da postoji mnogo izvora stresa. Ljudi svakodnevno doživljavaju stres u svim oblastima svog života, u svojoj porodici, u kontaktu sa prijateljima, poznanicima, na javnim mestima, školi, fakultetu, radnom mestu...

Izvori stresa mogu biti sve ono u nama ili našoj okolini na šta reagujemo stresom. Zato možemo da ih podelimo u dve grupe.

U unutrašnje izvore spadaju oni koji zavise od same osobe.

- Možemo reći da su pod većim rizikom ambiciozni ljudi koji sebi postavljaju vrlo visoke ciljeve i imaju nerealna očekivanja i od sebe, svog rada, okoline. Onda ne uspevaju da se prilagode okolnostima



u kojima su, tj. stvarnosti. Rizik je najveći kod onih koji su skloni perfekcionizmu, ali i onih koji su skloni povlađivanju autoritetu, pa ne umeju da postavljaju svoje granice.

- Ukoliko čoveku njegova uloga, u bilo kojoj oblasti života, nije u potpunosti jasna, nije mu jasno šta drugi od njega očekuju, on može imati utisak da mora mnogo više da radi kako bi razrešio tu situaciju. Tada problem nezadovoljstva postignućem postaje sve veći i veći.

- Problem se produbljuje ukoliko osoba ne ume da postavi prioritete, ukoliko joj je sve podjednako važno, pa vreme neracionalno troši na nebitne stvari. Pritisak se povećava i ako neko ne ume da napravi balans između različitih oblasti života. Na primer, posao mu postane jedini smisao života. U isto vreme je sve nezadovoljniji, umorniji, a oseća se neuspešnije.

- Ovaj problem zauzima još značajnije mesto ukoliko je osoba sklona da sve sama radi, tj. ne deli posao sa svojim kolegama, ukućanima, prijateljima; ukoliko nema poverenja u njih, pa ima utisak da sve mora sama. Tada ima i utisak da je i sva odgovornost njena.

● **Izvori stresa, koji spadaju u grupu spoljašnjih (iz okoline), mogu biti nepovoljna društvena, materijalna i socijalna situacija. Ljudima koji poslednjih godina žive u ovim krajevima, verovatno za ovo nije potrebno pojašnjenje.**

- Sa ovim mogu tesno biti povezani i izvori koji se odnose na nepostojanje adekvatnih uslova za život i rad. U svakom slučaju je verovatnoća da čovek doživi stres veća ukoliko boravi ili radi u neadekvatnoj, nedovoljno zagrejanom ili prevrućoj, skućenoj prostoriji, ili nema svoj kutak u kojem su ispunjeni uslovi privatnosti. Nije nam teško da ovo prepoznamo u svojim i kućama prijatelja, u kojima u par prostorija živi i po tri ili više generacija; jer u ova teška vremena, mladi retko da imaju priliku i podsticaj da žive svoj život u prostoru kakav sami osmisle. A onima koji imaju radno mesto (u ova tranziciona vremena), ne moramo ni da pominjemo neadekvatne, skućene radne prostore sa zastarelom opremom u nerenoviranim prostorijama (jos od starih dobrih vremena), koje dele sa gomilom nezadovoljnih i nemotivisanih kolega.

- Takođe je veoma bitna da osoba jasno zna šta je njena uloga, zadatak, šta se od nje očekuje, za šta je ko odgovoran. Ni moderni trendovi uvođenja zapadnjačkog načina poslovanja ne štede čoveka. U slučaju da je prioritet profit, efikasnost, slepa lojalnost firmi, često se zaboravi na čoveka. Prirodne ljudske potrebe je teško uskladiti sa iznenaadnim promenama u procesu rada, hitnošću intervencije, neadekvatnim radnim i vremenom za odmor, nepostojanjem finansijske i sigurnosti radnog mesta...

- I naravno, neophodno je istaći značaj međuljudskih odnosa. Nije svejedno da li su prisutni stalni konflikti, sumnjičavost, podcenjivanje i rivalitet, da li neko trpi šikaniranja ili vlada atmosfera podrške, poverenja i osećaj pripadnosti i međusobnog pomaganja.

Ipak, treba istaći da svaki od ovih faktora ne mora nužno da prouzrokuje pojavu stresa. Međutim, što je njihov broj veći i što izloženost njima duže traje to je veća verovatnoća za njegovu pojavu.

Kakve će biti posledice zavisice i od procene važnosti i opasnosti stresora i od procene da li je moguće nešto uraditi u vezi sa tim. Ovo je, nadalje, u skladu i sa tim kako osoba uobičajeno reaguje u sličnim situacijama i koje su karakteristike njene ličnosti, ali i od toga kakve su karakteristike njene okoline (postojanje socijalne podrške, ograničenje, trajanje događaja).

Međutim, često ne prepoznamo na vreme da kod nas ili nama bliskih osoba postoje negativne posledice stresa. Zato je važno znati da je u pitanju proces koji se odvija u nekoliko faza. Dobro je da znamo da prepoznamo znakove koje ih karakterišu, da bismo mogli da reagujemo što je

ranije moguće. Kao što smo ranije naglasili, posledice, naročito u kasnijim fazama, se negativno odražavaju na čovekovo funkcionisanje u svim oblastima njegovog delanja. Ukoliko se ništa ne preduzme, odnosno, ukoliko se na početku zanemare ovi znakovi, dolazi do završne i najozbiljnije faze sindroma izgaranja.

- 1. Prvi pokazatelj da čovekovi uobičajeni načini borbe sa stresom ne daju efekta je pojava preteranog entuzijazma. Osoba se oseća prepunom energije, ima utisak da sve može da uradi, idealizuje i sebe i svoju okolinu. Tada nekritično i nerearno želi da reši sve postojeće probleme. Na ovako nešto okolina uglavnom, ne samo da ne reaguje zabrinutošću, nego to i podržava. To je radnik, supružnik, dete, komšija... "kakovog samo poželeti možete". Međutim, u isto vreme, ova osoba zanemaruje sopstvene potrebe, jako dugo radi, a preskače odmor i aktivnosti u kojima doživljava sopstveno zadovoljstvo. Logično je pitanje, koliko dugo ovo može da traje?
- 2. S obzirom na to da je broj problema veliki, počinje da uočava raskorak između uložene truda i postignuća, što dovodi do prvih znakova nezadovoljstva. Veoma brzo se prelazi u fazu u kojoj su sve češći razdražljivost, anksioznost, nesanica, neuobičajene aritmije, problemi sa koncentracijom, problemi sa organima za varenje.
- 3. Ukoliko osoba ne reaguje tako što nauči kako da pomogne sebi, kako da odredi prioritete i napravi balans u svom životu uz pomoć njoj bliskih osoba, nastupa faza stagnacije. Neophodno je sačuvati energiju kako bi se kompenzovao stres. Ali to nije sve. Počinje da sumnja u svoju sposobnost, kompetentnost, pa se oseća razočarano i isključeno iz sredine. Emocionalno je ranjiva i povlači se da bi izbegla konfliktne situacije. Ovde dolazi i do emocionalne izolacije, pa se osoba udaljava od ljudi, što dalje doprinosi doživljaju besmislenosti da se bilo šta preduzme. Osoba sve češće kasni sa izvršavanjem svojih obaveza, odlaže završavanje započetog posla, a odbija da prihvati nove zadatke, produžava lenčarenje i sl. Stanje se komplikuje i pojavom fizičkih simptoma u vidu hroničnog umora, glavobolja, opadanja seksualnih želja... Ovde je već jako mala verovatnoća da će osoba sama da prevaziđe novonastalo stanje.
- 4. I sami simptomi mogu predstavljati dodatno opterećenje, i ukoliko se ništa ne preduzme kod nje, kao poslednja faza izgaranja, javlja se apatija i gubitak životnih interesovanja. Lični resursi u ovoj fazi su iscrpljeni. Osoba je depresivna. Ne postoji motivacija da se bilo šta preduzme, kako na poslu tako i u ličnom životu. Osoba je cinična i ravnodušna prema svojoj okolini, želi da pobeogne kako sa posla tako i od svoje porodice i prijatelja. Smatra da nema pomoći. Ovo se odražava i na pad imuniteta, pa su sve češće ozbiljne i dugotrajne posledice infekcija, pa i razne povrede (padovi, uganuća, posekotine...). Sada joj je već neophodna veoma ozbiljna stručna pomoć.

Zato je mnogo svrsishodnije blagovremeno reagovati i pomoći ljudima u najranijim fazama ovog sindroma ili aktivno raditi na prevenciji. Kad ovo kažemo možemo da mislimo na organizovane akcije samog društva ili organizacija koje su u svakom slučaju potrebne, međutim, važno je znati da svako od nas može i treba nešto da preduzme kako bi unapredio kvalitet, kako svog, tako i života ljudi iz njegove okoline.

Kada smo govorili o izvorima stresa, rečeno je da ima onih na koje možemo delovati i onih koji su izvan naše kontrole. Od toga zavisi i strategija koju ćemo koristiti za njihovo uklanjanje ili ublažavanje. Logično je da ćemo kod ovih za koje procenjujemo da na njih ne možemo uticati primeniti izbegavanje, a za one na koje možemo napraviti plan i preduzeti neku akciju. Nema smisla da trošimo energiju na nešto šta procenjujemo da ne možemo da utičemo, pa u tom slučaju prikupljamo energiju za neke povoljnije prilike.

Važna je i razmena iskustava i razgovor, kako sa stručnjacima koji se bave ovom problematikom, tako i sa svojim prijateljima, kolegama, poznanicima jer svi mi znamo i svakodnevno primenjujemo veoma dobre, korisne i svrsishodne strategije. Ipak, ponekad nam ponestane ideja, zablokiramo se u uobičajenom, pa nam treba podsticaj i ideja sa strane, kako bismo svoj repertoar proširili. Ne treba zanemariti da sam čovek može mnogo toga preduzeti da bi pomogao sebi.

U svakom slučaju, korisno je podsetiti se i nekoliko saveta koji je blizak mišljenju, kako većine stručnjaka, tako i zdravorazumskom delu većine ljudi.

- Nije na odmet ponoviti da su uravnotežena, zdrava ishrana, bavljenje sportom i redovno uzimanje pauza, veoma važni za redukciju stresa. Takođe je smeh (vicevi, komični filmovi, sagledavanje situacije na komičan način uz pomoć kolega i prijatelja) jedan od najboljih metoda za smanjivanje stresa.

- Nemojte zanemariti sebe, svoje potrebe i želje. Brinite se o sebi jer to nije luksuz, već neophodni deo života. Opustite se i zabavljajte u svoje slobodno vreme, koje je važno da razgraničite od radnog.

- Uz sve ovo, naučite da kontinuirano pratite svoje misli, osećanja, ponašanja i telesne reakcije.

- Pri tom je bitno upoznati sebe i naučiti šta je to što možemo promeniti, a šta ne.

- Pravite što realnije procene. Redovno planirajte vreme, izdvajajući prioritete aktivnosti

- Kad rešavate probleme dobro je usredsrediti se na manje, opipljive zadatke, koje ćete i završiti.

- Svesno obuzdajte ekstremna osećanja (nemoći i svemoći).

- Pri tom ne zaboravite da usaglasite vaša očekivanja, zadatke i uloge.

- Ne zaboravite da ne možete sve sami. Okupite oko sebe ljude u koje imate poverenje i sa kojima se možete dogovarati i o svemu razgovarati. Ovako ćete obezbediti međusobnu podršku i pomoć sa strane. Razmenjujte redovno iskustva sa njima. Veoma je korisno deliti probleme sa drugima koji su imali slična iskustva.

- Nemojte se ustručavati da potražite stručnu pomoć ako vam je potrebna.

- I još nešto što je vazno istaći je sugestija da smislite vaš originalni način da pomognete sebi. To je bitno iz razloga što smo svi različiti, pa nas različite stvari pogađaju, ali i na jedinstven način izlazimo na kraj sa njima.

Ipak, bez stresa ne možemo jer je, kao što je pomenuto, on u svojoj suštini nešto što je zdravo i potrebno ljudima. Naravno, proširivanje pogleda, znanja i iskustava o strategijama suočavanja i prevladavanja su, u svakom slučaju, neophodni kako njegove posledice ne bi bile štetne i pogubne po naše zdravlje i kvalitet života, kada intenzitet stresa postane previsok za naše biće.

Što se tiče pojmova bliskih pojmu stresa, poslednjih godina naučnici sve više skreću pažnju na jos jedan koncept „work-life balance“. Naime, primećen je trend vođenja nezdravog načina života, koji podrazumeva zanemarivanje porodičnog aspekta, kao i društvenih i sitnih ličnih potreba, povezanih sa ljudskom prirodom, temperamentom i njegovim željama i navikama. Bez obzira na očekivanja da će s razvojem tehnologije ljudi imati sve više slobodnog vremena da se posvete sebi, da se odmaraju ili budu kreativni i rade ono što sami izaberu, dogodilo se upravo suprotno.

Naime, u poslednjih dvadesetak godina se uočava trend porasta vremena koje zaposleni provode na svom radnom mestu, a sindrom izgaranja postaje sve češći problem kod većine profesija. U isto vreme, poslednjih desetak godina, se sve više govori o novoj vrsti pritiska u vidu različitih vidova individualnog i grupnog zlostavljanja na radnom mestu, tj. popularnije rečeno, mobingu. Naravno, ovo su sve veoma interesantne i važne teme koje u svakom slučaju zaslužuju više diskusije, kako u stručnoj, tako i u široj javnosti, pa i u nekim od narednih tekstova.

O AUTORU:

Katarina Stojanović diplomirala psihologiju na Filozofskom fakultetu u Novom Sadu. Magistrant je na postdiplomskim studijama, na smeru psihoterapija. Završila je obuke za psihosocijalnog savetnika, kao i transakcioni, kognitivni i integrativni pristup u psihoterapiji. Kroz dosadašnje profesionalno angažovanje aktivno se bavila savetodavnim i psihoterapeutskim radom (individualnim i grupnim), psihološkom dijagnostikom, edukacijom, radioničarskim radom, supervizijom...
Član je Centra „Srce” od 1998. godine.

KRIZA

Tatjana Bokun
CENTAR SRCE

Kao što se telo čoveka trudi da održi fizički balans, tako se i njegov um trudi da održi neku vrstu mentalne ravnoteže. U trenutku kada um nije više u stanju da održi tu ravnotežu, odnosno kada uticaji sredine prevazilaze čovekove mogućnosti da se nosi sa novonastalom situacijom, dolazi do pojave psihičke krize. Dakle, pojava krize je znak da naši postojeći mehanizmi prevladavanja nisu u stanju da savladaju problem sa kojim se suočavamo.

Najčešće se uzročnici javljanja psihičke krize dele u dve osnovne grupe: one vezane za rast, razvoj i smenu različitih životnih faza (razvojne krize) i one vezane za neke negativne spoljašnje događaje kao što su bolest, gubitak, povrede, pretnje i sl (situacione krize).

Važno je istaći da kriza ne predstavlja bolest, već je to kratkotrajna psihička pometnja. Okosnicu stanja krize čine teskoba i depresivnost. Ukoliko se rešavanju krizne situacije ne posveti pažnja, to može dovesti do porasta tenzije i pojave anksioznosti, straha i osećanja bespomoćnosti. Ovi simptomi su praćeni brojnim telesnim smetnjama, a javljaju se i promene u ponašanju: slabija radna i intelektualna efikasnost, teškoće u komunikaciji i otežano obavljanje socijalnih uloga. Čovek u krizi je veoma često "poljuljan iz temelja" i neophodna mu je pomoć okoline.

Jedna od najburnijih kriza kod većine ljudi se javlja na početku adolescentnog doba. Osnovne promene u ovom periodu su vezane za fizički izgled i buđenje snažnih seksualnih nagona. Mladost u tom dobu je veoma teško da pronađe odgovarajuću ravnotežu između ograničavanja i izražavanja nagonskih težnji. Ona napušta sigurnost detinjstva i preuzima odgovornost odraslih. Česti nesporazumi roditelja i adolescenata dodatna su otežavajuća okolnost.

U adolescentnoj krizi uočavaju se potištenost i nekontrolisana razdraganost, potreba za samostalnošću, teskoba, zloupotreba alkohola i psihoaktivnih supstanci, asocijalno ponašanje (prvenstveno agresivnost), zapuštanje školskih obveza, pa i pokušaji samoubistva. U mnogim od ovih situacija je ponekad teško odrediti šta je normalno, a šta i patološko reagovanje.

Ishod krize adolescentnog perioda je formiranje ličnog identiteta mlade osobe koji je uvek povezan sa biološkim, psihičkim i socijalnim sazrevanjem. U tom periodu adolescenti pokušavaju da nadju odgovore na mnoga pitanja, među kojima su najčešća: „ko sam”, „gde pripadam”, „gde želim da stignem”, „šta želim da postignem”, „kakav želim da budem”. Mlada osoba tada počinje da integriše iskustva iz dotadašnjeg socijalnog i emotivnog života, a rezultat tih integrativnih procesa omogućava mladoj osobi da definitivno kristališe svoj identitet i živi skladno kao nezavisna i autonomna osoba.

Veliki broj stručnjaka smatra da je adolescentna kriza normalni razvojni fenomen, da „adolescencija bez nekih od ovakvih oblika ponašanja i nije adolescencija” jer su mnoge krize ne samo normalne, nego i nužne u tom razdoblju. Upravo iz tog razloga se u literaturi za krizu često kaže da predstavlja i rizik i šansu. Bez kriza ne bi bilo ni psihičkog napretka ličnosti jer nam ona pomaže da prevazilazimo sami sebe, da se osnažujemo razvijanjem mehanizama i ponašanja kojima uspevamo da rešavamo probleme.

Da bi se proces izlaska iz krize što lakše i bezbolnije odvijao, podrška i pomoć osoba iz okruženja je od izuzetnog značaja. Ovu pomoć, u zavisnosti od vrste krize, stepena njene izraženosti i drugih faktora, mogu da pruže osobe iz neposredne okoline, zdravstveni radnici, psiholozi i sl. Naročito važnu ulogu u pružanju pomoći imaju centri za intervencije u krizi u kojima rade profesionalci ili obučeni volonteri. Cilj intervencije u krizi je pružanje pomoći osobi da se vrati u okvire normalnog psihičkog funkcionisanja. U prvom redu, to znači da osobi treba pomoći da povрати njene postojeće mehanizme za prevladavanje i da samostalno pokuša da se suoči sa novonastalom situacijom

Šta sam možeš da uradiš da se lakše nosiš sa krizom?

- Nemoj ignorisati probleme jer time možeš ozbiljno zakomplikovati proces.
- Prihvati krizu kao deo normalnog razvojnog procesa.
- Ne nasedaj na priče o "lakim" rešenjima. To su uglavnom samo kratkotrajna, površinska olakšanja
- Pokušaj da u krizi uvek vidiš izazov koji ti pomaže da rasteš i da se razvijaš se kao osoba.
- Aktiviraj sve svoje raspoložive resurse jer rešenje krize je uvek u tebi
- Iskoristi sva svoja stečena znanja i iskustva i jasno definiši svoje ciljeve
- Pokušaj da promeniš stvari koje kod sebe ne voliš.
- Budi strpljiv i tolerantan prema sebi.
- Podeli svoja osećanja s nekim ko te neće osuđivati. To može biti prijatelj, volonter ili psiholog.
- Razgovaraj sa roditeljima ili drugim osobama u koje imaš poverenja.

O AUTORU:

Tatjana Bokun je diplomirani psiholog. Rođena je i fakultet završila u Novom Sadu, gdje i danas živi. Već 17 godina volontira u *Centru „Srce“*, čija je i direktorka. Radi kao Rukovodilac spoljnotrgovinskog sektora u Fabrici kugličnih ležajeva Temerin. Trenutno je koordinator projekta „Razvoj volonterizma kod djece i mladih na području zapadnog Balkana kao sredstvo pripreme za ulazak u građansko demokratsko društvo“.

ZLOSTAVLJANJE I ZANEMARIVANJE

Manuela Pakaški

ŠKOLSKI PSIHOLOG SŠ „DOSITEJ OBRADOVIĆ“,
NOVI KNEŽEVAC; CENTAR „SRCE“ NOVI SAD

Zloupotreba dece i adolescenta podrazumeva kako izostanak aktivnosti tako i vršenje aktivnosti koje se procenjuju kao neprikladne ili štetne za dete shodno postojećim društvenim pravilima, vrednostima i stručnim znanjima.

Sve posledice zlostavljanja i zanemarivanja se mogu podeliti na *rane* (u periodu detinjstva i mladosti) i *kasne* (one koje se javljaju u odraslom dobu). *Rane posledice su*: smrtni ishod, trajni fizički hendikep, emocionalne smetnje ili izmenjen doživljaj sebe (depresivnost, strah, strepnja, agresivnost, bes itd.), kognitivne smetnje (zastoj u razvoju kognitivnih funkcija, intelektualna inhibicija, problemi koncentracije), te poremećaji socijalnog funkcionisanja. *Kasne posledice su*: depresija, granična organizacija ličnosti, transgeneracijsko prenošenje zlostavljanja (zlostavljano dete u odraslom dobu postaje zlostavljač, onaj koji i sam zlostavlja).

Vrste zlostavljanja

Osnovni oblici zlostavljanja su: fizičko, emocionalno (psihičko), seksualno zlostavljanje i zanemarivanje.

Fizičko zlostavljanje

To je namerno nanošenje povreda i nesprečavanje istih. Ova vrsta zlostavljanja rezultira postojanjem povreda i znakova koji su posledica povreda, a nalaze se na raznim delovima tela. To su modrice od udaraca, bacanja i štipanja; opekotine od upaljene cigarete ili zagrejanih tela, te lomovi udova. Tu spadaju još izgladnjivanje ili davanje pokvarene ili otrovne hrane (ili bilo kakve materije), zatvaranje u podrum i slične prostorije. Povrede mogu biti namerno izazvane, a moguće je i da nastanu jer roditelji nisu dovoljno zaštitili svoje dete.

Emocionalno zlostavljanje

Emocionalno zlostavljanje može se odrediti kao hroničan stav ili obrazac ponašanja roditelja, odnosno drugih srodnika, koji poručuje deci da su bezvredna, nevoljena, neželjena, da vrede jedino kao sredstvo zadovoljenja tuđih potreba ili da su ozbiljno ugrožena fizičkim ili psihičkim nasiljem. Ovi postupci štete emocionalnom razvoju dece.

Uključuje:

- Odbijanje i ponižavanje;
- Terorisanje i pretnje nasiljem;
- Izolovanje i ograničavanje slobode;
- Iskorištavanje i narušavanje ličnih granica;
- Ignorisanje, emocionalna nedostupnost;
- Zanemarivanje obrazovanja, mentalnih i zdravstvenih potreba deteta.

Deca mogu biti i svedoci nasilja između roditelja. Takva deca žive u strahu i troše svoje snage na brigu kako o sebi, tako i o svojim roditeljima. Ona često moraju preuzeti odgovornost u situacijama kojima još nisu dorašla.

Posebnu grupu čine deca zavisnika. U takvoj situaciji ona su u dodiru s odraslima koji su toliko zaokupljeni svojim svetom da ne primjećuju njih i njihove potrebe. Deca su izložena strahovima i nepredvidivim situacijama koje ne razumeju.

Seksualno zlostavljanje

Pod seksualnim zlostavljanjem podrazumeva se svaki seksualni kontakt deteta i odrasle osobe (ili adolescenta starijeg 5 ili više godina od žrtve), pri čemu odrasla osoba koristi dete kako bi zadovoljila vlastite seksualne potrebe.

Seksualno zlostavljanje obuhvata široki spektar aktivnosti: od zajedničkog gledanja pornografskih časopisa i filmova, do posmatranja odraslog pri masturbiranju ili seksualno obojene igre, dodirivanja, masturbacije te oralnog, analnog i genitalnog snošaja. Odrasla osoba koristi dete za zadovoljavanje svojih seksualnih potreba.

Dete može biti aktivno ili pasivno. Deca o svemu čute jer u početku nisu ni svesna šta im se u stvari događa; nasilnik ih podmićuje, a posle i obavezuje čuvanjem tajne, pa i zastrašuje kako ne bi nikome o tome govorila. Znači, zastrašujući i zbunjujući aspekti seksualnog zlostavljanja su tajnovitost i saučesništvo. Uza sve to, deca se osećaju krivom i odgovornom za to što im se događa. Ako se dete direktno pita o tome, ono obično poriče takva iskustva.

Kod mlađe dece takva se iskustva mogu prepoznati u karakterističnim motivima likovnog izraza (preko crteža) i kroz specifičan seksualno obojeni način ponašanja (kroz igru). Drugim osobama dete prilazi kao što to njemu čini nasilnik. Javljaju se i mnoge zdravstvene smetnje i poremećaji ponašanja. Samodestruktivna ponašanja seksualno zlostavljane dece mogu kulminirati samoubistvom u doba adolescencije – kada se samoubistvo vidi kao jedini odgovor na pitanje „Reći nekome ili ne reći.”.

Zanemarivanje

Zanemarivanje je najčešći oblik zlostavljanja dece. Javlja se kad nije primereno zadovoljena neka od detetovih osnovnih životnih potreba, a može izazvati oštećenje zdravlja. U nekim slučajevima zanemarivanje je vrlo vidljivo, a u nekim je pak nevidljivo sve dok nije prekasno.

Zanemarivanje može ozbiljno uticati na telesno i mentalno zdravlje, ali i dovesti do smrti deteta, naročito ako je dugotrajno i ako je počelo u prve tri godine života.

Može biti:

- Emocionalno (nezadovoljavanje emocionalnih potreba) - nedostatak topline, vaspitanja, podrške i stimulacije.
 - - Fizičko (nezadovoljavanje osnovnih fizičkih/telesnih potreba) uključujući sigurnost, čistoću, hranu, brigu o zdravlju i odeći.
- Medicinsko/zdravstveno (nebriga za fizičko ili mentalno zdravlje)
- Obrazovno (nezadovoljavanje obrazovnih potreba, npr. obaveznog školovanja).

Kako bi se razjasnio pojam zanemarivanja, važno je razlikovati zablude od činjenica:

ZABLUDA	ČINJENICA
Većina siromašnih porodica zanemaruje svoju decu.	Siromaštvo nije zanemarivanje i porodice sa niskim prihodima mogu se primereno brinuti o deci.
Deca će prevladati posledice zanemarivanja.	Mogu imati kognitivni i neurološki deficite kao posledice zanemarivanja.
Zanemarivanje nije tako ozbiljan problem kao zlostavljanje.	Zanemarivanje je ozbiljan zdravstveni problem.
Ako je porodica prijavljena zbog zanemarivanja, deca se automatski oduzimaju.	Deca se oduzimaju samo ako žive u uslovima opasnim za život i sigurnost.

Ukoliko prepoznaš neki od navedenih oblika ponašanja, važno je da znaš – NIKAD NISI SAM!
Možeš da se obratiš za pomoć nadležnim institucijama za ovu vrstu problema:

- Centar za socijalni rad
- Službenicima policije
- Zdravstvenim radnicima u domovima zdravlja
- Prosvetnim radnicima (nastavnicima i psihološko-pedagoškoj službi)
- (Specijalizovanim) nevladinim organizacijama.

O AUTORU:

Manuela Pakaški je diplomirani psiholog. Volonterka je Centra „Srce” i radi u srednjoj školi „Dositej Obradović” iz Novog Kneževca. Manuela Pakaški je TA praktičar - obučava se za psihoterapiju u okviru TA već 3 godine, a takođe je i sertifikovani asertivni trener i koordinator za nasilje u školi i porodici.

NASILJE U ŠKOLAMA

Manuela Pakaški,
**ŠKOLSKI PSIHOLOG SŠ „DOSITEJ OBRADOVIĆ“, NOVI KNEŽEVAC;
 CENTAR „SRCE“, NOVI SAD**

Nasilje i strah od nasilja su realni problemi u našim školama, imajući u vidu da oko milion učenika i oko 70 hiljada nastavnika svakog radnog dana u školi provede od 3-7 sati na ograničenom prostoru.

OBLICI NASILJA U ŠKOLAMA

- Vršnjačko nasilje (Bullying)
- Nasilje nad učenicima od strane zaposlenih u školi
- Nasilje učenika nad zaposlenima u školi
- Nasilje škole kao institucije nad učenicima

Vršnjačko nasilje

Nasilje u školskoj sredini je pojava kada je jedan učenik ili grupa učenika trajno i učestalo izložen/a maltretiranju od strane jednog ili više učenika, koji namerno žele da ih fizički povrede, ponize ili izlože drugim psihološkim i socijalnim neprijatnostima.

Karakteristike bullyinga:

- ponašanje je postojano, nasilnik je istrajan i sistematičan;
- ponašanje izaziva strah kod žrtve;
- ponašanje je bazirano na neravnoteži ili zloupotrebi moći;
- ponašanje se obično odvija u grupnom kontekstu.

Vršnjačko nasilje može biti ispoljeno u različitim oblicima:

- *verbalno* – nazivanje pogrdnim imenima, ruganje, omalovažavanje, vredanje, dobacivanje, ismevanje i dr.;
- *fizičko* – udaranje, guranje, rušenje, otimanje i uništavanje stvari;
- *socijalno* – ogovaranje, izbegavanje, ignorisanje, izolovanje, širenje laži i glasina, odvajanje osoba od drugih na osnovu različitosti, neprihvatanje po bilo kom osnovu.;
- *psihičko* – preteći pogledi, grimase, ismevanje, neželjeni dodiri i komentari, uhođenje, iznuđivanje novca, ucenjivanje;



- *seksualno* – podrazumeva neželjeno dodirivanje, na neželjen način i po neželjenim delovima tela, iznuđivanje seksualnih usluga, prinuda na seksualni čin, podvođenje itd.
- *rasističko* (Racial bullying) - odvajanje osoba od drugih na osnovu rase/nacionalne/verske pripadnosti, dovođenje u poziciju neravnopravnosti i nejednakosti;
- *elektronsko nasilje* (Cyber bullying) preko mobilnih telefona ili interneta.

UČESNICI vršnjačkog nasilja, bez kojih nema bullyinga su: nasilnik, žrtva i posmatrači.

Nasilje zaposlenih nad učenicima

Iako postoji zakon koji reguliše pravila ponašanja zaposlenih u školi, dešava se da zaposleni nekim svojim postupcima i ponašanjima vrše nasilje nad učenicima. Osim fizičkog, najčešći vid nasilja nad učenicima je emotivno/psihološko nasilje.

Osim navedenog, nasilje zaposlenih nad učenicima predstavlja i sledeće: nejasno i neargumentovano ocenjivanje; izbacivanje sa časa; omalovažavanje; vikanje, ucenjivanje; davanje pogrdnih imena; lovljenje neznanja, namerno postavljanje nejasnih pitanja; davanje slabe ocene iz predmeta zbog nedisciplina; prisiljavanje na cinkarenje; etiketiranje; ignorisanje pojedinih učenika; vršenje pritiska na odlične učenike da se uključe u rad većeg broja sekcija ili da idu na takmičenja iz više predmeta; otvoreno ili prikriveno traženje poklona, seksualana zloupotreba.

Nasilje učenika nad zaposlenima

Ovaj vid nasilja se najčešće javlja u višim razredima (na starijem uzrastu) osnovne i u srednjoj školi. Najčešće je verbalno, ali se uočava trend porasta i fizičkog nasilja nad zaposlenima u školi.

Ova vrsta nasilja u školi je najmanje istraživana i zbog toga ima najmanje podataka o njoj.

Nasilje od strane škole kao institucije

Škola kao institucija nekim svojim zahtevima ili zloupotrebom moći može vršiti nasilje nad učenicima. Na primer: loši uslovi za rad; preobimni programi i zahtevi; krutost razredno-časovnog sistema; neodgovarajuća primena vaspitno-disciplinskih mera; neodgovarajući način rada u školama.

LINKOVI O BULLYING-U:

<http://www.bullying.org/>

<http://stopbullyingnow.hrsa.gov/kids/>

<http://www.anti-bullyingalliance.org.uk>

<http://www.childsafetyaustralia.com.au/children/bullying/bullying.htm>

<http://www.olweus.org/public/index.page>

DEPRESIJA

Željko Bibić
CENTAR SRCE

Priroda depresivnog poremećaja je takva da utiče na način na koji se hranimo, spavamo, kako se osećamo i kako se doživljavamo. Mnogi za sebe govore da su “depresivni”, ali prava depresija nije loše raspoloženje i tuga koja će proći za dan ili dva uz malo dobre volje, dobro društvo, razgovor sa prijateljima ili uz šetnju. Ustvari, prava depresija se ne može odagnati snagom volje i nažalost nema koristi od blagonaklonih reči ljudi oko nas da se saberemo, stisnemo zube i idemo dalje ili opaske poput “Sa obzirom šta ti se dešava nije ni čudo da si depresivan/na i da razmišljaš o najgorem”. Jedna od predrasuda vezanih za depresiju je da je ovaj poremećaj raspoloženja vezan za slabost karaktera i volje što nije tačno. Ova predrasuda je deo širokog dijapazona predrasuda vezanih za mentalne bolesti i kao takva je široko rasprostranjena među ljudima i vodi u stigmatizaciju, koja kao posledicu ima diskriminatorno ponašanje. Značano je ukazati na fenomen “samostigmatizacije”. Naime, osobe su usvojile predrasude ranije tokom života, pa po razvoju poremećaja I na sebi primenjuju naučeni način percepcije poremećaja, što doprinosi kasnom javljanju lekaru za pomoć, podstiče samoizolaciju i doprinosi produblivanju same depresije.

Odgovarajući tretman može pomoći u najvećem broju slučajeva, dok odlaganje ili neodgovarajući tretman mogu produžiti ovakvo stanje na mesece i godine.

Kako prepoznati depresiju

Različiti ljudi depresiju doživljavaju različito, ali ipak se mogu izdvojiti simptomi koji su karakteristični. Depresija je bolest raspoloženja koja zahvata i telo i misli. Najlakše je prepoznati depresiju kroz osnovne simptome, a značajno je napomenuti da je potrebno da simptomi traju najmanje 2 nedelje ili duže. Treba napomenuti, da depresija može biti blaga, umerena, teška i teška sa psihotičnim elementima. Osnovnu simptomatologiju čine:

- Gotovo obavezni simptom je nedostatak životne radosti ili barem smanjenje uživanja u mnogim aktivnostima u odnosu na period pre pojave bolesti;
- Osećaj tuge ili žalosti. Osoba se nekada oseća više praznom nego tužnom, ili navodi da je istovremeno i tužna i prazna;
- Bezvoljnost, kao gubitak interesa za hobije i sve drugo u čemu je bolesnik ranije uživao;
- Niska energija i brzo umaranje;
- Strah se javlja kod mnogih, najčešće vezan uz misli kako će se nešto loše da se dogodi;
- Smanjenje sna, najčešće kao nesanica i rano buđenje, ali i kao pojačana potreba za snom;
- Razmišljanje o samoubistvu i smrti uopšte;
- Teškoće u donošenju odluka;



- Oštećena koncentracija i pažnja;
- Smanjeno samopouzdanje i samopoštovanje;
- Osećaj krivice, bezvrednosti i bespomoćnosti;
- Stalne fizičke smetnje kao glavobolja, probadanja, vrtoglavica, hronični bolovi, usporenost u kretanju;
- Razdražljivost;
- Nemogućnost opuštanja;
- Gubitak ili povećanje telesne mase.

Depresija je u velikom broju slučajeva povezana sa osećanjem strepnje koja može biti vrlo uznemirujuća i oneposobljavajuća, i kaže se da depresija i anksioznost idu ruku pod ruku. Tako da se depresija može kriti ogrnuta strepnjom, ali i nekim drugim nespecifičnim telesnim simptomima, kao što su glavobolje, bolovi u drugim delovima tela koji nemaju organski uzrok, vrtoglavice ili zaokupiranost telesnim bolestima, smetnje disanja, gastrointestinalne smetnje tipa "nervoza želuca" ili zatvor, zatim zloupotrebljvanje alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci. Može se reći da je depresija bolest sa mnogo lica i tada govorimo o tzv. "maskiranoj depresiji".

Depresija takođe može biti jedna strana medalje tzv. bipolarnog poremećaja raspoloženja, koja se manifestuje izmenom maničnih i depresivnih faza. To je bolest sasvim druge prirode, te se njene terapija i tok znatno razlikuju.

Depresija je često udružena sa telesnim bolestima i nepovoljno utiče na njihov tok i ishod. Američka asocijacija za srce npr. predlaže da se depresija uvede kao nezavisni faktor rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti.

Uzroci i okidači

Uzroci leže u nekoliko ravni koje zajedno ali kod različitih osoba u različitim odnosima uzrokuju depresiju. U te ravni spadaju: genetska konstitucija (neke osobe su sklonije razvoju depresivnih reakcija), psihološki razvoj i struktura ličnosti koja se formira u kontekstu porodice i društva, i podrazumeva postignut stepen zrelosti, adekvatnost Ego mehanizama odbrane itd. Zatim su tu i brojni socijalni faktori kao što su gubitak bliske/ih osoba, gubitak socijalne sigurnosti, stres, prirodne katastrofe, telesne bolesti, društvene promene i nesigurnost itd. Svi ovi faktori zajedno doprinose poremećaju ravnoteže neurotransmitera u mozgu (pre svega serotonina i noradrenalina ali i drugih za funkciju mozga važnih molekula), što rezultira pojavom depresije

Kako se depresija dijagnostikuje? Šta će se dogoditi kod psihijatra?

Lekar specijalista psihijatar/neuropsihijatar će kroz razgovor moći da odredi radi li se o pravoj depresiji ili samo o prolaznom depresivnom raspoloženju ili pak eventualno o nekom drugom poremećaju. Moguće je da će vas psihijatar uputiti kod kliničkog psihologa kako bi popunili neke testove, ne biste li stekli što bolji uvid u stanje depresivnosti i njene uzroke.

Kako se depresija leči?

Najvažnije je znati da lečenje postoji i da je uspešno u velikom broju slučajeva. Lečenje podrazumeva primenu lekova-antidepresiva i psihoterapije.

Antidepresivi

Lekovi koji se koriste u lečenju stanja depresije, anksioznosti ali drugih bolesti su antidepresivi. Antidepresivi nisu anksiolitici tj. sedativi, kao što su Bensedin, Bromazepam, Xanax itd. i ne treba ih brkati sa ovom grupom lekova. Postoji nekoliko grupa antidepresivnih lekova, različitih mehanizama delovanja. Danas, pored mnogih drugih najčešće spominjani su lekovi iz grupe SSRI- Selective serotonin reuptake inhibitors tj. Selektivni inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina, sa predstavnikom fluoksetinom poznatijim kao Prozac, koji je kod nas registrovan pod drugim zaštićenim imenima. Lekovi ove grupe deluju tako što stabilizuju količinu neurotransmitera serotonina u mozgu i na taj način deluju i antidepresivno ali i protiv strahova, prisilnih misli i radnji. Nove grupe antidepresiva koje se danas propisuju imaju daleko manje nuspojava. Važno je znati da je antidepresive potrebno uzimati duže vreme i da njihovo delovanje počinje tek nakon 2-3 nedelje kontinuirane upotrebe, pa ih treba strpljivo uzimati prema uputstvima lekara. Lečenje je potrebno uvek sprovoditi pod kontrolom lekara.

Terapija depresije odvija se u tri faze:

Prva, akutna faza lečenja traje četiri do šest nedelja. U bolesnika koji reaguju na propisani antidepresiv početno se poboljšanje može uočiti tek nakon 2 do 3 nedelje lečenja. Ukoliko nakon razdoblja od 4 do 6 nedelja redovnog uzimanja leka u odgovarajućoj terapijskoj dozi nema zadovoljavajućeg poboljšanja, treba ili povećati dozu leka koji se trenutno uzima ili promeniti lek, tako da se uvede lek iz druge farmakološke grupe, odnosno drugog mehanizma delovanja.

Jedan od čestih razloga terapijskog neuspeha je subdoziranje antidepresiva (uzimanje antidepresiva u dozi nižoj od terapijski delotvorne) i neredovno uzimanje leka. Dok je prevremeni prekid terapije razlog učestalog javljanja novih epizoda depresije. Ako je postignut dobar učinak, sledi druga faza - terapija održavanja koja treba trajati do godinu dana. Cilj terapije je održavanje sprečavanja pojave nove depresivne epizode, jer je utvrđeno da je u ovom periodu osoba koja se oporavlja od depresije vulnerabilna i moguće je da se neki ili svi simptomi depresije obnove. U fazi terapije održavanja lek se uzima u istoj dozi kao i u akutnoj fazi lečenja. U slučajevima kada se nakon određenog vremena odlučimo na prekid terapije on treba da bude postepen.

Treća faza- je faza održavanja i ona se razmatra u bolesnika sa dodatnim faktorima za razvoj nove epizode depresije. Koristi od ove faze imaju osobe sa ponavljanim depresivnim epizodama, hroničnom depresijom, kao i osobe kod kojih postoji rezidualna simptomatika koja ometa svakodnevno funkcionisanje.

U vreme lečenja kao i posle povlačenja simptoma bolesti preporučuje se redovna psihijatrijska kontrola, a broj poseta u ovoj fazi zavisi od vrste odabranog lečenja i kliničkom stanju bolesnika. Najbolja prevencija ponovnog pojavljivanja depresije je uzimanje antidepresiva kao terapije održavanja, čak i neko vreme nakon što su se simptomi povukli. Terapiju nije preporučljivo prekidati bez dogovora sa lekarom! Ako se nakon prekida terapije simptomi depresije ponovo pojave, treba odmah započeti sa uzimanjem antidepresiva kako bismo na vreme sprečili daljnju progresiju bolesti.

Uzrokuju li antidepresivi zavisnost?

Ne! Antidepresivna sredstva nisu stimulansi kao npr. amfetamini. Uobičajeni strah od zavisnosti je neutemeljen. Prava zavisnost je praćena neizdrživom potrebom, zloupotrebom, te potrebom za sve većim količinama da bi se osigurao isti učinak, nepoznata je kod uzimanja antidepresivnih sredstava, čak i ako se lek uzima vrlo dugo.

Psihoterapija

Terapija razgovorom će pomoći da otkrijete uzroke svoje depresije i da je bolje i brže prebrodite. Lekar vam može preporučiti dobrog licenciranog psihoterapeuta za individualnu ili grupnu terapiju.

Kognitivno-bihevijoralana terapija će vas naučiti da preispitate svoje negativne misli i razvijate daleko realističniji pogled na život. Psihoanaliza ili psihoanalitička terapija će vam pomoći da rekonstruirate svoj psihički život, da se upoznate sa samim sobom, da se prihvatite i razvijete zrele mehanizme odbrane. Mogući izbor uključuje i transakcionu analizu, Rogersovu na klijenta orijentisanu psihoterapiju, kao i psihoanalitičku grupnu terapiju.

Tehnike opuštanja mogu vam pomoći da pobedite stres i teskobu koje su često povezane sa depresijom. U svoje lečenje uključite i zdrave životne stilove, kao što su zdrava ishrana, dodatke ishrane poput omega-3 masnih kiselina, te vitamina B-kompleksa, a ne treba zaboraviti na rekreaciju (npr. šetnju). Promena stila života može biti od velike pomoći. Redukujte svoj posao u okviru radnog vremena i ostavite se poroka poput droge i alkohola.

Kako pomoći depresivnoj osobi?

Kada bliska osoba postane depresivna, mnogi odnosi unutar porodice, neke druge grupe ili prijateljstva postanu poremećeni. Iz prva je teško shvatiti šta se događa, pa se javljaju osećaji nemoći, besa, nestrpljenje i neverica prema osobi koja je depresivna. Zbog ovakvih osećanja često padnemo u iskušenje da kažemo osobi : "Saber se, nije to ništa", "Sve je to samo u tvojoj glavi", "Potrudi se više, nemoj da se prepuštaš", "I drugima je teško, pa se trude", "Trgni se", "Depresija je luksuz, nema se danas vremena za to" itd.. Neophodno je zapamtiti i imati na umu da osoba koja boluje od depresije nije u stanju da pomogne sebi na način kako bi to inače činila. Stoga su nežna briga, iskazivanje ljubavi, strpljenje i ohrabrivanje za javljanje lekaru i primenu terapije ključni načini naše pomoći. Nemojmo preterivati u nameri da razveseljavamo i da predlažemo aktivnosti koje su za depresivnu osobu teške, jer ćemo time samo povećati osećaj nemoći i podstaći ćemo negativne misli.

Konstantno ponavljanje negativnih misli i druge manifestacije nemoći su mnogim ljudima teške za podnošenje, zato se vežabajmo strpljenju i ugrizimo se za jezik, kada god posegnemo za argumentacijama koje kod obolelog mogu uzrokovati kontraefekte.

Kako bi bolje razumeli depresiju i kako bi bili što bolja podrška potražimo informacije o depresiji na internetu, u knjigama ili od stručnjaka psihijatra ili psihologa. Informacije će nam pomoći da modifikujemo svoje stavove i ponašanje prema depresivnoj i da joj budemo adekvatna podrška. Nemojmo zaboraviti da su svima pa i depresivnoj osobi potrebna privatnost i poštovanje.

O AUTORU:

Željko Bibić je apsolvent na Medicinskom fakultetu u Novom Sadu, volonter centra za pružanje emotivne podrške u krizi i prevenciju samoubistva "Srce". Zainteresovan je za psihijatriju, psihoanalizu, psihosomatsku medicinu i umetnost. Završio je mirovne studije u Centru za mirovne studije u Zagrebu.

PREVENCIJA SAMOUBISTVA - BRIGA SVIH NAS

Milena Ćuk

NOVOSADSKI HUMANITARNI CENTAR

Definicija

U proučavanju kompleksnog fenomena samoubilaštva, tj. namernog oduzimanja sopstvenog života, razlikuju se sledeća ponašanja: samoubistvo (sa fatalnim ishodom), pokušaj samoubistva (bez fatalnog ishoda-parasuicid po nekima), samopovređivanje, samoubilačke misli i planovi. Takođe, ne treba zanemariti ponašanja koja predstavljaju neku vrstu pasivnog ili hroničnog izlaganja samouništenju, a koja srećemo u sklopu poremećaja kao što su bolesti zavisnosti, anoreksija i bulimija, ili delikvencija. Suicidolozi (stručnjaci koji proučavaju problem samoubilaštva) su predložili upotrebu pojma *samoubilačkog ponašanja* kao najadekvatnijeg jer obuhvata sva gore navedena ponašanja, kako se u proučavanju i prevenciji samoubilaštva ne bi zanemarila ona ponašanja kod kojih nema svesne motivacije da se okonča sopstveni život, no očigledno je da vode ili mogu dovesti do samouništenja.

Veličina problema

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, oko milion ljudi godišnje izvrši samoubistvo. Ilustracije radi, to bi značilo da na svakih 40 sekundi jedna osoba izvrši samoubistvo. Tačan broj izvršenih samoubistava je teško utvrditi, a još je teže utvrditi broj pokušaja samoubistava, no procenjuje se da je njih oko 20 puta više nego izvršenih - i to je samo deo problema.

Ne treba zanemariti velike posledice koje smrt izazvana samoubistvom ostavlja na preživеле članove porodice ili bliske osobe, u smislu psihičke patnje i socijalne izolacije.

Opšte karakteristike

- Samoubistvo je po pravilu učestalije kod muškaraca, dok su kod žena češći pokušaji samoubistva. Izuzetak je poslednjih godina primećen u Kini - žene su nadmašile muškarce u izvršenim samoubistvima. Pretpostavlja se da je to posledica teškog života i pritisaka kojima su žene izložene.
- Samoubilačkim ponašanjem su pogođeni svi slojevi društva - prisutno je i među bogatim i među siromašnim slojevima stanovništva.
- Uzasne grupe najrizičnije za suicid su stari (obično oni iznad 60 godina, bez bračnog partnera, hronično bolesni) i mladi i srednje mladi (15-35).
- Među lekarima su zabeležene visoke stope suicida, kod psihijataru posebno. Zemljoradnici (farmeri) su takođe ugrožena kategorija po pitanju suicida.

Samoubilaštvo i mladi

Zabrinjavajući su podaci o porastu stope suicida među mladim ljudima u svetu. Samoubistvo spada u vodeća 3 uzroka smrti mladih i srednje mladih (15-35 godine) u mnogim zemljama (uključujući i našu). Među mladima su naročito izraženi pokušaji samoubistva i samopovređivanje.

Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku, 1990. godine je u Srbiji registrovano 99 samoubistava mladih od 15-29 godine, da bi taj broj rastao i dostigao kulminaciju 1997. godine



(192), sa tendencijom pada do 2005. godine (106 slučajeva). Ipak, u 2006. godini registrovano je u ovoj uzrasnoj grupi čak 120 slučajeva samoubistava.¹

Stručnjaci smatraju da su podaci o broju samoubistava potcenjeni – neretko se smrt usled suicida vodi pod kategorijom nesrećnog slučaja. U populaciji mladih ljudi, naročito su izraženi pokušaji samoubistva. Dok se za opštu populaciju procenjuje da su pokušaji od 20 do 40 puta češći od izvršenih samoubistava, u populaciji mladih su pokušaji i do 100-150 puta češći od ostvarenih suicida!

Svaki pokušaj suicida, bez obzira koliko bezazleno izgledao, treba ozbiljno shvatiti!

Faktori rizika

Samoubistvo je složena pojava na koju utiče velik broj činioca, ipak, suicidalni rizik je veći tamo gde postoji:

- mentalni poremećaj, posebno depresija, potom shizofrenija, poremećaj ličnosti ili anksiozni poremećaj;
- alkoholizam i druge zavisnosti od psihoaktivnih supstanci;
- hronična ili neizlečiva telesna bolest, naročito ako je udružene sa neizdrživim bolovima i patnjom;
- psihička kriza (bilo da je izazvana gubitkom bliske osobe, prekidom emotivne veze, gubitkom posla, neuspehom u obrazovanju, porodičnim problemima itd., ili razvojnog karaktera - npr. adolescentska kriza);
- pretrpljenja trauma ili zlostavljanje;
- raniji pokušaj samoubistva;
- samoubistvo člana porodice ili prijatelja..

S obzirom da je depresija najviše povezana sa samoubilačkim ponašanjem, važno je naglasiti: **DEPRESIJA SE MOŽE LEČITI, A SAMOUBISTVO SE MOŽE SPREČITI!**

Prevenција

Neke od konkretnih mera koje se predlažu za prevenciju samoubistva su sledeće:

- edukovanje osoblja iz primarne zdravstvene zaštite za rano identifikovanje i adekvatan pristup mentalnim poremećajima koji su značajno povezani sa pojavom samoubistva, ali i edukovanje zaposlenih u školama, policiji i javnosti uopšte o ranom otkrivanju suicidalnih osoba i kako im prići;
- kontrola pristupa sredstvima kojima se suicid može izvršiti (kontrola posedovanja vatrenog oružja, prodaje pesticida, sedativa...);
- osnivanje centara za intervenciju u krizi koji su lako dostupni korisnicima (npr. tele-apel službe);
- rad sa rizičnim grupama (preživeli članovi porodice; adolescenti; zatvorenici...)

Poslednjih godina naročita pažnja se posvećuje **značaju odgovornog izveštavanja medija** o samoubistvu - postoji čitav niz uputstava o tome kako bi mediji trebalo, a kako ne bi trebalo da izveštavaju o samoubistvu. Svakako bi trebalo izbegavati objavljivanje fotografija osoba koje su izvršile samoubistvo i mesta gde je izvršeno; izbegavati izveštavanje o detaljima upotrebljenog metoda, te praviti senzacionalističke vesti od samoubistva.

¹ Nacionalna strategija za mlade Vlade Republike Srbije

Efikasna prevencija samoubistva podrazumeva široki, multisektorski pristup koji uključuje, ne samo ulogu zdravstvenog sektora, već i angažovanje različitih društvenih struktura i profesija, kao i neprofesionalce - dobrovoljce.

Tabui i zablude - najveća prepreka promenama

Međutim, najveće prepreke u prevenciji suicida rezultat su neznanja. O samoubistvu se govori malo ili kroz sistem predrasuda - tako se suicidalne osobe često percipiraju kao kukavice i slabići, grešnici, manipulatori i sl. Ovakvo socijalno obeležavanje (stigmatizacija) dodatno izaziva osećanja srama, straha i krivice kod suicidalnih osoba što ih sputava da glasno zatraže pomoć. Socijalnim obeležavanjem pogođene su, ne samo suicidalne osobe, već svi koji imaju problema sa mentalnim zdravljem što samo otežava oporavak.

Ako se još pomene da je samoubistvo tabu tema proizašla iz društvenih i religioznih sankcija, jasno je da postoji potreba za promenom stava javnosti i povećanje nivoa svesti o samom problemu i o tome da on može da se prevenira.

Neke od zabluda koje se često povezuju sa samoubistvom - i činjenice kao odgovor na njih - su sledeće:

- onaj ko je rešio da se ubije će to svakako uraditi - činjenica je da je većina suicidalnih osoba zapravo ambivalentna (neodlučna) u odnosu na življenje i umiranje. Najčešći razlog koji suicidalnu osobu «vuče» ka razmišljanju o smrti jeste doživljaj nepodnošljivosti situacije u kojoj se nalazi iz koje ne vidi izlaz, a taj doživljaj ne traje večno;
- ako nekog pitamo da li razmišlja o samoubistvu, mogli bismo mu zapravo dati ideju da se ubije - činjenica je da će suicidalna osoba osetiti olakšanje ako joj pružimo mogućnost da sa nama podeli suicidalne misli i osećanja koja su sa njima povezana;
- ljudi koji pričaju da će se ubiti nikad to ne urade - činjenica je da većina ljudi koja se ubije direktno ili indirektno daje nagoveštaje o svojim namerama. Izjave tipa: «Biće vam žao kad mene ne bude», ili «Ne vidim izlaz» često ukazuju na ozbiljan suicidalni rizik;
- sve osobe koje su suicidalne su duševno bolesne - istraživanja pokazuju da iako su ove osobe izuzetno nesrećne, one nisu samim tim i duševno bolesne.

Svetski dan prevencije samoubistva

Budući da je samoubistvo jedan od najvećih javnozdravstvenih problema, Međunarodna asocijacija za prevenciju samoubistva (IASP) je proglasila 10. septembar 2003. godine za prvi Svetski dan prevencije samoubistva kako bi se svake godine na taj dan fokusirala pažnja javnosti na prisutan problem i na mogućnosti prevencije.

Kome se obratiti?

Pored razgovora sa članom porodice, prijateljem, ili **sa bilo kim u koga imate poverenje**, možete se obratiti:

- vašem lekaru ili dežurnoj ambulanti
- institutu za mentalno zdravlje (najbližoj psihijatrijskoj ustanovi)

- savetovalištu za mlade
- psihoterapeutu
- školskom psihologu ili pedagogu
- Psihološkom savetovalištu za mlade Novosadskog humanitarnog centra
- Centru za emotivnu podršku i prevenciju samoubistva «Srce»²

Šta vi možete uraditi?

Ako primetite da neko koga poznajete pati, ako posumnjate da gubi volju za životom, ponudite mu razgovor. Pokažite da saosećate sa njim, budite topli i strpljivi. Nemojte se ustručavati da postavite pitanje o samoubistvu – ne možete mu «usaditi tu ideju u glavu», a ako zaista razmišlja o samoubistvu, osetiće olakšanje što sa nekim može da podeli teško breme. Najmanje što možete da uradite je da pažljivo i istinski saslušate tu osobu. Budite pažljiv i nepristrasan slušalac. Ne kritikujte je, ne morališite, ne sažaljevajte i nemojte da joj govorite šta je najbolje za nju da uradi. To može da je zatvori i udalji od dalje komunikacije. Važno je da pokažete da osobu prihvatate takvu kakva jeste. Ako sumnjate (i ako utvrdite) da je osoba suicidalna, ne ostavljajte je samu. Sklonite sve predmete kojima bi mogla sebe da povredi. Pomozite joj da shvati da su problemi REŠIVI; da nepodnošljivi unutrašnji doživljaj koji ima neće trajati večno, a da samoubistvo nije nikakvo rešenje.

Najveće prepreke u prevenciji suicida i ostalih problema u oblasti zaštite mentalnog zdravlja dolaze iz neznanja. Psihički problemi, naročito fenomen samoubistva, i dalje su tabu tema praćena sistemom predrasuda što dodatno otežava pokušaje prevencije i/ili rehabilitacije.

O AUTORU:

Milena Ćuk, psiholog po profesiji, radi u Novosadskom humanitarnom centru na projektima koji se tiču mladih, volonterskog rada i obrazovanja Roma. Sertifikovani je trener veština asertivne komunikacije. Volontirala je u Centru „Srce“. Autorka je i koordinatorka informativno-edukativne kampanje *Razgovor pomaže* za prevenciju autodestruktivnog ponašanja kod mladih koju je Centar „Srce“ sproveo 2006. godine.

² Centar „Srce“ ima otvorenu „tele-apel“ liniju (021) 6623-393, svakog dana od 14 do 23h

NARKOMANIJA

PREUZETO IZ PRIRUČNIKA „DROGE I MLADI: ŠTA ZNAMO O TOME“, MINISTARSTVO ZDRAVLJA REPUBLIKE SRBIJE.

Droga se kao termin u širem smislu, koristi za materije biljnog, hemijskog, ili životinjskog porekla koje služe za izradu lekova. Češće je u upotrebi sa značenjem da je reč o supstanci koja, kad je uneta u organizam, može da promeni stanje svesti i druge psihičke funkcije (opažanje, mišljenje, raspoloženje, ponašanje i stav prema telu), može ubrzo da dovode do stvaranja navike – psihičke i fizičke zavisnosti i štetnih posledica po ceo organizam. Sve više se umesto termina droga koristi termin psihoaktivna supstanca. Mi ćemo obe reči koristiti kao sinonime.

Jedna od najvažnijih stvari koje treba razumeti kada su droge u pitanju je da one pokazuju različito dejstvo kod osoba koje je konzumiraju. Za jednu osobu konzumiranje droga, pa čak i prvo probanje može biti po život opasno, za neku drugu osobu je „manje“ opasno, ali uvek je štetno.

ŠTA JE NARKOMANIJA? Narkomanija je stanje periodičnog ili hroničnog trovanja, štetnog za pojedinca, kao i za društvo, prouzrokovanog ponavljanim uzimanjem prirodnih ili sintetičkih droga.

KOJE SU KARAKTERISTIKE NARKOMANIJE? To je sindrom sastavljen iz sledećih simptoma:

- neodoljiva želja da se nastavi uzimanje droge i da se droga nabavi po svaku cenu;
- postojanje tolerancije, usled dugotrajnog uzimanja droge, sa tendencijom da se doza droge povećava;
- postojanje psihičke ili fizičke, ili i psihičke i fizičke zavisnosti;
- pojava apstinencijalnog sindroma posle naglog prekida uzimanja droge;
- izmena ponašanja narkomana, sa svim štetnim posledicama po njega samog i po njegovu okolinu i društvo.

Razlozi prvog uzimanja droge i daljeg eksperimentisanja?

1. radoznalost;
2. druženje sa narkomanima (ugledanja, imitacija, indentifikacija), često u vidu želje za očuvanjem prijateljstva sa vršnjacima koji uzimaju drogu;
3. sugestija inuktora (starijeg, iskusnijeg narkomana);
4. lična nesigurnost;
5. u cilju samoanalize;
6. potreba za dokazivanjem „zrelosti“;
7. buntovništvo;
8. oslobadjanje od osećanja dosade;



9. nespремnost za suočavanje sa problemima u porodici ili školi;

10. ili zbog dr. loših međjuljudskih odnosa u užem ili širem okruženju.

KAKO SE RAZVIJA ZAVISNOST OD DROGA? Zloupotreba droga u adolescenciji obično prolazi kroz 5 faza:

FAZA POSMATRAČA koja počinje radoznalošću, koja je praćena nedovoljnom informisanošću mlade osobe.

FAZA PRVOG OPROBAVANJA u kojoj mlada osoba stiže prva iskustva sa drogama (ili alkoholom) najčešće u društvu vršnjaka. Bez dovoljno razvijenog samopouzdanja i iz snažne želje da se oseti prihvaćenom među vršnjacima koji uzimaju drogu, mlada osoba ih sve češće imitira. Verovatno je fascinirana vršnjacima koji piju ili koriste drogu jer joj izgleda da se oni mnogo bolje zabavljaju. Lako prihvata mitove koji su uobičajeni među mladima: da to svi rade, da to nije ništa strašno, da se upotreba droge može kontrolisati, da se može koristiti bez posledica.

FAZA EKSPERIMENTISANJA sa različitim PAS, mlada osoba uči kako da koristi droge i otkriva da pomoću njih može da menja svoje raspoloženje. Koristi ih povremeno, obično samo vikendom i isključivo u društvu, na žurkama, kada neko drugi nabavi i donese drogu. U ovoj fazi se obično koriste takozvane „uvodne droge“ (alkohol, duvan, marihuana i lekovi za smirenje).

PERIOD ZAPOČINJANJA REDOVNE UPOTREBE tj. ZLOUPOTREBE karakteriše žudnja za drogom, odnosno njenim efektima. Mlada osoba, na osnovu sopstvenog iskustva, razvija svoj lični odnos prema drogi, nalazi svoje izvore za nabavku, ima svoj pribor. Korišćenje droge ne vezuje više za grupu vršnjaka, već za određene situacije kada želi da se „opusti“. Drogu koristi svakog vikenda, a ponekad i radnim danom. Sve se više udaljava od porodičnih, školskih i društvenih obaveza i vrednosti.

PERIOD ZAVISNOSTI karakteriše preokupiranost drogom i njenim efektima. Mlada osoba gubi kontrolu nad svojim životom. Sve njene misli i aktivnosti usredsređene su na nabavku i korišćenje droge. Kada ne može da dodje do droge, ispoljava se apstinencijalna kriza i neraspoloženje. Kada nema droge ova mlada osoba se oseća bolesno, apatična je, umorna i zna da je jedini način da olakša patnje ponovno uzimanje droge. Tako ulazi u začarani krug. Daljim korišćenjem droge mlada osoba ulazi u fazu „života u paklu“ kada droge ne pružaju više nikakvo zadovoljstvo, ali postoji snažna potreba i pritisak da se one uzmu da bi se osoba smirila, da bi se izbegla kriza. Koristi sve jače droge, najčešće intravenskim putem. Telesno i psihički osoba vidljivo propada, samodestruktivna je učestalije.

Razlozi kasnije zloupotrebe droge?

1. osećanje prijatnosti;
2. iščekivanje izuzetnog efekta droge;
3. bekstvo od stvarnosti;
4. želja za euforičnim efektima;
5. lična nesigurnost;

Najčešći oblici antisocijalnog ponašanja narkomana?

1. laži i obmanjivanja;
2. zapostavljanje lične higijene i škole;
3. otudjenje stvari;
4. kradja;
5. prosjačenje;
6. obijanje apoteka;
7. prostituisanje;
8. distribucija droge (dilovanje);
9. neovlašćena proizvodnja, prerada i prodaja droga;
10. krijumčarenje;
11. falsifikovanje recepata.

Najčešći duševni poremećaji kod narkomana?

1. psihopatološke pojave (vizije, iluzije, halucinacije, strah, dezorijentisanost, panika,...);
2. psihoze;
3. pokušaji samoubistva;
4. karakterne promene.

ANKSIOZNOST

Nenad Opačić

NOVOSADSKI HUMANITARNI CENTAR

Anksioznost se najopštije definiše kao odgovor ljudskog organizma na opasnost ili pretnju u budućnosti. Prema teorijama kognitivno-bihejvioralnih terapija, anksioznost kao emocionalni poremećaj nastaje kada osoba stalno precenjuje opasnost situacije i/ili podcenjuje svoju sposobnost da se izbori sa zahtevima ugrožavajuće situacije. Specifičnije se može definisati kao osećanje zebnje koji se javlja kao odgovor na znak pretnje nekoj vrednosti koju osoba smatra od suštinskog značaja za svoju egzistenciju. Pretnja može biti u odnosu na fizičku egzistenciju, psihološku egzistenciju ili specifične vrednosti osobe. Reč anksioznost potiče od latinske reči *anxietas*, što znači – *nespokoјstvo, briga, zebnja, strepnja*.

Doživljaj anksioznosti može da se kreće od osećaja umerene do osećaja nepodnošljive nelagodnosti. Šta više, periodi anksioznosti jedne osobe u toku jednog dana mogu varirati od perioda intenzivne do perioda umerenije anksioznosti. Najupadljiviji telesni pokazatelj anksioznosti je povišena telesna uzbuđenost. Uobičajeni telesni i mentalni simptomi koje osoba oseća u stanju anksioznosti su: *ubrzano disanje, povećan broj srčanih otkucaja i pulsa, znojenje (posebno dlanova), vrtoglavica, osećaj nerealnosti (derealizacija), plitko disanje, senzacije gušenja, bol u grudima, ukočenost, senzacije peckanja, hladnoća, jeza ili talas vreline, drhtavica, trešenje, mučnina, osećaj davljenja, osećaj gubljenja kontrole ili ludila, strah od umiranja (npr. srčanog napada), dekoncentrisanost...*

Uloga / svrha anksioznosti je kod većine autora objašnjena evolucionom teorijom (Warren & Zgourides, 1991; Beck & Emery, 1995). Smatra se da je anksioznost proizvod evolucije ljudske vrste. Tokom evolucije ljudske vrste anksioznost je normalno služila da pripremi organizam za borbu ili bežanje u potencijalno pretećim situacijama. Svrha normalne anksioznosti je da u takvoj situaciji obezbedi zaštitu osobe ili organizma.

Prema kategorijalnom modelu sistematizacije poremećaja anksioznosti postoji više različitih homogenih grupa u okviru ove široke kategorije (*generalizovani poremećaj anksioznosti, panični poremećaj, agorafobija, specifična fobija, socijalna fobija, opsesivno - kompulzivni poremećaj, postraumatski stresni poremećaj, akutni stresni poremećaj*). Prema savremenijem, dimenzionalnom modelu poremećaja anksioznosti, individualna simptomologija značajno odstupa od simptoma u gore spomenutim kategorijama. Tako, neki od psiholoških simptoma su više-manje prisutni kod bilo kog gore spomenutog anksioznog poremećaja. To su *strah od straha, strah od toga da će nas naša okolina u bilo kom smislu negativno proceniti ili neprihvatiti, hipohondrični strah, panični napad, briga, izbegavanje određenih životnih situacija, opsesivno ponavljanje određenih misli ili prisilno izvođenje nekih radnji, sumnja u sebe i stalno negativno razmišljanje o određenim situacijama (ruminiranje)*.

Panični poremećaj

Panika je poremećaj koji se ispoljava naglom i iznenadnom pojavom neprijatnih simptoma, najčešće bez ikakvog očiglednog razloga. Kada čovek nije u stanju da svoje doživljaje panike dovede u vezu sa bilo kojim specifičnim izvorom straha, za njega napad panike predstavlja neobjašnjivo stanje koje ne može nikako da kontroliše. U tom slučaju sama mogućnost ponovnog doživljaja iznenadne panike postaje izvor konstantnog strahovanja i brige. Tada napadi panike više nisu neočekivani, jer se gotovo konstantno iščekuju, ali se i dalje doživljavaju kao "ničim izazvani". Panika može

da nastane i kao posledica specifičnih fobija, a može biti uzrokovana i fiziološkim poremećajima, toksičnim i drugim psihoaktivnim supstancama itd.

Karakteristika napada panike je izrazito telesno uzbuđenje kao što su *lupanje srca, znojenje, slabost u nogama, suvoća usta, nedostatak vazduha, vrtoglavice, osećaj mučnine, povraćanje, knedla u grlu, zamuckivanje, grčevi i bolovi u stomaku, drhtavica, stezanje i probadanje i pritisak u predelu srca, blokada misaonog procesa, osećaj da je osoba sama sebi strana, verovanje da je kriza došla iz ničega, osećaj da će osoba poludeti, umreti, izgubiti se, pasti, povrediti se..., trnjenje ruku, nemir, nesanica, plitko disanje...*

Ako je prisutno najmanje pet od navedenih simptoma, velika je verovatnoća da se radi o napadu panike i da će se stanje u toku narednih nekoliko nedelja pogoršavati.

Prema Racionalno emotivno bihejvioralnoj terapiji - REBT-u (Albert Ellis), panika nastaje kada upadnemo u zamku kognitivnih grešaka i iracionalnih uverenja kao što su: *katastrofiziranje* (predviđanje katastrofe), *skakanje na zaključak* (npr. od jednog telesnog simptoma predviđamo da ćemo pasti na sred ulice), *“neću moći da podnesem”*, *užasavanje* (bilo bi užasno kada bih poludeo, pao...), *“ne sme mi se to desiti”*(apsolutistički zahtev).

Teorijsku osnovu REBT-a, Albert Ellis je zasnovao pod velikim uticajem drevnih azijskih filozofa (Konfucije, Zao-Tsu, Gautama Budha) i grčkih i rimskih stoika (Epikur, Epiktej i Marko Aurelije). U suštini, ove filozofije su tvrdile da ljudi ne bivaju poremećeni stvarima nego svojim gledanjem na stvari.

Prema tome, ne uzrokuju stvari, događaji, situacije (**eng. Activating event, aktivirajući događaj – A**) naše **negativne nepomažuće emocije i ponašanje (eng. emotional and behavioral consequence – C)** kao što su bes, depresija, anksioznost..., nego ih proizvode naše **misli i uverenja (eng. Belief – B)** koje imamo povodom tih stvari (apsolutistički zahtevi „moram” – „ne smem”, užasavanje, katastrofiziranje i stvaranje situacije „ja to ne mogu da podnesem”), događaja ili situacija (**A**)³.

Obično se napad panike završava intervencijom lekara hitne pomoći ili uzimanjem sredstava za smirenje. Psihoterapijske intervencije daju odlične rezultate u lečenju paničnih i ostalih anksioznih poremećaja.

REBT model psihoterapijske intervencije između ostalog obuhvata i *psihoeukaciju* u vidu prezentacije ABC epizode napada panike. Bitan deo je informisanje o efektima hiperventilacije⁴ i učenje i praktikovanje vežbi relaksacije i pravilnog disanja; *identifikovanje negativnih misli* koje aktiviraju početak strahovanja; *dekatastrofiziranje interpretacija telesnih znakova i katastrofičnih predviđanja* posledica panike i ujedno zamena tih negativnih misli kojima se uvodimo u stanje strah sa *razvijanjem alternativnih interpretacija i predviđanja*. Dekatastrofiziranje definitivno dovodi do smanjenja anksioznosti, ali neka doza zebnje i dalje ostaje da bi se ipak katastrofa mogla desiti. Da bi se anksioznost potpuno iskorenila, mora se *iskoreniti iracionalna filozofija neprihvatanja neizvesnosti i niske tolerancije na neizvesnost*. Ideju **“ja moram biti 100%siguran da se to NEĆE desiti”**, treba preobratiti u **„LOŠE STVARI SU SASTAVNI DEO ŽIVOTA, JEDNAKO KAO I DOBRE. VOLEO/LA BIH KADA BIH IMAO/LA GARANCIJE DA SE TO MENI NEĆE**

³ ABC model koji objašnjava vezu između načina razmišljanja i nastanka emocija, na kome počiva REBT filozofija

⁴ Hiperventilacija je ubrzano i produbljeno disanje. Hiperventilacija dovodi do “manjka” kiseonika u mnogim ćelijama, bez obzira što bržim udisanjem unosimo i više kiseonika u pluća. To za posledicu ima grupu simptoma: **vrtoglavicu, omaglicu, doživljaj zbunjenosti, nedostatak vazduha, zamagljen vid, ubrzan rad srca, utrnulost i neosetljivost na dodir u rukama i nogama, oznojene dlanove i ukočenost mišića**, a ako se nastavi hiperventilacija, pojačavaju se postojeći simptomi uz dodatne simptome kao što su jak ili oštar bol u grudima, kratkotrajna oduzetost mišića u različitim delovima tela, iznenadni gubitak svesti (retko), sve veće osećanje straha.

DESITI, ALI MI NIJE NEOPHODNO DA BUDEM 100% SIGURAN/NA”

Takođe, dobre rezultate razuslovljavanja daju i tehnike izlaganja telesnim senzacijama straha i izlaganje situaciji u kojoj se javlja panika i ostajanje u toj situaciji sve dok panika ne nestane.

Fobije

Fobija je izražen i uporan strah od specifičnog objekta ili situacije (*insekti, životinje, visine, ubod igle ili ranjavanje, socijalne fobije, otvoreni ili zatvoreni proctor, vrtoglavica, gužva, letenje, konkretnih ljudi, mrak...*) koji je praćen izbegavanjem tih objekata ili situacija (Sanderson & McGill, 1997). **Agorafobija** je vrsta fobije koja za razliku od specifične fobije nije strah od specifičnih stvari i situacija, nego se osoba napadima panike plaši samog napada panike i/ili anksioznosti u toj situaciji, ali se ne plaši same situacije. Struktura straha kod specifične fobije obično sadrži *katastrofiziranje*, ne samo oko potencijalne opasnosti koja dolazi od objekta, već i katastrofiziranje oko opasnosti koja dolazi od sopstvene reakcije.

Izbegavajuće ponašanje ima za svrhu da ublaži ili eliminiše potencijalnu opasnost koja dolazi od samog objekta straha ili da se kontroliše anksioznost ili panični strah od zastrašujućeg objekta ili situacije.

Izvor straha kod specifičnih fobija su **preuveličavanje opasnosti, preuveličavanje verovatnoće dešavanja opasnosti, potcenjivanje sopstvenih sposobnosti za izlazak na kraj sa pretpostavljenom opasnošću, potcenjivanje pomoći sa strane.**

Socijalne fobije

Socijalna fobija predstavlja preterani strah od negativne socijalne evaluacije. Osoba koja ispoljava simptome fobije u socijalnim situacijama doživljava osećanje preplavljujuće anksioznosti oko svog ponašanja i nastupa u prisustvu drugih ljudi.

Osećanje anksioznosti oko sopstvenog nastupa i ponašanja u socijalnim situacijama karakteriše:

- katastrofiziranje u situaciji pre nastupa i socijalnih situacija
- povećanje aktivnosti autonomnog nervnog sistema (ANS) pred sam nastup
- izbegavne situacija koje bi osobu mogle izložiti ispitivanju, posmatranju i kriticizmu.

Ukoliko se osoba ipak izloži situaciji, karakteristična je povećana aktivnost ANS tokom nastupa ili socijalne interakcije, doživljaj straha visokog intenziteta, preokupiranost utiskom koji se ostavlja, što može rezultirati paničnim napadom i napuštanjem situacije. Nakon ovakve epizode moguće je ruminiranje o sopstvenom problemu i depresivno raspoloženje. Socijalna fobija može da nanese štete osobi u mnogim životnim situacijama, kao što su rad i radno postignuće, obrazovanje, akademski uspeh, karijera, ljubav i ostvarivanje bliske intimne veze i socijalno funkcionisanje i uživanje, druženje, zabava i rekreacija.

Najčešće situacije u kojima se poremećaj manifestuje uključuje strah od javnog nastupa ili javnog govora, strah od razgovora i interakcije sa osobom suprotnog pola, strah od razgovora i kontakta sa autoritetom, strah od jedenja pred drugim ljudima, strah od pisanja pred drugim ljudima, strah od uriniranja u javnim toaletima. Somatski simptomi su veoma slični simptomima drugih anksioznih poremećaja.

Nastanak socijalne anksioznosti je u direktnoj vezi sa dva iracionalna uverenja. Prvo iracionalno

uverenje je apsolutistički zahtev koji je usmeren prema sebi samom. To su zahtevi prema sebi za uspešnošću, nepogrešivosti, adekvatnost, kompetentnosti u obavljanju zadataka i zadobijanje odobravanja, naklonosti, pozitivne procene, uvažavanja od strane drugih ljudi (*Ja moram biti uvek uspešan i kompetentan u onome što radim, naručito u zadobijanju odobravanja i naklonosti drugih ljudi... a ako nije tako ja ništa ne vredim...*)

Drugo iracionalno uverenje je apsolutistički zahtev usmeren ka okolini, svetu. Osoba zahteva da se u socijalnim situacijama mora uvek osećati lepo, ugodno, lako, prijatno i da ne sme nikako doživeti nikakvu ni fizičku ni psihičku nelagodu. Ponašanje izbegavanja je često u vezi sa ovim iracionalnim zahtevom. (*Ja ne smem doživeti neprijatnost, bilo psihičku u vidu subjektivnog doživljaja nekog neprijatnog stanja kao što je osećanje anksioznosti ili fizičku, u vidu telesnih senzacija kojima je praćena anksioznost. Takva osećanja su užasna i ja ne mogu da ih podnesem. Bolje je da ih izbegnem nego da se suočim sa tim osećanjima*).

Osobe sa socijalnom fobijom imaju iskrivljeno opažanje sebe u socijalnoj situaciji, odnosno te osobe podcenjuju efikasnost svog socijalnog ponašanja što doprinosi razvoju straha od socijalnog neprihvatanja koji je centralna karakteristika socijalne fobije. Takođe, socijalno anksiozni su skloni da standardizovano („normalno”) ponašanje drugih prema njima, vide negativnije (Pozo et al.,1991).

Ciljevi REBT tretmana su da se klijentu pomogne da odustane od tih iracionalnih uverenja i apsolutističkih zahteva prema sebi i okolini, da promeni pogrešne procene i predviđanja, da odustane od zaštitnog izbegavajućeg ponašanja i da nauči nedostajuće socijalne veštine.

LITERATURA:

Ellis, A. & Dryden, W. (1997) *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*, Second Edition, Springer Publishing Company, Inc., New York

Ellis, A. & Harper, R.A. (1975) *New Guide to Rational Living*, Institut for Rational Living, Inc.

Marić, Z. (2005) Priručnik iz Racionalno – emotivno – bihevioralne terapije, napredni kurs: Anksioznost i depresija

O AUTORU:

Nenad Opačić je diplomirani psiholog. Pohađao je napredni kurs iz Racionalno - emotivno – bihevioralne terapije (REBT) u REBT centru Beograd, pridruženom trening centru Instituta Albert Ellis iz Njujorka. Već osam godina je zaposlen u Novosadskom humanitarnom centru (NSHC) gde je angažovan kao koordinator psihosocijalnih projekata, koordinator psihosocijalnih projekata i trener životnih veština.

POREMEĆAJI ISHRANE

Jelena Srdanović-Maraš, Valentina Šobot

INSTITUT ZA PSIHIJATRIJU KLINIČKOG CENTRA VOJVODINE

Ova dijagnoza se prvi put pojavila u klasifikacijama mentalnih poremećaja tek 80-ih godina iako je poremećaj postojao i ranije. Klasifikuju se na:

Anorexia nervosa

Atipična Anorexia nervosa

Bulimia nervosa

Atipična Bulimia nervosa

Anorexia nervosa

Poslednjih godina se AN mnogo češće registruje, kod prepubertetskih devojčica i kod muškaraca. Do pojave AN obično dolazi između 10 i 30 godine. Kod 85 % svih anoreksičnih pacijentkinja između 13 i 20 godine, sa najvećom frekvencijom u 17 i 18 godini. Procenjeno je da se AN javlja kod 0.5 do 1% adolescentnih devojaka.

Muškarci su u ukupnom broju poremećaja prisutni od 5 do 10 %. Oko 5% mladih žena ima neke simptome AN, ali ne ispunjavaju u potpunosti kriterijume za dijagnozu. Poremećaji ishrane se češće javljaju u razvijenijim zemljama i među specifičnim profesijama (balerine, manekenke, sportisti)

Kriterijumi za klasifikaciju i postavljanje dijagnoze poremećaja Anorexia nervosa:

1. Telesna težina je 15% ispod očekivane težine, Quetelov index telesne mase $<17.5 \{Q = \frac{\text{težina(kg)}}{[\text{visina (m)}]^2}\}$
2. Gubitak na težini je indukovano od strane pacijenta (izbegavanjem hrane koja goji, povraćanjem, prolivima, preteranim vežbanjem, upotreba supstanci koje suprimiraju apetit)
3. Poremećaj telesne sheme, strah od gojaznosti
4. Endokrini poremećaj, amenoreja kod ♀, a kod ♂ gubitak interesa i potencije

Ako je početak pre puberteta, on se usporava ili prekida (prestaje telesni rast, kod devojčica se ne razvijaju grudi i postoji primarna amenoreja, a kod dečaka genitalije ostaju dečije). Sa izlečenjem, pubertet može normalno da se dovrši, ali menahra kasni.

Na emocionalnom planu, osobe koje imaju ovaj poremećaj karakteriše **strah** da

se ne ugoje i da se ne izgubi kontrola nad ishranom; fobija od debljine; na planu ponašanja, imaju **perfekcionistačke** tendencije, a na nivou percepcije ih karakteriše **poremećena shema tela** (preocenjivanje veličine svog tela i telesne težine).

Poremećaj je mnogo češći kod devojaka i one imaju neka specifična obeležja: često su veoma rigidne i nefleksibilne, visoko inteligentne, sa izrazitim postignućima u izolovanim oblastima, veoma su ambiciozne.

Karakteriše ih izražen doživljaj moći jer mogu da kontrolišu potrebu za uzimanjem hrane. Na planu emocija su suzdržane i agresivnost ispoljavaju u pasivnoj formi. Na planu relacija sa vršnjacima su sklone povlačenju, otuđivanju od drugih. Imaju strah od sazrevanja i odrastanja i teškoće u osamostaljivanju. Često imaju naglašen interes za hranu, vole da kuvaju za druge, skupljaju recepte i kuvare.

Neretko imaju i psihološke teškoće – u smislu depresivnih simptoma, anksioznosti, suicidalne ideacije, niskog samopouzdanja itd. Postoji i mogućnost da se ove psihološke teškoće razvijaju sekundarno kao posledica malnutricije.

Osobe sa ovim poremećajem karakteriše specifičan ciklus ponašanja koji ih stalno iznova uvodi u problem i koji održava poremećaj: strah od debljine vodi u izglednjivanje → što je praćeno preokupacijom hranom → usled čega raste anksioznost, depresivnost, samookrivljavanje → a to vodi u još veći strah od gubitka kontrole → i još veće izglednjivanje. Ovaj ciklus ponašanja se, kao spirala, stalno ponavlja i osoba sa poremećajem se oseća kao da je uhvaćena u klopku iz koje nema izlaska.

Porodično funkcionisanje je jedan od prvih faktora koji je izdvojen kao relevantan

za razvoj *poremećaja ishrane*. Porodica se može posmatrati i kao medijator za prenošenje patoloških sociokulturnih uticaja i vrednosti na potencijalnog pacijenta.

Ove porodice su hiperprotektivne – prezaštićujuće, koje na prvi pogled izgledaju kao idealne i čini se da u njima nema konflikata, a zapravo su oni skriveni i često se nesuglasice poriču umesto da se razreše. Deca su neretko umešana u roditeljske nesuglasice, tako da „drže stranu“ jednom od roditelja, praveći sa njim koaliciju protiv drugog roditelja.

Tretman Anorexie nervose

Za razliku od bulimie nervose, za koju je terapija izbora kognitivno bihevioralna, od anorexie nervose se ona nije pokazala naročito efikasnom. Kao glavni cilj kognitivno bihevioralne terapije AN se definiše, promena načina razmišljanja o izgledu i težini. Međutim, treba računati na **otpor u terapiji** jer je on ujedno i faktor koji umanjuje potencijalni terapijski uspeh.

Jedan od koraka u tretmanu je da pacijent shvati da ima ponašanja, osećanja i karakteristike opisanog kliničkog statusa. Preporučuju se **jednonedeljna merenja u kontrolisanim uslovima**. Pacijentkinje često u situacijama merenja manipulišu, piju velike količine vode, stavljaju teške stvari u džepove, da bi obmanule okruženje i stvorile utisak da se telesna težina povećala. Ovo treba razumeti u kontekstu intenzivnog straha koji one osećaju, a vezan je za dobijanje na telesnoj težini.

Važno je izbegavati formulacije “baš si se lepo popravila, ugojila” i sl. – to u trenutku može da promeni tok terapije i ojača otpore. Savetuje se otvoren razgovor o tom strahu i demonstracija razumevanja za osećanja koja osoba ima. Pravi se plan o ritmu dobijanja na telesnoj težini i pravi se dnevnik ishrane u kome se vrlo detaljno definišu količine hrane koje treba da se unose i u koje vreme. Pravi se dogovor (ugovor) sa pacijentkinjom na koji ona pristaje. Pomaci su nekada veoma mali (mali koraci), a pacijentkinja se nagrađuje beneficijama, nagradama za postizanje uspeha, kao i oduzimanjem beneficija ukoliko ne ostvari dogovoreno.

O svemu ovome se dogovara sa pacijentkinjom. Savetuje se da u dnevniku ishrane

beleži i osećanja koja se javljaju prilikom konzumiranja obroka. Terapeut treba da izbegava direktne konfrontacije jer to remeti terapijski odnos. Paralelno sa radom na dobijanju na telesnoj težini, radi se i na motivaciji za promenu. U početku, pacijentkinje su autentično nemotivisane za promenu i pod pritiskom dolaze na tretman, pri čemu nemaju nikakav uvid u problem.

Kognitivno restrukturiranje

Cilj kognitivnog restrukturiranja je da pacijent usvoji manje ekstremna i fleksibilnija uverenja

Primeri disfunkcionalnih misli

- “Ako pojedem parče hleba, to će se odmah videti na meni, pretvoriće se u salo.”
- “Ako dobijem 1kg, to će krenuti kao lavina i biću ogromna, imaću 100kg.”
- “Kad vidim nekog ko je debeo uplašim se da ću i ja biti takva.”
- “Kad sam imala normalnu težinu nisam bila srećna. Znam da ako se opet ugojim, neću biti srećna.”

Rad na slici tela

Osobe sa ovim poremećajem imaju mispercepciju svog tela, zaista imaju utisak da im je telo npr. “deformisano od debljine”, iako pri tome imaju telesnu težinu koja je mnogo manja od zdrave telesne težine.

Porodica terapija

U tretmanu AN se **porodična terapija** pokazala kao uspešna. Savetuje se da roditelji smanje pritisak vezan za ishranu i da odgovornost oko nje prepuste pacijentu.

U anoreksičnim porodicama postoji problem vezan za separaciju i preuzimanje odgovornosti. U ovim porodicama se ulažu ogromni naponi da se održi iluzija skladne porodice u kojoj nema konflikata. Preporučuju se nedeljni susreti na terapiji, koji se stabilizacijom poremećaja prave, ali je potrebno praćenje i do godinu dana. Kontrola režima ishrane je najhitniji cilj, radi se, takođe, na roditeljskim kompetencijama, redukovanju straha, bespomoćnosti i ljutnje. Razgraničava se bolest od pacijenta i podstiče se pacijent da preuzme odgovornost za ishranu.

Bulimia nervosa

Poremećaj ishrane u vidu bulimie nervose se najčešće javlja kod devojaka u adolescentnom uzrastu. Smatra se da 1-4% populacije mladih devojaka ima bulimiju. Kod muškaraca je retka (muškom polu pripada svega 5-10% svih slučajeva bulimije).

Bulimia nervosa se ogleda u ponavljajućim epizodama prejedanja tokom kojih se za kratko vreme uzimaju veoma velike količine hrane, pri čemu postoji osećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tokom epizode. Epizode prejedanja su kombinovane sa ponavljanjem neadekvatnih kompenzatornih ponašanja sa namerom da se spreči dobijanje na težini, kao što su: namerno izazvano povraćanje, zloupotreba laksativa, diuretika ili drugih lekova, ekscesivne dijete ili preterano vežbanje.

Kod osoba sa bulimijom, oblik tela i telesna težina prekomerno utiču na samopoštovanje.

Ove osobe imaju izražen strah od gojaznosti i sebi postavljaju niske standarde telesne težine. Poremećena je shema tela i postoji precenjivanje telesne težine i veličine pojedinih delova tela, kao kod devojaka sa anoreksijom, ali je kod devojaka sa bulimijom telesna težina najčešće normalna i praćena izvesnim variranjem težine. Devojke sa bulimijom potpuno su preokupirane hranom i pravilima dijete, dok za razliku od obolelih od anoreksije imaju neodoljivu želju za hranom i doživljaj gladi. Imaju veći uvid u bolest i svest da je njihovo ponašanje abnormalno, zbog čega su motivisanije za lečenje. Često se gade same sebe, osećaju se bespomoćno, neretko se javljaju panični napadi tokom uzimanja hrane. Zapaženo je da su devojke sa bulimijom impulsivnije, emocionalno nestabilnije, sniženog samopoštovanja, imaju doživljaj neuspešnosti i neefikasnosti, izrazito teže da se dopadnu drugima i budu socijalno prihvaćene. Moguće su prateće smetnje u vidu povremenih depresivnih epizoda, teškoća u interpersonalnim odnosima, porodičnih problema, suicidalnosti, zloupotrebe supstanci, kleptomanije, anksioznosti, itd. Česte neprijatne fiziološke posledice su: upale grla, otečene pljuvačne žlezde, razorena zubna gleđ, nutritivni deficiti, dehidracija, nepravilne menstruacije, poremećaji elektrolita i epileptični napadi.

Devojke sa bulimijom često bivaju uhvaćene u **ponavljajući ciklus ponašanja**:

strah od debljine → držanje dijeta → neuspešnost da kontrolišu potrebu za hranom → raste tenzija → dolazi do prejedanja, koje privremeno redukuje napetost → prejedanje je praćeno osećanjem depresije, besa, samooptuživanja, stida, krivice → sledi povraćanje, kao način oslobađanja od fizičke nelagodnosti zbog prejedanja → povraćanje olakšava dalje prejedanje, jer uveravaju sebe da su povraćanjem eliminisale sve unete kalorije → itd.

Uzroci i faktori rizika za bulimiju su višestruki i u međusobnoj su interakciji:

- 1. Organski faktori:** genetski i hormonski faktori, uloga neurotransmitera, pubertetske promene, rana prva menstruacija, itd.
- 2. Individualni (intrapsihički)** – predispozicija ka gojaznosti i raniji ulazak u pubertet, praćeni potrebom za socijalnim odobravanjem, dovode do preokupiranosti sopstvenim izgledom i do dijete; sniženo samopoštovanje; pokušaj uspostavljanja autonomije preko kontrole hrane; perfekcionizam, potreba za reorganizacijom slike tela u pubertetu; strah od odrastanja, neprihvatanje seksualnih karakteristika i ženske uloge; životni događaji (seksualno zlostavljanje, gubitak, neuspeh, separacija, promena sredine).
- 3. Porodični** – česti konflikti u porodici, nebriga roditelja i seksualno zlostavljanje u detinjstvu, emocionalni stres u porodici.
- 4. Socio-kulturalni** – uticaj medija i vršnjaka, preferencija mršavosti, u savremenom zapadnom društvu, kao ideala lepote, uspešnosti i moći; stereoptipno određenje ženske uloge kroz fizički izgled i lepotu; promena ženske polne uloge – tendencije ka savršenstvu, uspehu i kompetitivnost žene u savremenom društvu; bavljenje specifičnim zanimanjima (balerine, sportisti, manekenke), opšti trend držanja dijeta (držanje dijete je najčešći uvod u poremećaj ishrane); socioklasna i rasna pripadnost (viši stalež, bela populacija, mlade devojke).

Najčešći **oblici tretmana** koji se mogu međusobno kombinovati su: farmakoterapija,

individualna psihoterapija – terapija izbora je **kognitivno bihevioralna terapija** (modifikovanje iracionalnih uverenja vezanih za ishranu, telesnu težinu i izgled, i uvođenje novog režima ishrane), a

često se primenjuje i **interpersonalna terapija** (rad na unapređenju socijalnih veština i komunikacije – ne bavi se direktno problemima ishrane), **grupna terapija** i **porodično savetovanje**.

Ishod lečenja za osobe sa bulimijom je, po pravilu, bolji nego kod obolelih od anoreksije. Čest je epizodičan tok sa periodima poboljšanja i pogoršanja, dok po nekim procenama 30-90% devojaka ima hroničan tok bolesti. 15-30% devojaka sa bulimijom razvije depresiju.

Tekst preuzet iz *Priručnika za rad sa mladima sa psihološko-psihijatrijskim problemima* koji je izdao Centar za omladinski rad (CZOR) 2008. godine

Jelena

Srdanović-Maraš

je specijalista medicinske psihologije i porodični terapeut. Nosilac je nacionalnog sertifikata za psihoterapiju. Imala dugogodišnje iskustvo volontiranja u Centru „Srce“ koji se bavi prevencijom suicida. Trenutno zaposlena na Institutu za psihijatriju, Kliničkog centra Vojvodine, gde već deset godina obavlja poslove psihološke dijagnostike i psihoterapije.

O AUTORKAMA:

Valentina Šobot

je specijalista medicinske psihologije i porodični terapeut. Završila je napredni kurs iz Racionalno - emotivno – bihejvioralne terapije (REBT) u REBT centru Beograd, pridruženom trening centru Instituta Albert Ellis iz Njujorka. Nosilac je nacionalnog sertifikata za psihoterapiju u okviru modaliteta sistemska porodična psihoterapija. Već dvanaest godina obavlja poslove psihološke dijagnostike i psihoterapije na Institutu za psihijatriju Kliničkog centra Vojvodine

PSIHOZA

Dr sci. med Boris Golubović
INSTITUT ZA PSIHIJATRIJU KC VOJVODINE U NOVOM SADU

Šta je psihoza:

Medicinska definicija psihoze nam govori da je u pitanju teška duševna bolest koja se uglavnom odlikuje poremećajem odnosa prema realitetu, poremećajem u mišljenju, čulnim obmanama i poremećajem afektivnog života. Ovi simptomi mogu biti zastupljeni bilo pojedinačno bilo u različitim kombinacijama.

Kada govorimo o psihozi moramo imati u vidu veoma ozbiljnu razliku između medicinske definicije i svakodnevne upotrebe. Koliko puta smo čuli „...psihoza pred utakmicu ... upao sam u psihozu zbog gužve...“ gde ovi izrazi dočaravaju stanje posebne napetosti, uzbudjenja i nemira pred neki događaj stresan na bilo koji način po određenu osobu. Izraz psihoza upotrebljen na ovaj način ne ukazuje na postojanje teže duševne bolesti.

Termin psihoza bi mogli da shvatimo kao i opšti termin koji govori o teškim duševnim bolestima, a oboljenja koja spadaju u grupu psihoza između ostalih su shizofrenija, shizoafektivni poremećaji, paranoidni poremećaji, bipolarni afektivni poremećaji određene verste depresivnog poremećaja.

Broj obolelih u odnosu na ukupno stanovništvo je oko 2% punoletnog stanovništva.

Kako nastaje psihoza:

Psihotični poremećaj nastaje zbog poremećaja u metabolizmu takozvanih neurotransmitera u određenim regijama mozga. Mehanizam rada neurotransmitera i njihova uloga bi se mogla pojednostavljeno i slikovito objasniti kao „veoma brza pošta“ između dva nervna završetka. Na ovaj način dva završetka komuniciraju a kao posledica velikog broja ovakvih međusobnih komunikacija neurona u mozgu nastaje ukupno funkcionisanje mozga. Iako se radi o materijama i prostorima u mozgu veličine od svega nekoliko mikrona, metabolizam ovih materija je veoma živ i vrlo precizno regulisan. Određeni poremećaji u metabolizmu neurotransmitera predstavlja uzrok pojave psihoze. Za sada nauka nije najjasnije definisala uzrok javljanja ove pojave.

Aktuelna saznanja nas upućuju da u nastanku psihoze postoji multifaktorska uzrokovana. Oboljenje nije isključivo nasledno, genetski određeno jer svega u 48% slučajeva oba jednojajčana blizanca imaju psihozu. Oboljenje nije uzrokovano ni isključivo sredinskim uzrocima. Moglo bi se pojednostavljeno reći da postoji genetska predispozicija gde u medjugri nekoliko gena (koji se trenutno smatraju najvećim „krivcima“ za pojavu psihoze), a u kombinaciji sa sredinskim faktorima, nastaje psihoza.

Moramo da naglasimo da psihoza ne nastaje zbog bezobrazluka, lenjosti, nedovoljne informisanosti. Ne nastaje ni zbog neaktivnosti. Ipak pojavi psihoze uz obaveznu genetsku predispoziciju, pogoduju nejasno definisane prolongirane stresne situacije, ekscesivno uzimanje alkohola i droga. Prema novijim istraživanjima, pušenje marihuane potencijal za izbijanje psihoze dvostruko povećava.



Da li su oboleli od psihoze opasni po okolinu:

Ljudi oboleli od psihoze u celini gledano nisu opasniji od ljudi koji nisu oboleli. Broj prekršajnih i krivičnih dela koje učine ovakve osobe ne odstupa od proseka kompletne populacije. Osobe obolele od psihoze mogu biti opasne pod specifičnim uslovima, odnosno isključivo kada pod dejstvom sopstvenih (neracionalnih) doživljavanja, shvatanja i/ili halucinacija budu od strane istih usmereni protiv okoline. Međutim ne treba zaboraviti da se ova pojava ipak javlja retko, da drugi ljudi (ljudi koji nisu oboleli od psihoze) često budu agresivni i opasni u različitim, ne tako neobičnim situacijama (svadja na parking, guranje u redu, sukob interesa, uvrede, materijalna korist...).

Utisku i mišljenju da su osobe obolele od psihoze opasne često doprinosi njihov izgled i ponašanje u smislu da znaju biti higijenski zapušteni, konfuzni, zbunjeni ili upadljivi.

Kako se psihoza leči:

Sve do pre 15-tak godina je paleta lekova za lečenje psihoze je bila veoma sužena. Postojali su lekovi koji su bili nesumnjivo efikasni u lečenju simptoma ali su donosili u velikom broju slučajeva i razna neželjena dejstva. Tako su osobe lečene od psihoze neretko delovale okolini „ukočene kao robot... staklastog pogleda... usporenog mišljenja“. Ni same osobe nisu bile zadovoljne bez obzira što nisu imale simptome zbog kojih su se javljale lekaru. Nova generacija lekove je donela neuporedivo bolji ukupan aspekt lečenih, a pri tome i bolje ukupno funkcionisanje.

Savremeni trendovi psihijatrije usmeravaju da kompletno lečenje podrazumeva kompleksan pristup. Odustvo simptoma bolesti predstavlja polaznu osnovu za dalje lečenje. Tek puna socijalna rehabilitacija i adaptacija uz odsustvo simptoma predstavlja kompletno lečenje. Osoba koja je dobro nije osoba koja nema simptome, nego osoba čije su mogućnosti iskorištene u potpunosti te je osoba bez simptoma bolesti, koja je uklopljena u porodicu i širu društvenu zajednicu; osoba koja je u mogućnosti da radi, zbrinjava sebe i zadovoljava svoje potrebe i vodi uobičajen život.

Neophodno je dugogodišnje redovno lečenje. U lečenje moraju biti uključeni različiti profili stručnjaka gde, sem očekivanih psihologa i psihijatara, mesto u lečenju moraju imati i različite vrste terapeuta (radni terapeuti, muziko terapeuti, art terapeuti), pedagozi i socijalni radnici.

Izuzetno je blagotvoran tolerantan i suportativan stav okoline i šire društvene zajednice gde osobe sa psihozom jasno vide da oni nisu ljudi „drugog reda“.

Lečenje mora biti pažljivo planirano i individualni prilagodjeno da bi se mogućnosti svakog obolelog dovele do nivoa punog iskorišćenja. Tok lečenja mora biti stalno sagledavan i po potrebi korigovan. Tek takav pristup omogućava korektno lečenje obolelih.

Šta možemo kao građani da učinimo za ovako obolele ljude:

Pokažimo da smo jednaki, pokažimo da imamo razumevanja za njih, pokažimo da se ne bojimo, odnosimo se prema ovako obolelim ljudima kao i prema drugim ljudima. Posmatrajmo njihovu bolest kao svaku drugu ozbiljnu i tešku bolest. Posmatrajmo ih jednake i kao da umesto psihoze imaju neku drugu bolest poput astme ili šećerne bolesti.

Umesto zaključka:

- biti bolestan od psihoze nije sramota i nije bezobrazluk
- oboleli od psihoze su ljudi sa tegobama, ali ljudi baš kao i mi
- psihoza nije zarazna
- psihoza je lečiva.

O AUTORU:

Dr sci. med Boris Golubović, specijalista je neuropsihijatrije, zaposlen na Institutu za psihijatriju KC Vojvodine u Novom Sadu na Klinici za shizofrene i shizofreniformne poremećaje.

PSIHIČKI POREMEĆAJI – PREDRASUDE I DESTIGMATIZACIJA

Mirjana Grubač

CARITAS DEKANATA NOVI SAD

Podaci Svetske zdravstvene organizacije govore o tome da svaka četvrta osoba na svetu ima mentalni problem tokom života. Takođe, sve više istraživanja potvrđuju povezanost somatskih bolesti sa duševnim zdravljem. Psihičke smetnje smanjuju kvalitet života, negativno utiču na radnu sposobnost, dovode do socijalnog povlačenja i stigmatizacije osobe i njegove porodice.

U Srbiji je povećan broj osoba sa psihičkim smetnjama, a uporedo sa tim i broj smetnji i poremećaja izazvanih stresom koji je posledica raznih dešavanja tokom poslednje dve decenije: ratova, tranzicije, ekonomske krize, nezaposlenosti... Pored svega toga, mnogi mladi ljudi neće potražiti pomoć psihijatra ili psihologa već će se opredeliti za uzimanje lekova „na svoju ruku“. Naime, podaci govore da potrošnja lekova, posebno antidepresiva i lekova za smirenje, raste iz godine u godinu. Pomoć psihijatra se najčešće potraži tek kada se tegobe ne mogu više iskontrolisati i kada ponašanje postane neprihvatljivo za okolinu.

Stigma, negativno obeležavanje osobe, iz razloga što pati od duševnog poremećaja, veliki je društveni, medicinski i etički problem. Ovakvi stavovi usporavaju lečenje i oporavak obolele osobe. Stigma je nepravda prema obolelim osobama i članovima njihovih porodica. Ona narušava ljudsko pravo na poštovanje, ravnopravnost i lečenje.

Reč „stigma“ je grčkog porekla i znači „istaknuti ili označiti“. Danas stigma ima negativno značenje i predstavlja znak srama ili diskreditacije osobe. Osobe sa psihičkim poremećajima u Srbiji su stigmatizovane i retko se svojom voljom javljaju psihijatru ili psihologu radi psihičkih problema. Ovakav stav kod nas je uglavnom posledica tradicije, predrasuda i stereotipa. Jedan od temelja stigmatizacije je doživljavanje takve osobe opasnom, čime se implicira strah i izbegavanje kontakta sa njom. Još težim situaciju čini i najčešći stav članova porodice koja se stidi svog člana jer se veruje da je bolest nasledna. Stoga je najveći broj osoba sa psihičkim smetnjama smešten u specijalizovane ustanove, gde je izolovan i otuđen od društva. Stigmatizacija ima negativne posledice za obolelog i članove njegove porodice, oslabljuje pacijenta, povećava osećaj otuđenja te nepovoljno utiče na tok bolesti.

Kada iznose svoje neugodna iskustva osobe sa psihičkim smetnjama navode: omalovažavanje, diskriminaciju, prezir, ogovaranje, nazivanje terminom „ludak“, ruganje, potcenjivanje, izolaciju, nerazumevanje, karakterisanje kao opasne i agresivne. Neugodnosti su doživeli svuda, od porodice, prijatelja, komšija, kolega, medicinskog i lečničkog osoblja. Okolina doživljava osobe sa mentalnim smetnjama kao opasne, nesposobne za samostalan život, slabice ili pak neizlečive. Mediji svojim pisanjem, izveštavanjem, prikazivanjem filmova i serija još više podržavaju stigmom opasnosti i otuđenosti. U takvim emisijama se često povezuju psihički bolesnici sa kriminalnim delima, mada je istraživanjem dokazano da ne postoji takva povezanost.

Osobe sa psihičkim smetnjama su i dan danas obeležene kao i njihova porodica. Kada se osoba počne lečiti ili dođe iz psihijatrijske ustanove, stigma se najčešće proširi ne celu porodicu. Članovi porodice se izbegavaju, stvara se osećanje krivice, jer se smatra da je bolest nasledna. Razlozi su



višestrukim, ali najčešće proizilaze iz neznanja i nerazumevanja. Ostaje činjenica da je najveći broj osoba sa psihičkim smetnjama i njihovih porodica zaista obeležen, posebno u ruralnim i malim mestima.

Predrasude su brojne – smatra se da su psihičke smetnja i poremećaji neizlečivi, da se „pod obavezno“ nasleđuju, da su svi ljudi sa psihičkim poremećajem nužno agresivni i opasni po okolinu, da su radno nesposobni. Istina je međutim drugačija, i mnogi podaci govore o povoljnom toku bolesti ako se sa lečenjem započne na vreme, te ako se pacijentima pruži adekvatna pomoć pri izlasku iz medicinske ustanove. A upravo gore navedene predrasude dovode do toga da osoba neće na vreme tražiti medicinsku pomoć i time sebe dovesti u socijalnu izolaciju.

Važno je razbiti još jednu predrasudu: onu o agresivnosti osoba sa psihičkim poremećajem. Naime procenat agresivnih osoba ove grupe ljudi jednak je procentu agresivnih ljudi u „zdravoj“ populaciji. Agresivni i opasni ispadi osoba sa psihičkim poremećajem dolaze iznenada i naizgled bez ikakvog povoda, što je opet povezano se netraženjem lečničke pomoći, jer bi se takva stanja mogla sprečiti pravovremenim uzimanjem lekova.

Veliki problem osoba sa psihičkim poremećajima je povratak u normalan život. Nakon boravka u ustanovi za lečenje potrebno je nastaviti sa radom sa obolelom osobom. Oni su najčešće otuđeni, gube posao, prijatelje, partnere, samopoštovanje. Porodica osobe sa psihičkim poremećajem je od neprocenjive važnosti u lečenju. Raspravlja se i dogovara o bolesti, prioritetima, ciljevima i zadacima. Blagotvorna je uloga okoline i društva u lečenju i oporavku jer osobe sa psihičkim smetnjama koje normalno primaju svoju terapiju i redovno posećuju lekara mogu adekvatno da izvršavaju svoje poslovne i društvene obaveze.

Danas su vidljivi pokušaji da se prihvati čovek sa psihičkim poremećajima, da bude tretiran u svojoj porodici i da u njoj dobije neophodnu pomoć i podršku.

Nijedna bolest, pa tako ni psihička nije sramota i obaveza svih je raditi na tome da stavovi prema osobama sa mentalnim teškoćama budu što pozitivniji. Psihički poremećaj sam po sebi **ne određuje** karakter čoveka i ne umanjuje njegove ljudske vrednosti. Osoba sa psihičkim smetnjama nije manje odana, poverljiva, manje prijatelj.

Na stigmatu se danas gleda kao na prepreku u lečenju i stoga je potrebno sprovoditi razne programe i kampanje da bi prevazišli takve stereotipe.

Jednako je važno da se:

- Psihijatri i drugi zdravstveni radnici odnose prema osobi sa psihičkim poremećajem sa poštovanjem i pruže mu adekvatnu i pravovremenu pomoć;
- Novinari bi se trebali suzdržati od traganja za neobičnim i „bombastičnim“ vestima i objavljivanja senzacionalnih naslova, te biranim rečima govoriti o osobama sa mentalnim teškoćama;
- Zakonodavstvo bi trebalo sprečavati diskriminaciju ovih osoba.

Osobi sa psihičkim poremećajem potrebno je pre svega da se oseća društveno prihvaćenom i korisnom. Destigmatizacija će uveliko pomoći njenom oporavku i uključivanju u društvo. Psihička bolest je bolest kao i svaka druga. Može se desiti bilo kome. Neophodno je razbiti predrasude i time potaknuti osobe da što pre traže pomoć, čime će se uveliko poboljšati kvalitet života ovih osoba.

O AUTORU:

Mirjana Grubač, diplomirani psiholog, trenutno radi u Caritasu dekanata Novi Sad. Stažirala je u Domu zdravlja u Novom Sadu, i radila 2 godine kao Savjetnik za zapošljavanje na Zavodu za zapošljavanje. Pohađa Specijalističke studije iz poslovne psihologije.

PSIHOTERAPIJA

Milica Ćućuz
CENTAR SRCE

Psihoterapija predstavlja proces koji se odvija između terapeuta i pacijenta ili grupe pacijenata, i sastoji se od niza verbalnih i neverbalnih tehnika koje imaju za cilj da dovedu do boljeg mentalnog funkcionisanja ili eliminacije simptoma mentalnih bolesti.

Psihoterapiju mogu obavljati lekari sa određenim kvalifikacijama, psiholozi, pedagozi, socijalni radnici i defektolozi, koji osim fakultetske diplome imaju sertifikovano znanje nekog psihoterapijskog pravca.

Reč psihoterapija potiče od grčke reči *psyche*-duša *therapeia*- lečenje.

Većina psihoterapijskih pravaca podrazumeva govornu komunikaciju kao osnovu psihoterapijskog procesa. Neki **pravci** takođe koriste razne druge oblike komunikacije kao što je pisana reč, umetnička dela, drame, pričanje priča, muzika ili terapijski dodir. Psihoterapija se događa unutar strukturiranih susreta između treniranog terapeuta i klijenta.

Teorijski temelji psihoterapije postavljeni su psihoanalizom početkom XIX veka. Od tada je razvijeno više različitih psihoterapijskih pravaca. Međutim, najstariji oblici psihoterapijskog delovanja pojavljuju se u drevnim vidovima lečenja i uticanja na mentalno stanje kroz magijske rituale, a kasnije u rafiniranijim i sistematizovanijim religijskim obredima. Prvi pisani tragovi o nekom obliku psihoterapijskog pristupa deci potiču iz XVI veka.

Savremenu psihoterapiju, koja predstavlja sistematski i organizovani način lečenja psihičkih oboljenja i poboljšanja mentalnog funkcionisanja ličnosti, započeli su u Francuskoj Šarko i Bernem, a u Austriji Brojer, kojem se kasnije pridružio Sigmund Frojd, rodonačelnik psihoanalize. Psihoanaliza je u svom istorijskom trenutku odigrala bitnu ulogu u menjanju svesti stručnjaka i naučnika i otvorila je puteve novim saznanjima. Od tada, pa do danas ona se razvija uz povremena nazadovanja i račva u nekoliko pravaca.

Postoji veliki broj psihoterapijskih pravaca (prema nekim autorima čak preko 400) pa je teško napraviti njihovu jedinstvenu klasifikaciju koja bi važila za duži vremenski period jer se stalno javljaju neki novi pravci. Od svih psihoterapijskih pravaca danas se najčešće primenjuju:

- **Psihoanalitička psihoterapija**
- **Kognitivno-bihejvioralna psihoterapija**
- **Transakciona analiza**
- **Racionalno emotivno bihejvioralna terapija**
- **Geštalt terapija**
- **Sistemska porodična terapija**



Svaki oblik psihoterapije razlikuje se od drugih po svojim ciljevima, principima indikacionog i kontraindikacionog područja, programu i trajanju teorijskog i praktičnog obrazovanja terapeuta.

Kao rezultat pravovremeno sprovedenih psihoterapijskih postupaka i mentalno zdravi ljudi često postaju srećniji i zadovoljniji, sposobniji za bliskost, ljubav, seksualno funkcionisanje, uspješniji su u učenju i obavljanju profesionalne delatnosti, žive kvalitetnije. Opštepoznato je da svi nosimo u sebi sećanja na neprijatne događaje iz detinjstva, koja često nisu razrešena na pravi način. Ovaj nedovršeni posao ponekad deluje kao nesvesna kočnica koja usporava i ograničava razvoj naše ličnosti. Te kočnice možemo psihoterapijom otkloniti i time se osloboditi emocionalnih poremećaja, ali i podsticati razvojne procese i kreativne potencijale unutar nase psihičke strukture. Drugim rečima, mentalno zdravi ljudi psihoterapijom nauče kako da kvalitetnije žive i budu uspješniji u obavljanju svojih uloga (profesionalnih, porodičnih, bračnih, roditeljskih i sl.), a da pri tome očuvaju svoju psihičku stabilnost i duševno zdravlje. Uz savetodavni rad oni ostvaruju svoje pune potencijale i bolje se nose sa problemima života.

Često primenjivanih i jedna od najefikasnijih psihoterapijskih metoda jeste transakciona psihoterapija. U njenoj osnovi jeste teorija ličnosti zasnovana na pručavanju ego stanja i analizi transakcija koje se odigravaju među ljudima. Mnogi je smatraju kasnim izdankom psihoanalize, a za njenog tvorca važi Erik Bern.

U cilju razumevanja ljudskog ponašanja transakciona analiza koristi četiri metode:

- Analizu sklopa ličnosti - koja doprinosi razumevanju unutrašnjih zbivanja;
- Analizu transakcija – koja doprinosi razumevanju onoga šta se dešava u socijalnim odnosima;
- Analizu igara – koja razjašnjava neke ustaljene, a loše, neproduktivne ili razarajuće odnose među ljudima;
- Analizu skripta – koja doprinosi razumevanju životnog toka ili životnog plana koji osoba sprovodi i ostvaruje.

Transakciona terapija je odnos u kome jedna osoba radi na ugovoru da promeni nešto kod sebe, a druga olakšava tu promenu koristeći pritom postulate transakcione analize. Ovo je ugovorna terapija, a ugovor se definiše kao jasno iskazan cilj terapije i dogovor dve osobe o poslu u koji svako ulaže svoj deo i svako ima svoju odgovornost.

Osobina ovog psihoterapijskog pravca jeste i jednostavnost komunikacijskog procesa koje može da razume i dete od 5 godina, pa je stoga podjednako primenjiva na klijente svih uzrasta.

Nažalost, na našim prostorima odlazak na psihoterapiju ili savetodavni razgovor je stigmatizovan. Često se odlazak na takve razgovore i traženje savetodavne ili psihoterapijske pomoći odvija u tajnosti, jer će sredina žigosati osobu kao «ludu» ili «bolesnu».

Međutim, vođeni savremenim principima i brzinom života u eri gde je sve usmereno na iznalaženje načina produžetka života, zaboravljamo na kvalitet. M. James i D. Jongeward kažu: «Kada dođe trenutak da padne zavesa i da se naša predstava – a to je život – završi, dobro je da čovek može da kaže – Bila je to dobra predstava...»

A vi?...

O AUTORU:

Milica Čučuz je diplomirani psiholog i transakcioni analitičar – savetnik. Zaposlena je u Novosadskom humanitarnom centru, u okviru Psihološkog savetovališta za mlade. Volonterka je Centra Srce i edukatorka u okviru programa "Mala škola za velike i roditelje" Psihopolis Instituta.



ORGANIZACIJE U NOVOM SADU KOJA SE BAVE MENTALNIM ZDRAVLJEM



UDRUŽENJE LEČENIH OD PSIHOZE – ULOP

Čila Stojanović
NSHC, ULOP

Prema statističkim podacima SZO⁵, prevalencija (ukupan broj aktuelno obolelih) shizofrenog poremećaja iznosi 0,4% u odnosu na celu populaciju. Verovatnoća oboljevanja u toku života je 1%.

Na području Novog Sada, čija je populacija oko 350.000 građana, taj broj iznosio bi oko 1300 građana. Iste učestalosti je i drugi veliki duševni poremećaj, manično-depresivna psihoza, koja je sličnog toka, ishoda i posledica. Uzimajući u obzir i članove porodica i uže rodbine, to čini značajan broj građana zainteresovanih za ovaj problem - što je potpuno nepoznato u široj javnosti. Takođe je javnosti nepoznata i specifična problematika i potrebe ljudi lečenih od psihotičnih poremećaja i njihovih porodica. U velikom procentu slučajeva ovaj hronični, dugotrajni poremećaj ostavlja ili značajan invaliditet ili povećanu vulnerabilnost (ranjivost) u domenu svih odnosa - radnih, porodičnih, socijalnih. Negativan stav široke populacije, strah i odbojnost prema ovim poremećajima (stigmatizacija) dodatni je faktor koji opterećuje osobe sa teškim psihičkim poremećajima, kao i njihove porodice.

Potpuni nedostatak primarne i tercijarne prevencije čini terapiju manje uspešnom, tok i ishod bolesti težim nego što je nužno, a opterećenje pacijenata i porodice većim. Primarna prevencija na sadašnjem nivou saznanja o uzrocima shizofrenije nije moguća, ali postoji neiskorišteni prostor i potencijal tercijarne prevencije, koja obuhvata kontinuiranu rehabilitaciju, resocijalizaciju i reintegraciju građana lečenih od psihoza.

Udruženje lečenih od psihoze - ULOP, osnovano je sa ciljem da ovaj prazan prostor popuni i učini sve što je moguće da olakša ovaj problem i ublaži tegobe populacije građana kojima se obraća. Udruženje je registrovano u decembru 2007. godine, a u decembru 2008. godine otvoren je Klub za članove, uz podršku Gradske uprave za dečju i socijalnu zaštitu. Motiv osnivanja ovog udruženja bio je nepostojanje ustanova ili organizacija na teritoriji Novog Sada koje pružaju tercijarnu zaštitu osobama obolelim od psihoze.

Misija ULOP-a je da omogući permanentnu rehabilitaciju i resocijalizaciju u društvo osoba obolelih od teških duševnih poremećaja uz podršku njihovim porodicama i fokusiranje društva na probleme ove velike populacije.

ULOP trenutno broji oko 150-ak članova, sa tendencijom stalnog proširenja članstva. Članstvo čine oboleli od psihoze, članovi porodica obolelih i drugi zainteresovani građani. Klub funkcioniše najvećim delom na bazi volonterskog angažmana, na adresi Pariske komune 40 u Novom Sadu, svakim radnim danom od 10.00 h do 20.00 h. Osoba lečena od psihoze, koja želi da se učlani u Udruženje, može to da učini *uz preporuku ordinirajućeg lekara*. Ovo je važno zbog podrške kvalitetnom odnosu (kompilijansi) sa terapeutom koji vodi lečenje. *Članstvo u Udruženju/Klubu, nije zamena za lečenje, već dopuna istom*. Poželjno je da i članovi porodice posete prostorije Kluba, te da se, ukoliko žele, učlane u Udruženje. Osobe koje su zainteresovane da se uključe u rad ULOP-a, a koje nisu obolele od psihoze, niti su članovi porodice obolele osobe, mogu to da učine u svojstvu volontera, naravno uz prethodnu selekciju i saglasnost Upravnog odbora ULOP-a, nakon obuke i probnog rada.

⁵

Svetske zdravstvene organizacije



Članovima je u Klubu svakodnevno na raspolaganju biblioteka, satelitska televizija, filmovi, kvalitetna muzika, muzički instrumenti, alati za bavljenje različitim hobijima i posluženje. Sve aktivnosti se odvijaju uz prisustvo domaćina/voditelja klupskih aktivnosti. U okviru edukacije o bolesti svakom članu poklanja se primerak priručnika koji sadrži praktične informacije o prirodi bolesti i odnosu sa obolelim članom porodice. Insistira se na edukaciji, samoedukaciji i kreativnom i kvalitetnom druženju - međusobnom i sa volonterima, koji su većim delom stručnjaci iz srodnih oblasti - psihijatri, psiholozi, medicinski tehničari i sl. Organizovane aktivnosti su oslonjene na afinitete i veštine kojima raspolažu volonteri. Tako su u proteklom periodu održavane radionice slikanja, vajanja, obrade drveta, graviranja stakla, kaligrafije, origamija,... Održano je nekoliko kamernih koncerata. Članovi imaju aktivnu ulogu u uređenju i održavanju prostora.

Do sada je izuzev Gradske uprave za za dečju i socijalnu zaštitu, rad Kluba podržao Novosadski humanitarni centar i Pokrajinski sekretarijat za socijalnu politiku i demografiju, koji su obezbedili veći deo opreme za Klub. U toku je definisanje saradnje sa Institutom za psihijatriju, Kliničkog centra Vojvodine. Dalja tendencija je saradnja sa svim insitucijama i organizacijama koje se bave srodnom problematikom.

Klub članova ULOP-a
Pariske komune 40, Novi Sad
Telefon: (021) 444-199
E-mail: ulop.ns@gmail.com
Web: www.ulopns.com

O AUTORU:

Čila Stojanović
je diplomirani psiholog i
koordinator psihosocijalnih
projekata Novosadskog
humanitarnog centra.
Volonterski je angažovana
u ULOP-u.

CENTAR SRCE, CENTAR ZA PRUŽANJE EMOTIVNE PODRŠKE I PREVENCIJU SAMOUBISTVA

Milica Ćućuz
CENTAR SRCE

Centar Srce sa sedištem u Novom Sadu je volonterska, nevladina, neprofitna organizacija koja se bavi pružanjem emotivne podrške osobama u krizi i prevencijom samoubistva.

Osnovan je 1991. godine na inicijativu grupe profesora sa Medicinskog fakulteta u Novom Sadu, između ostalih, prof. dr Slobodanke Stanković i prof. dr Slavice Selaković-Buršić, kao Savetovalište za psihološku pomoć učesnicima rata. Iako su usluge Centra prvobitno bile namenjene žrtvama rata, ustanovljeno je da potrebu za psihološkom pomoći u velikoj meri imaju «obični» građani koji nisu bili direktno ugroženi ratom. Ukoliko se uzme u obzir činjenica da je decenijama visoka stopa samoubistva koja karakteriše Vojvodinu početkom devedesetih doživljavala svoje najveće vrednosti, jasno je da je postojala potreba da se aktivnosti Centra preusmere sa jedne rizične grupe na potrebe celokupnog društva pod rizikom. Tako, 1993. godine, Centar menja naziv u Srce – Psihološko savetovalište za krizna stanja i žrtve rata, i postaje član mreže centara koji se bave intervencijama u krizi i prevencijom samoubistva - Befrienders International. Od tada su i principa rada «Srca» usaglašeni sa internacionalno prihvaćenim metodama.

Konačan naziv centra formiran je 2000. godine: Srce – Centar za pružanje emotivne podrške i prevenciju samoubistva.

Misija Centra se sastoji u emotivnoj podršci osobama u krizi i prevenciji samoubistva putem telefona i e-mail-a. Postoji nastojanje da se produži radno vreme na na 24h i da se steknu uslovi za pružanje podrške »licem u lice« (»face to face«) kako bi bili što dostupniji osobama kojima je pomoć Centra potrebna.

Vizija Centra je društvo u kojem:

- manje ljudi oduzima sebi život
- ljudi mogu da istraže sopstvena osećanja
- ljudi mogu da priznaju i poštuju osećanja drugih.

Vrednosti – suštinska uverenja koja čine osnovu rada Centra:

- važno je imati mogućnost za istraživanje teških osećanja
- slušanje u poverenju i prihvatanje bez predrasuda mogu ublažiti ljudsku nesreću i osećanja koja vode do samoubistva
- svako ima pravo da donosi suštinske odluke o sopstvenom životu, uključujući i odluku da izvrši samoubistvo



Bitna karakteristika pristupa koji koristi u kontaktu sa korisnicima je nedirektivnost, a osnovna tehnika koja se koristi je aktivno slušanje.

To podrazumeva prihvatanje sagovornika u potpunosti, bez predrasuda, i pružanje atmosfere koja mu omogućuje da istražuje svoja osećanja i otvoreno priča o njima. Pri tome se sagovornicima ne daju nikakvi saveti, moralni sudovi ili uteha da će ono što ih muči proći. Razgovor vođen na ovaj način neće dovesti do rešavanja aktuelnih životnih problema i dilema, ali može dovesti do emotivne rasterećenosti i do toga da se lakše prebrodi dati trenutak, a u najboljem slučaju, može dovesti do posmatranja datog problema iz drugog ugla što otvara mogućnost javljanja novih ideja koje mogu doprineti njegovom prevazilaženju. Povelja koju je Centar prihvatio učlanivši se u mrežu Befrienders Worldwide zapravo odražava principe kojih se pridržava u svom radu:

1. Centar pruža emotivnu podršku osobama u krizi ili neposrednoj opasnosti da oduzmu sebi život.
2. Volonteri u Centru se trude da ublaže ljudsku nesreću, usamljenost, očaj i depresiju.
3. Osoba koja pozove zadržava slobodu da donosi svoje odluke uključujući i odluku da oduzme sebi život.
4. Činjenica da je osoba zatražila pomoć kao i sadržaj razgovora su strogo poverljivi unutar Centra.
5. Volontere koji pružaju podršku podržavaju drugi iskusni volonteri uz konsultaciju profesionalca.
6. Osoba koja zove može biti upućena na pomoć drugih institucija iz oblasti medicine, socijalne i materijalne pomoći.
7. Volonterima je zabranjeno da nameću svoja lična ubedjenja ili da utiču na osobe koje zovu u pogledu politike, filozofije ili religije.

Mreže i saradnja

- Od 1993. godine, Centar «Srce» je punopravan član međunarodne mreže centara za prevenciju samoubistva – *Befrienders Worldwide* (nekadašnji Befrienders International) sa sedištem u Londonu, koja obuhvata više od 400 centara širom sveta. Centar ima izuzetno dobru saradnju sa organizacijom *The Samaritans* iz Velike Britanije i Republike Irske, koja još od davne 1953. godine primenjuje i širi ideju volonterske podrške suicidalnim osobama kao i osobama u krizi. Važno je spomenuti da su upravo *The Samaritans* osnovali mrežu *Befrienders International* 1974. godine kako bi centri za prevenciju samoubistva širom sveta bili povezani i radili po istim principima.
- Sa samarićanskim centrom iz Vinčestera «Srce» je u tzv. bratskom odnosu (twining) i od njih dobija podršku u vidu napredne edukacije volontera, savete i podršku prilikom organizovanja većih aktivnosti, kao i podršku u materijalnom smislu.
- «Srce» je član FENS-a, Federacije nevladinih organizacija Srbije.

Volonteri

Trenutno, «Srce» broji oko 50 aktivnih volontera u pružanju podrške putem telefona i e-maila. Članovi su ljudi različite starosne dobi, različitih zanimanja i interesovanja. Mogućnost učestvovanja u radu Centra stekli su prolaskom kroz selekciju i obuku. Obuka se sastoji iz dva dela: Prvi deo čini 10 radionica koje se održavaju dva puta nedeljno. Posle završetka prvog dela vrši se druga selekcija volontera. Drugi deo obuke čini probni rad u Centru koji se odvija pod stalnom supervizijom od strane iskusnijih volontera i traje dva meseca. Tokom obuke, potencijalnim volonterima se približavaju tehnike koje se koriste u komunikaciji sa korisnicima Centra. Osnova je u ovladavanju tehnikama aktivnog slušanja.

Obuka za nove članove se organizuje dva puta godišnje.

PSIHOLOŠKO SAVETOVALIŠTE ZA MLADE NOVOSADSKOG HUMANITARNOG CENTRA

Milena Ćuk, Ivana Furundžić, Biljana Rašković-Živković, Dejan Živković
NOVOSADSKI HUMANITARNI CENTAR

Psihološko savetovalište za mlade Novosadskog humanitarnog centra (NSHC), osnovano je početkom oktobra 2008. godine u okviru projekta *Prevenција bolesti zavisnosti i autodestruktivnog ponašanja kod mladih*.

Savetovalište je osnovano u cilju pružanja besplatne psihološke podrške mladima iz ugroženih i marginalizovanih grupa - izbeglicama i raseljenima, Romima, osobama sa invaliditetom, mladima koji boluju od mentalnih poremećaja.

Mladi su izabrani kao ciljna grupa na osnovu najnovijih rezultata istraživanja u Srbiji (UNICEF, SZO⁶), koji ukazuju na to da zdravstveno stanje mladih karakteriše loše mentalno zdravlje sa sve višom stopom poremećaja ponašanja, bolesti zavisnosti, depresije i samoubistava, kao i niska stopa kontraceptivne zaštite sa sve većim porastom seksualno prenosivih infekcija.

Takođe i kliničko iskustvo i rezultati istraživanja u Srbiji ukazuju na značajno psihološko trpljenje populacije mladih, koje je često u vezi sa periodom adolescencije. Mladi manifestuju određenu, za ovaj uzrast specifičnu psihopatologiju: različite teškoće adolescentnog procesa skoncentrisane oko formiranja stabilnog i definitivnog identiteta, depresivna stanja (uključujući samoubilaštvo) i poremećaje ponašanja (uključujući zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, nasilno i delinkventno ponašanje i poremećaje ishrane). Trećina srednjoškolske populacije pokazuje znake psihološkog trpljenja i mentalnih problema. Slični podaci dobijeni su i u istraživanjima studentske populacije.

Naročitih problema u zadovoljavanju svojih specifičnih potreba imaju mladi iz ugroženih grupa kao što su: mladi sa invaliditetom, mladi bez roditeljskog staranja, mladi koji nisu obuhvaćeni školskim sistemom, mladi pripadnici nacionalnih manjina i verskih zajednica, mladi sa potrebom za posebnom podrškom i izbegla i raseljena lica.

Navedeni podaci jasno ukazuju na neophodnost pružanja psihološke podrške mladima, koja bi, pored savetodavnog rada, uključivala i iskustvene psihološke treninge u cilju razvijanja životnih veština.

Ministarstvo omladine i sporta Vlade Republike Srbije od avgusta meseca 2009. godine opet podržava rad Savetovališta za mlade NSHC-a u okviru projekta *Mladi na klackalici života – nacionalna kampanja za prevenciju autodestruktivnog ponašanja kod mladih*. Cilj projekta je da doprinese smanjenju rizika od bolesti zavisnosti i autodestruktivnog ponašanja kod mladih. Pored besplatnih usluga savetovanja i psihoterapije, u okviru projekta organizovaće se razvojno-psihološki treninzi za mlade, radionice i predavanja na teme važne za unapređenje mentalnog zdravlja mladih, ulične akcije kojima se promoviše značaj mentalnog zdravlja i treninge za predstavnike organizacija/institucija na temu prepoznavanja i prevencije autodestruktivnog ponašanja kod mladih.

U okviru Savetovališta za mlade, pored besplatnih usluga psihološkog savetovanja i psihoterapije, mladima se pruža mogućnost učešća u iskustvenim psihološkim treninzima. Takođe, Savetovalište

⁶ Svetska zdravstvena organizacija



ima i svoju web stranicu www.savetovaliste.nshc.org.rs, u okviru koje se mladi mogu informisati o pitanjima vezanim za mentalno zdravlje, načinima njegovog očuvanja i unapređenja, i u okviru koga potpuno anonimno mogu postaviti pitanja psihologu.

U okviru Savetovališta NSHC-a, do sada su se organizovali sledeći treninzi:

1. Trening asertivnosti
2. Autogeni trening
3. Trening iz stres menadžmenta

O treningu asertivnosti

Asertivni trening, proistekao iz teorijske orijentacije kognitivno-bihevioralnih terapija koristi se, ne samo u rehabilitaciji osoba sa mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja kao što su anksiozni poremećaji, bolesti zavisnosti, seksualne disfunkcije, delinkvencija, već i za unapređenje životnih veština svih onih osoba koje žele da rade na svom razvoju. Trening asertivnosti našao je svoju primenu u raznim preventivnim programima i modulima za razvoj socijalnih i specifičnih komunikacijskih veština različitih grupa korisnika.

Osnovna pozitivna promena vezana za asertivno ponašanje je što se putem njega pojačava samopoštovanje koje je samousmereno (nije direktno vezano za druge ljude). Asertivno ponašanje, za razliku od agresivnog, pojačava kontrolu nad sobom u odnosu na kontrolu nad drugima. Ono vodi efikasnijem zadovoljavanju želja i ostvarivanju ciljeva, boljoj interakciji sa drugim ljudima kroz poštovanje njihovih asertivnih prava i razvijanje odgovornosti za svoje postupke.

O asertivnosti i ostalim stilovima u komunikaciji

Prema Lange&Jakubowski, **asertivnost podrazumeva izražavanje misli, osećanja i uverenja na direktan, pošten (iskren) i adekvatan način uz uvažavanje prava drugih ljudi.** Asertivna poruka izražava, opisuje osobu i izrečena je bez dominiranja, ponižavanja ili degradiranja druge osobe. Asertacija uključuje uvažavanje, ali ne i snishodljivost koja vodi u submisivno ponašanje iz uverenja da druga osoba ima veća prava jer je u ulozi moći, iskusnija, učenija, drugog pola, nacionalnosti ili rase. Asertacija uključuje samopoštovanje jednako poštovanju prava druge osobe. Za asertivno izražavanje karakteristične su tzv. Ja-poruke kojima se drugima daje do znanja da je to o čemu pričamo proizvod našeg subjektivnog doživljaja - mišljenja, utiska, verovanja, osećanja - i da se drugi sa tim mogu složiti, a i ne moraju jer i oni imaju pravo na svoj subjektivni doživljaj i odluku.

Iako ima brojnih prednosti, važno je napomenuti da asertivnost nije stil u komunikaciji kojim je zagarantovano da ćemo dobiti ono što želimo i nije ponašanje koje treba po svaku cenu u svakoj situaciji da koristimo (ponekad je mudrije prećutati, npr. suprotstavljanje nadređenima ukoliko će to ugroziti naš položaj, ili odložiti svoju asertivnu reakciju).

Pojam asertivnosti preuzet je iz engleskog jezika (assertiveness) i najbliži prevod bi glasio: **samopotvrđujuće ponašanje.** Asertivno (ili samopotvrđujuće) ponašanje se razlikuje i od pasivnog i od agresivnog ponašanja. Osnovna dobit koju osoba dobija ovim ponašanjem je porast **samopouzdanja.**

Pored asertivnog stila ili ponašanja, razlikujemo pasivni i agresivni stil u interakciji sa drugim ljudima koji se uglavnom opisuju kao dva suprotna pola asertivnosti.

Ponašamo se **pasivno** kada imamo problem da kažemo šta mislimo i osećamo. Kada se ponašamo pasivno, mi narušavamo svoja prava, ne poštujemo svoje potrebe, ne postavljamo granice u odnosu na druge ljude, u komunikaciji smo nesigurni. U osnovi pasivnog ponašanja je težnja da se po svaku cenu izbegne konflikt, a rezultat: dopuštamo da drugi kontrolišu naš život, iako to ne želimo.

Agresivni stil u komunikaciji podrazumeva direktno zalaganje za svoja prava i izražavanje misli, osećanja i uverenja na način koji je često neiskren, obično neadekvatan i uvek ugrožava prava druge osobe.

U realnom životu, ponekad je teško razgraničiti pomenute stilove u komunikaciji. **Pasivno-agresivni** stil, ne tako retko zastupljen, nameće se kao četvrti stil u komunikaciji. Osobu koja se ponaša pasivno-agresivno bes «tera» da od drugih dobije ono što želi, ali je strah sprečava da to učini direktno. Svoju agresivnost osoba prurušava tako da bi izbegla odgovornost za svoje ponašanje. Ukoliko pokušate da se konfrontirate, osoba koja se ponaša pasivno-agresivno uvek može negirati postojanje namere.

Postoje razni kursevi namenjeni razvoju veština komunikacije. Ono što je karakteristično za aserivni trening je to što asertivni trening podrazumeva pre svega rad na sebi, na svom unutrašnjem biću, na izlaženju na kraj sa mislima, uverenjima i emocijama koje nam ne donose mnogo koristi, te na pronalaženju ravnoteže između našeg unutrašnjeg sveta, spoljašnje reakcije koju manifestujemo i situacije u kojoj se nalazimo.

Adolescentima i, generalno, mladima ovaj trening pomaže da se kroz razvoj veština komunikacije osnaže u svom izražavanju, naročito u relacijama koje su u tom uzrastu bitne: odnosi sa vršnjacima, partnerom; odnosi sa nastavnicima/profesorima; prezentacija znanja na času/ispitu; odnosi sa bližnjima. Trening im pomaže da razviju i učvrste svoje samopouzdanje i tako spremnije izlaze na kraj sa izazovima koje život nosi sa sobom.

Autogeni trening

Autogeni trening mogli bismo svrstati u domen sugestije - autosugestije. Ustvari, autogeni trening je metoda uticaja na fizičko telo – snagom vizualizacije, zamišljanja, dakle akcijom psihičkog tela.

Tvorac metode autogenog treninga je neurolog Johannes Heinrich Schultz (1889.-1970.). Osnova autogenog treninga nalazi se u koncentraciji na popuštanje napetosti, odnosno uticaju na samoga sebe. Primenjuje se individualno i grupno, a koristi se radi uklanjanja funkcionalnih poremećaja u radu nekih organa i stanja napetosti.

Osnova ovog medicinski široko priznatog anti-stres programa jeste autosugestivna tehnika relaksacije mišića i krvnih sudova, kontrole disanja, rada srca i koncentracije, u čijoj osnovi leži Šulcova ideja o ekvivalenciji mišićne i psihičke napetosti. Vežbama vizualizacije (vodjenih slika, predstavljanja) postiže se još dublji nivo relaksacije, što daje mogućnost i integracije ličnosti. Autosugestivnim kratkim relaksirajućim porukama (geslima) umekšavaju se i nepoželjne nesvesne psihosomatske reakcije na svakodnevne stresogene situacije.

Autogeni trening je posebno razrađen sistem vežbi pomoću kojih se postiže spontana kontrola nad psihičkim i fizičkim sposobnostima, nad emotivnim i fiziološkim reakcijama:

- Vežba za normalizaciju tonusa mišića

- Vežba za kontrolu krvnih sudova
- Vežba za kontrolu disanja
- Vežba za kontrolu rada srca
- Vežba za relaksaciju trbušnih organa
- Vežba za kontrolu emocija, navika

Ispitivanja su pokazala da praktično nema funkcija sistema organa na koje ova metoda blagotvorno ne utiče (imunološki, kardio-vaskularni, disajni, endokrini, gastrointestinalni, nervni, urogenitalni, koštano-zglobni, čula).

Osim terapijskih, važni su i pozitivni učinci koji se postižu i kod zdravih ljudi, a ogledaju se u povećanju psihičke i telesne svežine i spremnosti za rad.

U najnovije vreme autogeni trening ušao je u skup aktivnih autosugestivnih i oslobađajućih sistema vežbi. Primenjuju ga i lekari, najčešće specijalizovani psihoterapeuti. Iskustvo psihoterapeuta koji su, u lečenju, primenjivali metodu autogenog treninga govori da taj oblik komplementarne medicine dobro pomaže kod zavisnosti (alkohol, pušenje, droge), anoreksije i bulimije, napetosti, depresije, tuge, glavobolje, nesаницe, raznih fobija, stresa, raznih trauma, grčeva u mišićima, problema s karlicom, astme, bronhitisa, povišenog krvnog pritiska, probavnih smetnji, osetljivih creva, pa čak i kod ekcema.

Autogeni trening oslobađa čoveka negativnih emocija i podstiče stvaralaštvo pojedinca u svrhu poboljšanja vlastitog zdravlja. On pomaže kod promena na svim nivoima tela, uma, emocija i duha, što je istinska suština holističkog pristupa u lečenju bolesti savremenog čoveka.

Osim toga, dobro je naglasiti, autogeni trening je izvanredno moćno sredstvo prevencije koja može sprečiti nastajanje mnogih bolesti povezanih sa stresom - kao uzročnikom. To je medicinski najznačajnija tehnika relaksacije koja pomaže u postizanju i održavanju spontane ravnoteže između psihe i tela, kao i korišćenju na najbolji način svoje energije u svakodnevnom životu.

Trening iz stres menadžmenta (self menagmenta)

Trening upravljanja vlastitim resursima inicijalno je bio razvijen i korišćen od strane kliničkih psihologa. Osnovna pretpostavka je bila da pojedinci koji imaju potrebu za promenom, imaju veće šanse za uspeh ako mogu da kontrolišu proces promene. Umesto da psiholog koristi psihološke postupke da bi doveo do promene u ponašanju, bolje je podučiti ljude o ovim postupcima i pomoći im da ih na sebi primene. Kada pojedinci preuzmu kontrolu nad vlastitim promenama, osećaću se uspešnim i promena će duže trajati nego kada oni osećaju da neko drugi za njih sprovodi promene. Na ovaj način programi upravljanja sobom mogu uticati na veliki broj emotivnih kompetencija, uključujući: tačnu samoprocenu, samopouzdanje, samokontrolu, savesnost i pouzdanost.

Trening obuhvata sledeće tematske celine:

- Stres (uticaj stresa, poreklo stresa, reakcija tela na stres, znaci stresa i dugoročne implikacije stresa)
- Sindrom sagovevanja

- Dobre strane stresa
- Kako se boriti sa stresom - lekovite mere za kontrolu stresa:
 1. Promena načina razmišljanja,
 2. Promena ponašanja
 3. Promena načina života
- Time management – kako dobro organizovati svoje vreme

REFERENCE:

Paterson, R. J. (2000). *The Assertiveness Workbook: How to Express Your Ideas and Stand Up for Yourself at Work and in Relationships*. Oakland, New Harbinger Publications, Inc.

Smith, M. (1988). *When I say No, I feel guilty: How to cope – using the skills of systematic assertive therapy*. New York, Bantam books.
Tovilović, S. (2005). Asertivni trening: efekti tretmana, održivost promena i udeo terapeuta u terapijskom ishodu. *Psihologija*, 38(1), 35-54.

Tovilović, S., Krstić, T. Radna sveska za učesnike iskustvene grupe za trening asertivnosti.

www.depresija.org

Špeh, S. Self management – upravljanje sobom

Novosadski humanitarni centar (NSHC) je neprofitna, dobrotvorna organizacija osnovana 1998. godine. Misija NSHC-a je da doprinosi stvaranju humanog društva kroz pružanje pomoći ugroženim grupama, podršku razvoju građanskog društva, istraživački rad i obrazovanje. U saradnji sa vladinim i nevladinim sektorom, NSHC doprinosi smanjenju siromaštva, razvoju neformalnog obrazovanja, unapređenju socijalne politike i promociji zdravlja.

NSHC je član Mreže za pomoć izbeglicama u Jugoistočnoj Evropi (SEE RAN), nacionalne mreže za prevenciju HIV-a među ugroženim grupama (HPVPI) i Vojvođanske HIV mreže.

Od svog osnivanja NSHC realizuje projekte psihološke pomoći i podrške ugroženom stanovništvu: izbeglim i raseljenim licima širom Vojvodine, siromašnim i nezaposlenim, starim i nemoćnim licima, i drugim osobama u potrebi. NSHC takođe pruža materijalno-tehničku i savetodavnu podršku udruženjima koja se bave mentalnim zdravljem.

Novosadski humanitarni centar
Trg mladenaca 6, Novi Sad
Tel./faks: (021) 524-184, 524-331 (063) 69 46 77
Email: nshc@eunet.rs
Web: www.nshc.org.rs

ISKUSTVO CARITASA NA POLJU MENTALNOG ZDRAVLJA

Tim Caritasa angažovan na projektu “Promocija mentalnog zdravlja u Srbiji”

Zahvaljujući intervencijama koje italijanski Caritas i Caritas Srbije i Crne Gore preduzimaju na teritoriji Srbije od 2000. godine pokrenut je proces koji je doveo do formulisanja ovog projekta.

Pokretanje aktivnosti s ciljem pružanja podrške mentalnom zdravlju (2001-2002) – Ovaj projekat nastao je kao rezultat uspeha koje su u svom radu ostvarili italijanski Caritas i firentinski Caritas i to u saradnji sa Univerzitetom u Sijeni i Caritasom Srbije i Crne Gore, koji su se od 2000. godine uključili u proces pružanja pomoći u oblasti mentalnog zdravlja. To je omogućilo sticanje značajnog uvida u stanje mentalnog zdravlja u srpskom kontekstu. U početku, aktivnosti su obuhvatale: rekonstrukciju i nabavku opreme s ciljem poboljšanja uslova za rad u nekim psihijatrijskim bolnicama; obuku osoblja u psihijatrijskim bolnicama.

Prvi program na temu mentalnog zdravlja (2003-2004) – U periodu nakon pada Miloševićevog režima, reformske vlade, koje su obraćale više pažnje na spoljnu politiku i pokazale veću spremnost za dijalog sa evropskim vladama i međunarodnim institucijama između ostalog i na polju zdravstva, pokrenule su proces unutrašnje reforme unutar Ministarstva zdravlja. Cilj je, između ostalog, bio i taj da se realizuje dug i težak proces izrade reforme u oblasti zdravstva koja bi uključila i reformu državnog psihijatrijskog sistema u Srbiji u pravcu lečenja u zajednici. Januara 2003. godine sastavljena je, u okviru sektora za reformu zdravstva, radna grupa sačinjena od 12 članova koji su dobili zvanično zaduženje da izrade plan nacionalne politike iz oblasti mentalnog zdravlja, kao i da pruže predlog za reformu psihijatrijske pomoći i održe kontakte i saradnju sa međunarodnim ustanovama i organizacijama koje već deluju i koje su spremne da deluju u ovom sektoru. Italijanski Caritas i Univerzitet iz Sijene podržali su taj proces pružanjem tehničke pomoći u radu Nacionalne komisije za mentalno zdravlje koja je nedavno okončala izradu Strategije sistema. Osim toga, uz učešće i nekih organizacija iz lokalne civilne zajednice sprovedene su različite aktivnosti usmerene na senzibilizaciju u borbi protiv stigme kao što su „Ujedinjene boje duše“ i 13 televizijskih emisija pod nazivom „Tolerancija“ .

Drugi program na temu mentalnog zdravlja (2004-2005) – Kao rezultat uspešne saradnje između Caritasa i srpskog Ministarstva za zdravlje, ovo ministarstvo je započelo proces osmišljavanja konkretnih aktivnosti na polju deinstitucionalizacije. Na proleće 2004. godine, odlučeno je da psihijatrijska bolnica u Gornjoj Toponici kraj Niša postane sedište jednog eksperimentalnog Centra za mentalno zdravlje. Pošto je postignut sporazum između Ministarstva zdravlja i niške Opštine u pogledu odabira strukture, direktor bolnice u Gornjoj Toponici izradio je prvi, okvirni projekat za otvaranje Centra za mentalno zdravlje, i to u dogovoru sa Caritasom i Ministarstvom zdravlja. U oktobru 2005. zvanično je i otvoren prvi Centar za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici.

Aktuelni program na temu mentalnog zdravlja (2006-2009) – Caritas na osnovu višegodišnjeg iskustva u oblasti mentalnog zdravlja na teritoriji Srbije i Crne Gore, obnavlja i jača svoju saradnju na polju projektnih aktivnosti posvećenih ovoj temi ističući kao linije vodilje i prioritete za period 2006-2009. godine sledeće:

- **PROMOCIJA UDRUŽENJA KORISNIKA.** Caritas proširuje mrežu samouzajamne pomoći, inače slabo prisutne na teritoriji, s posebnim osvrtom na tematiku vezanu za mentalno zdravlje. Za ovu metodologiju zainteresovani su volonteri i aktivisti biskupijskih i parohijskih Caritasa, porodice pacijenata i njihova udruženja, kao i same grupe pacijenata koji pate od mentalnih bolesti. Organizovan je čitav niz seminara i radionica na datoj teritoriji kako bi se omogućilo ovim grupama da se bolje upoznaju sa metodologijom samouzajamne pomoći, kako bi je kasnije redovno primenjuju u svojim nastojanjima da podelu probleme i da zajedničkim snagama otkriju puteve njihovog prevazilaženja.

- **KAMPANJE PROTIV STIGMATIZACIJE.** Društvo u Srbiji i Crnoj Gori još uvek karakterišu jake predrasude prema mentalnim bolestima, osobama koje od njih pate i vidovima lečenja koji se primenjuju. Svi akteri i aktivisti iz domena mentalnog zdravlja u ovoj zemlji skreću pažnju na ovu pojavu kao na jednu od najvećih teškoća koje treba da prevaziđu u svakodnevnom radu, ali i kao jedan od najvažnijih izazova sa kojima treba da se suoče. Caritas se zalaže da se nastave i pojačaju aktivnosti u borbi protiv stigmatizacije mentalnog zdravlja određujući datum 10. oktobar (Svetski dan mentalnog zdravlja) za ključni momenat ovih kampanja u borbi protiv stigme. Centralna tačka svih kampanja jeste pokušaj da pacijenti i njihove porodice postanu saučesnici u organizaciji, aktivisti i glavni nosioci ovih aktivnosti (koje će se odvijati na javnim mestima i uz slobodan pristup). Time što oni dobijaju priliku da kroz lični primer ispolje potencijale kojima raspolažu, stupe u direktan kontakt sa nepoverljivim javnim mnjenjem i otvoreno govore o problemima sa kojima se suočavaju, može se preneti jaka poruka protiv stigmatizacije, poruka koja će poljuljati predrasude kod običnih ljudi. Osim toga, organizuju se i susreti koji imaju „institucionalniji” karakter (seminari, konferencije za štampu, intervjui za lokalne i nacionalne medije) gde se pored pacijenata i njihovih porodica učestvuju i lekari, bolničari i aktivisti iz ove oblasti. Godine 2007. organizovana je kampanja „I ja imam pravo“ dok je 2008. nosila naziv „Duševne bolesti nisu zarazne, ali ravnodušnost jeste“

- **SOCIJALNE KOOPERATIVE.** Ponovno uključivanja pacijenta u društvo i proces rada predstavlja jedan od ključnih momenata svake terapije i borbe celokupne zajednice za mentalno zdravlje. Iskustvo socijalnih kooperativa je već pokazalo odlične rezultate u Italiji, dok u Srbiji ovaj vid organizovanja još uvek nije razvijen niti adekvatno pravno regulisan. Caritas se zalaže za razvoj modela socijalnih kooperativa na teritoriji Srbije po uzoru na italijanski model i to uz prilagođavanje različitim socio-teritorijalnim uslovima koji vladaju u Srbiji. Aktivnosti iz domena socijalnih kooperativa su različite: detaljna analiza aktuelne situacije sa pravnog i birokratskog stanovišta kako bi se naknadno pokrenule aktivnosti vezane za pružanje pravne pomoći i lobiranje u cilju prilagođavanja normativa i procedura; potraga za nekom lokalnom ustanovom u Srbiji koja se već bavi ovakvim aktivnostima i koja je već imala prilike da se u svom radu susretne sa sličnim slučajevima (osobe sa posebnim potrebama, hendikepirani) u cilju razmene pozitivnih iskustava; razmena u vidu studijskog boravka srpskog osoblja i njihovog upoznavanja s kooperativama i italijanskim aktivistima; promovisanje nastanka ovih kooperativa i praćenje takozvanih „socijalnih tendera” unutar državnih ili privatnih preduzeća (perionice, kuhinje, rasadnici, održavanje čistoće...).

- **PODRŠKA „MEDIJANI” I OTVARANJE NOVIH CENTARA ZA MENTALNO ZDRAVLJE.** Otvaranje prvog Centra za mentalno zdravlje u Srbiji, pod nazivom „Medijana” u Nišu, jeste najočigledniji dokaz delovanja Caritasa tokom ovih godina. „Medijana” je, naime, pokazala da je moguć drugačiji pristup lečenju mentalnih bolesti u Srbiji, da je taj pristup prihvatljiv i da može pružiti rezultate koji daleko nadmašuju rezultate bilo koje druge psihijatrijske bolnice. Caritas nastavlja da prati i izbliza učestvuje u aktivnostima Centra za mentalno zdravlje pružajući, u dogovoru sa osobljem Centra, svoju podršku u smislu organizacije i upravljanja, obuke osoblja, zajedničkog organizovanja kampanja u borbi protiv stigmatizacije, prikupljanja i analize podataka o obavljenom radu. Pozitivno iskustvo „Medijane” je, između ostalog, pomoglo Caritasu da uvidi da

model iz Niša može da se ponovi i primeni i u drugim krajevima zemlje. U tom smislu se naročito pogodnim čine uslovi koji se upravo formiraju na psihijatrijskom odeljenju u Valjevu.

Od januara 2008. Caritas realizuje projekat kofinansiran od strane Evropske unije PVD/2006/1058 «**Promocija mentalnog zdravlja u Srbiji**» u saradnji sa Nacionalnom komisijom za mentalno zdravlje, a u saglasnosti sa Ministarstvom zdravlja. Projekat se odvija u 4 grada u Srbiji: Beograd, Valjevo, Novi Sad i Niš i predstavlja razvoj višegodišnje saradnje koju Caritas ima sa vladinim i nevladinim sektorom. Projekat predlaže poboljšavanje kvaliteta života pacijenata sa problemima sa mentalnim zdravljem putem serija aktivnosti koje se baziraju na deinstitucionalizaciji; izgradnji kapaciteta pacijenata, njihovih porodica i zaposlenih u sektoru; samouzajamnoj pomoći; borbi protiv stigme; javnom zagovaranju o pravima pacijenata.

U Beogradu 30.04.2009, između Ministarstva zdravlja i Caritasa Srbije i Crne Gore i Caritasa Italije, potpisan je Memorandum o razumevanju i zajedničkom unapređenju pružanja usluga zaštite mentalnog zdravlja u Republici Srbiji.

KORISNI LINKOVI

www.centarsrce.org

Centar SRCE - Centar za pružanje emotivne podrške osobama u krizi i prevenciju samoubistva

www.domomladine.org

Dom omladine Beograda

www.oknis.org.yu

Društvo za zaštitu i unapređenje mentalnog zdravlja dece i omladine

www.emprona.org.yu

Emprona - Centar za prevenciju narkomanije

www.imh.org.yu

Institut za mentalno zdravlje

www.mentalhealth.com

Internet Mental Health

www.ian.org.rs

Međunarodna mreža pomoći - IAN

<http://mentalhelp.net>

Mental Help Net

www.mentalillnesses.com

Mentalillnesses.com

www.mentalno.plivazdravlje.hr

Mentalno zdravlje

www.zdravlje.sr.gov.yu

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

www.nmha.org

National Mental Health Association

www.zdravstvo.vojvodina.sr.gov.yu

Pokrajinski sekretarijat za zdravlje i socijalnu politiku

www.centar-telos.com

Psihodramski centar „Telos“

www.savetovaliste.nshc.org.rs

Psiholosko savetovanište za mlade NSHC-a

www.integra.org.yu

Udruženje građana za borbu protiv zavisnosti

Caritas Srbije i Crne Gore

www.caritas.rs

Udruženje za podršku ljudima sa neurozom

www.herc.org.rs

www.mentalnozdravlje.com

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

<http://www.zdravlje.gov.rs/>

CIP- Каталогизација у публикацији
Библиотека Матице српске, Нови Сад

613.86 (035)

Mentalno zdravlje /urednici Milena Ćuk, Dejan Živković,
Danijela Korać- Mandić. -1. izd. – Novi Sad : Novosadski
humanitarni centar, 2009 (Beograd: Grafolik). -63 str. ; 25 cm

ISBN 978-86-85715-18-1

а) Ментално здравље – Приручници

COBISS.SR-ID 242639623