UDK 37.014.5:616.89-053.6

159.922.7

COBISS.SR-ID 275792652

ULOGA DEČJEG PSIHIJATRA U OBRAZOVNOM SISTEMU – MOŽE LI SARADNJA BITI BOLJA

Milica Pejović Milovančević^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

Apstrakt: Čvršće povezivanje zdravstvenog sistema sa drugim društvenim sektorima, naročito obrazovnim, bitno je zbog usklađivanja zajedničkih aktivnosti u cilju unapređenja razvoja dece. Zdravstveni sistem se i dalje više koncentriše na bolest/poremećaj, a manje na ličnost, iako je u osnovi koncepta psihijatrije orijentisane ka ličnosti kao savremenog pristupa u razumevanju nastanka i terapije problema mentalnog zdravlja. Bio-psiho-socijalni pristup pomaže da se ne izgube iz vida problemi koje treba rešiti da bi se olakšao obrazovni proces deteta. S druge strane, obrazovni koncepti trebalo bi da su generalno usredsređeni na dete, a ne na situacije, kao i na procese sticanja znanja, a ne na dinamiku interakcija između učitelja, nastavnika, obrazovnih saradnika s jedne i učenika s druge strane. I zdravstveni i obrazovni sistem zahtevaju međusobno povezivanje, ali i unapređenje saradnje s ciljem sveobuhvatnijeg sagledavanja deteta i njegovih razvojnih potreba.

Ključne reči: *razvoj deteta, funkcionalnost, obrazovanje, zdravlje*

Procenjuje se da 15 procenata svetske populacije ima smetnje u razvoju [1], a očekuje se da će taj procenat globalno rasti zbog loše zdravstvene zaštite i ishrane tokom ranog razvoja, odnosno povećanja broja starije populacije i nasilnih građanskih sukoba [2]. Prema najnovijim podacima jedno od sedmero dece uzrasta 2-8 godina ima dijagnozu mentalnog, ponašajnog ili razvojnog poremećaja, a brojni faktori porodice, zajednice i uopšte zdravlja dovode se u vezu sa problemima mentalnog zdravlja dece [3]. Deca sa sledećim karakteristikama imaju češće probleme: dečaci, deca uzrasta od 6-8 godina, poreklom iz siromašnih porodica, deca čiji roditelji imaju mentalni poremećaj [3,4].

Deca sa problemima mentalnog zdravlja suočavaju se sa višestrukim oblicima diskriminacije koji dovode do njihovog isključivanja iz društva, ali i obrazovanja. Stavovi prema deci sa mentalnim poremećajima, kao i nepostojanje inkluzivnog obrazovnog okruženja, neophodnih resursa i informacija, povećavaju izazove sa kojima se ova deca suočavaju u pristupu obrazovanju [5-9]. Međutim, dobro je što postoje delotvorni načini za izgradnju inkluzivnih društava u kojima deca sa smetnjama i deca bez njih mogu da uživaju svoja prava, uključujući i pravo na kvalitetno obrazovanje, ravnopravno sa svojim vršnjacima koji nemaju smetnje u razvoju.

Zdravstveni sistem nije samo nosilac dečjeg preživljavanja već mora da se bavi i razvojem dece odnosno njihovom podsticajnom negom. Redefinisanje zdravstvenih strategija u cilju unapređenja psihosocijalnog i ukupnog razvoja dece važan je korak jer je zdravstveni sistem prvi u kontaktu sa detetom i njegovom porodicom, i kao takav može uticati na promovisanje razvoja [10]; predstavnicima zdravstvenog sistema najviše se veruje, posebno u prvim godinama razvoja deteta. Čvršće povezivanje sa drugim društvenim sektorima, naročito obrazovnim, bitno je zbog usklađivanja zajedničkih aktivnosti u cilju promovisanja razvoja dece. S tim u vezi, postoji ideja da resor zdravstva proširi svoju viziju zdravlja tako da ona, pored prevencije i lečenja bolesti, obuhvati i podsticajnu negu o deci kao faktoru od suštinskog značaja za ostvarivanje punog potencijala razvoja [11].

U cilju boljeg razumevanja neophodnosti saradnje između različitih sektora kada je u pitanju briga za decu i mlade, podrazumeva se promena fokusa prilikom definisanja i prelazak sa pukog posmatranja dijagnoze na posmatranje ograničenja za učešće u društvu na jednakoj osnovi sa drugima, a usled bolesti. Tako je kao osnov za procenu smetnji uvedena funkcionalna procena tj. procena funkcionalnih teškoća osobe. Osnovi funkcionalne procene postavljeni su u okviru Međunarodne klasifikacije funkcionisanja, invalidnosti i zdravlja (engl. *International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF*) [12], a nešto kasnije razvijena je i verzija za decu i mlade (*International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth ICF-CY*) Svetske zdravstvene organizacije [13]. Klasifikacije ICF i ICF-CY zasnovane su na Konvenciji o pravima osoba sa invaliditetom i predložene su kao instrument za praćenje njenog ostvarivanja [8]. Klasifikacija ICF obezbeđuje jedinstveni standardni jezik i okvir za opisivanje zdravlja i stanja koja su u vezi sa zdravljem [13].

Klasifikacija ICF-CY je okvir za organizovanje i dokumentovanje informacija o funkcionisanju i invaliditetu dece i mladih i služi se neutralnim jezikom kojim mogu da se opišu pozitivni i negativni aspekti funkcionisanja. Ova klasifikacija koristi bio-psiho-socijalni pristup u razumevanju invaliditeta i tako integriše medicinske i socijalne pristupe i modele. Ovaj okvir procenjuje funkcionisanje osobe na telesnom nivou (telesne funkcije i strukture), na individualnom nivou (aktivnosti) i na socijalnom nivou (participacija). Funkcionisanje se shvata kao dinamička interakcija između zdravstvenog stanja pojedinca, faktora okruženja i ličnih faktora. Funkcionalna procena je sveobuhvatniji način procene stanja deteta u odnosu na dosadašnju procenu koja se odnosila na prisustvo odnosno odsustvo simptoma bolesti. Time se značajno olakšava procena potrebnog nivoa podrške za dete, omogućava se planiranje neophodne intersektorske saradnje potrebne za pružanje maksimalne podrške porodici i pomoći detetu sa smetnjama u razvoju [14]. Čini se da ICF najbolje definiše ulogu i povezanost između sistema, a sve u cilju pružanja sveobuhvatne pomoći deci i mladima sa smetnjama u funkcionisanju.

Domeni podsticajne nege potrebni da bi dete ostvarilo svoj pun razvoj

Praćenje razvoja deteta više je od pukog praćenja napretka u visini i težini; posmatranje kako se deca igraju, uče, govore, ponašaju podjednako je važno koliko i praćenje njihovog telesnog razvoja. Razvoj deteta po rođenju nastavlja se u novom okruženju koje određuje kvalitet i tok samog razvoja. Deca tokom ranog razvoja imaju veću osetljivost na uticaje iz okruženja u odnosu na kasnije razvojne periode. Ovaj razvojni period zahteva povećanu pažnju stručnjaka za rano prepoznavanje razvojnih rizika i razvojnih problema, kao i intenzivniju podršku roditeljima. Zbog toga je neophodno čvršće povezivanje sektora koji se bave decom/porodicom radi usklađivanja zajedničkih aktivnosti. Ovo je posebno važno za decu osetljivih populacionih grupa (siromašni, Romi, migranti) koja zahtevaju dodatnu pažnju i angažovanje lokalne zajednice i društva.

Prvih nekoliko godina života ima presudan uticaj na kasniji uspeh deteta u životu – od dobrog zdravlja i školskih dostignuća do nivoa samopouzdanja, naročito emocionalne stabilnosti, osećanja poverenja i razvoja socijalnih veština. Ovaj kritičan period razvoja pruža velike mogućnosti za razvoj svakog deteta, ali je i period kada ove mogućnosti mogu biti propuštene. Istraživanja tokom protekle decenije potvrđuju da su prve godine života deteta kritičan period za razvoj mozga [15].

Razvoj dece je proces sazrevanja koji dovodi do pravilnog napredovanja u perceptivnim, motornim, kognitivnim, jezičkim, socio-emocionalnim veštinama i veštinama samoregulacije. Na taj način su definisani razvojni domen. Domen je skup srodnih fizioloških funkcija, anatomskih struktura, akcija, zadataka ili oblasti života. Primeri domena zdravlja uključuju vid, sluh, pokretljivost, učenje i pamćenje, dok primeri zdravstveno-zavisnih domena uključuju prevoz,

obrazovanje i društvene interakcije. U odnosu na ove domene izdvojene su sledeće komponente ICF-CY koje najbolje definišu funkcionalnu sposobnost kod dece [13]:

- 1) socio-emcionalne funkcije i aktivnost – formiranje i održavanje relacija sa drugima, empatija, kooperativnost, sposobnost da se sačeka red, fair play; samopoverenje, samouverenost, emocionalna kontrola;
- 2) kognitivni razvoj – sposobnost učenja, mišljenja, razumevanja, rešavanja problema;
- 3) funkcije i aktivnosti komunikacije – sposobnost izražavanja jezika i izražavanja putem jezika, verbalna komunikacija sa drugima;
- 4) funkcije i aktivnosti pokreta – razvoj grube i fine motorike, pokretljivost, ravnoteža, razvoj velikih mišićnih grupa (za trčanje, skakanje, penjanje) i malih (prsti za pincetni hvat i finu manipulaciju predmetima);
- 5) funkcije i aktivnosti svakodnevnog života – sposobnost adaptacije na okruženje i prihvatanje rutina, sposobnost oblačenja, hranjenja, održavanja higijene, toaletni trening, dr.;
- 6) funkcije čula – čulo vida, sluha i osećaj bola.

Podsticajna nega podrazumeva upravo saradnju između sistema i značaj zajedničkog, po mogućnosti, sinergističkog dejstva u pomoći deci i porodicama. Sticanje veština tokom celog života zasniva se na osnovnim kapacitetima uspostavljenim u ranom detinjstvu. Na sticanje kompetencija i veština utiče više faktora, među kojima su zdravlje, ishrana, sigurnost i bezbednost, staranje koje odgovara na potrebe dece i učenje u ranom detinjstvu. Svaki od njih je neophodan za podsticajnu negu. Podsticajna nega umanjuje štetne efekte nepovoljnih okolnosti na strukturu i funkciju mozga, što dalje poboljšava zdravlje, rast i razvoj dece [16].

U zemljama u razvoju i dalje je najraniji period razvoja deteta „pasivan“ po pitanju strategija i nacionalnih politika vezanih za unapređenje razvoja: deca se hrane i neguju bez mnogo komunikacije i igre, a nedostatak stimulacije je vrlo često razlog kašnjenja u razvoju. Deca tokom ranog razvoja imaju veću osetljivost na uticaje iz okruženja u odnosu na kasnije razvojne periode. Prvih nekoliko godina života od presudnog su uticaja na kasniji uspeh deteta u životu; ovaj kritičan period pruža velike mogućnosti za razvoj svakog deteta, ali je i period kada ove mogućnosti mogu biti propuštene [17].

Dvesta miliona dece mlađe od pet godina ne ostvaruje svoj razvojni potencijal usled razolikih nedaća – nedostatak adekvatne ishrane, loše zdravlje i okruženje koje pruža slabu stimulaciju, negu, razumevanje i sigurnost. Istraživanja pokazuju da ulaganja u rane intervencije, čija blagovremenost iskorišćava prednost ključne faze u razvoju mozga, može unaprediti živote mnoge ugrožene dece i dece bez adekvatnih uslova razvoj, kao i njihovih društava, čime se prekida krug siromaštva, nasilja i očaja [18].

Rana stimulacija i interakcija sa roditeljima i negovateljima predstavlja okidač za početak razvojnog puta mozga – i za učenje tokom čitavog života.

Detaljna istraživanja stimulacije kod male dece i tokom detinjstva pokazuju da nega, stimulisanje interakcije između male dece i njihovih roditelja i negovatelja, pozitivno i stalno jača sposobnost učenja, i može izmeniti funkciju mozga doživotno. Ono što je naučeno u ranom detinjstvu traje celog života, i donosi velike koristi. Osnova moždane mreže i puteva uspostavlja se do šeste godine života. Detaljna ekonomska analiza nobelovca ekonomiste Džejmsa Hekmana izrodila je „Hekmanovu krivu”, grafikon koji pokazuje da najviši doprinos od investiranja u obrazovanje i obuku donosi učenje pre polaska u školu, od rođenja do treće godine života [19].

Programi ranog učenja

Uključivanje dece u predškolsko obrazovanje direktno utiče na poboljšanje kognitivnih potencijala dece. Kvalitet programa ranog učenja je direktni prediktor ishoda programa: veći broj različitih materijala za igru, interaktivno ili čitanje kroz dijalog kao i organizacija rada sa decom u predškolskim ustanovama. Deca su rođena da uče; tako na primer zajedničko čitanje sa decom stvara okruženje u kojem deca imaju priliku da se susretnu sa mnogo više raznolikih i neobičnih reči [20]. Slikovnice za decu starosti do 5 godina sadrže preko 1.5 puta više različitih reči u odnosu na svakodnevni govor koji odrasli upućuju deci [20].

Slušanjem i oponašanjem odraslih dete uči da govori, razvija i usavršava govor, usvaja jezik i unapređuje ga kroz neprestanu interakciju sa sredinom. Usvajajući nove reči, izraze i rečenične konstrukcije, dete unapređuje sporazumevanje sa okolinom i razvija odnose sa drugima. Govor i jezik postaju oslonac i sredstva daljeg sveukupnog psihičkog razvoja deteta. Uz učenje na ranom uzrastu razvijaju se detetove sazajne sposobnosti, logičko i kritičko mišljenje. Obogaćuje se unutrašnji svet deteta, podstiče imaginaciju i razvoj stvaralačkog, kreativnog mišljenja. Dete uči kako jasnije da izrazi sebe, svoja osećanja, doživljaje, potrebe i želje. Uči kako da izrazi svoje stavove i mišljenja, ali i da prihvata i razume i gledišta drugih, što vodi razvoju tolerancije. Stiče veštine rešavanja sukoba na prihvatljive načine, bolja školska postignuća.

Društvo za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije (DEAPS), u saradnji sa Organizacijom Autism Speaks (www.autismspeaks.org), sprovedo je istraživanje u cilju boljeg razumevanja potreba roditelja dece sa autizmom kao i sagledavanja izazova i poteškoća sa kojima se ova deca i njihove porodice susreću tokom ostvarivanja pomoći. Anketiran je 281 roditelj i utvrđeno je da roditelji smatraju da su im veliki izazovi obezbeđivanje adekvatnog obrazovanja za njihovo dete (60%), kao i obezbeđivanje adekvatne socijalne pomoći (49.5%) [21]. Po mišljenju ispitanika, unapređenje obrazovanja (48.4%), unapređenje zdravstvene zaštite (41.8%) i unapređenje uslova službe socijalne pomoći (40.7%), najveći su prioriteti za sve porodice u Srbiji s autizmom [22]. Svega 12% dece ima dodatnu obrazovnu podršku kroz usluge kao što su pedagoški asistent, lični pratilac ili asistent van škole što je nedovoljno u odnosu na

potrebe ove dece i porodica, zbog čega je neophodno unaprediti ovu vrstu podrške [21]. Inkluzivni pristup zahteva obezbeđivanje uslova da sva deca mogu da ostvare svoja prava. Nažalost, ovaj pristup još uvek nije u dovoljnoj meri prisutan u svesti i praksi onih koji se bave decom.

Obrazovanje od medicinskog ka socijalnom modelu

Najstariji i najviše zastareo jeste „humanitarni ili milosrdni model“ prema kojem se pojedinac percipira kao ugrožen i jadan, i koji spasenje/pomoć može pronaći samo kroz tuđu milost, ljubav i brigu.

Medicinski model konceptualizuje smetnje, bolest kao stanje pojedinca koje treba tretirati i lečiti uz pomoć zdravstvenih radnika. Medicinski model i nalaženje „problema“ u samom detetu mogu da dovedu do segregacije ili pokušaja da se „normalizuju“ deca sa smetnjama u razvoju (integrisano obrazovanje).

Socijalni model se pojavio u najnovije vreme kao rezultat povećanog razumevanja prepreka s kojima se suočavaju osobe s problemima; tako npr. smetnje u razvoju posmatraju se kao rezultat interakcija između pojedinca sa specifičnim fizičkim, intelektualnim, čulnim ili mentalnim zdravstvenim problemima i društvenog, odnosno kulturnog okruženja u kojem živi. Teškoće se shvataju kao društveno-politički konstrukt u kojem prepreke u vidu stavova i okruženja, kao i institucionalne prepreke, inače duboko usađene u društvo, sistematski isključuju i diskriminišu osobe sa smetnjama.

Promena paradigme, odnosno prelazak na socijalni model odnosa prema osobama sa smetnjama pokazao je tokom proteklih decenija jednu bitnu činjenicu, a to je da inkluzivan obrazovni sistem bez prepreka, od predškolskog do visokog obrazovanja, dovodi do smanjenja većine prepreka koje decu sa smetnjama sprečavaju da pristupe i da dobiju kvalitetno obrazovanje, kao i da u takvom obrazovanju ravnopravno učestvuju sa svojim vršnjacima koji nemaju smetnje [23,24].

S tim u vezi poštuju se osnovni postulati inkulzije, odnosno Salamanka postulati, doneti na Konferenciji u Salamanki 1994. godine, a koji glase: sva deca imaju pravo na obrazovanje i vaspitanje; obrazovanje treba omogućiti što je moguće više u redovnim predškolskim ustanovama, osnovnim i srednjim školama; nastavnici i škole treba da prilagode način rada tako da izlaze u susret potrebama dece; i nekoj deci, zbog invaliditeta ili smetnji u razvoju, potrebna je dodatna pomoć [25]. U tom smislu zdravstveni radnici zapravo pomažu poštovanju ovih principa jer olakšavaju razumevanje prirode teškoća, mogućnosti i kapaciteta deteta od strane osoba zaposlenih u obrazovanju.

Inkluzivno obrazovanje definisano je kao proces u kojem se uzima u obzir i odgovara na različitost potreba svih učenika putem povećanja učešća u učenju, kulturama i zajednicama i smanjenja isključenosti iz vršnjačke grupe i u okviru sistema obrazovanja. Inkluzivno obrazovanje podrazumeva izmene i modifikacije sadržaja, pristupa, struktura i strategija, sa zajedničkom vizijom

koja obuhvata svu decu odgovarajućeg uzrasta i uverenjem da država ima odgovornost da obrazuje svu decu.

Na putu inkluzivnog obrazovanja stoje stereotipi, predrasude, diskriminacija, jer „ljude ne ometaju događaji već viđenja tih događaja i stavovi koje o njima imaju” (Epiktet, 50-130 n.e.). Inkluzivno obrazovanje je obavezno u Srbiji od 2009. godine [26], međutim čini se da koncept još uvek nije zaživeo ni među roditeljima, niti među stručnjacima. Kada stereotipi i predrasude utiču na ponašanje, znači da se osoba ponaša diskriminišuće, a ljudi se ponašaju u skladu sa ulogom, naročito ako o tome postoje snažni stereotipi. Etiketiranje ili kategorizacija dece, npr. „deca oštećenog vida“, može smanjiti očekivanja nastavnika prema ovoj deci. Prezaštićenost koju im nastavnici pružaju može dovesti do izostanka izazova i stimulacije. Na primer, kako bi izbegli da deca sa smetnjama u intelektualnom razvoju osele određeni pritisak, nastavnici ih mogu zamoliti da nacrtaju nešto dok druga deca rade pisane vežbe; to može biti dosadno i deca se mogu osećati stigmatizovanom zbog toga, što na kraju može dovesti do toga da dete postigne veoma mali napredak u obrazovanju.

Razvrstavanje dece po vrsti ili stepenu smetnje podstiče ideju da takve grupe dece treba podučavati na isti, „specijalan“ način i da takvo podučavanje treba da obavlja drugačije vrste nastavnika ili čak i u drugačijim okruženjima. Uobičajena je praksa, na primer, da se deci sa smetnjama u razvoju daju dodatni ili specijalni zadaci kako bi sustigli ostatak odeljenja. Ta deca se obično odvajaju od odeljenja kako bi radila taj specijalni zadatak dok su druga deca na odmoru ili na času likovne kulture ili fizičkog vaspitanja. Time ne samo da se izoluju deca sa smetnjama u razvoju, već ona propuštaju i aktivnosti koje su važne za razvoj njihovih društvenih veština ili drugih veština značajnih za njihov razvoj u celini. Na ovaj način deca se pre svega stigmatizuju.

Zatim, prisustvo odrasle osobe koja pruža podršku određenom detetu unutar odeljenja može sprečavati interakciju između deteta i ostatka odeljenja, osim ako se ta dodatna odrasla osoba ne posmatra kao neko ko treba da obezbedi povećanu fleksibilnost nastave za svu decu. Zbog usmerenosti na pojedinačne karakteristike (kao što su koeficijent inteligencije, sposobnost sluha, itd), nastavnici mogu pomisliti da nije moguće prevazići detetove teškoće u učenju ili da njima treba da se bave stručnjaci. Većina dece se ne uklapa u potpunosti u zadate kategorije i različiti stručnjaci mogu dati suprotne savete za isto dete.

Kategorizacijom dece može se steći utisak da su za decu sa smetnjama potrebni dodatni resursi čime se smanjuje samopouzdanje nastavnika u redovnoj nastavi koji mogu pomisliti da decu sa smetnjama u razvoju mogu podučavati samo ukoliko imaju te dodatne resurse. Zbog usmerenosti na pojedince, šira školska zajednica, organizacija škole i nastavni plan i program ne dovode se u pitanje pa se mogu propustiti prilike da se škola unapredi za svu decu.

Mentalni poremećaji kod dece i mladih mogu se posmatrati kao dinamička interakcija između zdravstvenog stanja osobe, faktora okruženja i ličnih faktora (model nije linearan, nego je interaktivan). U ICF ljudsko funkcionisanje

je organizovano na osnovu multidimenzionalne klasifikacije, pri čemu se koristi situacioni pristup odgovaranjem na pitanje: koja je trenutna životna situacija deteta? Procena za sposobnost sprovođenja obrazovnog procesa predviđa buduće životne situacije i usredsređuje se na informacije koje su važne za omogućavanje učenja i razvoja ka tom cilju. Problem koji treba rešavati nije ispravljanje oštećenja, već pružanje podrške deci da u potpunosti razviju svoj potencijal i uče. Međutim, iako je učešće glavni fokus procene za obrazovanje, ipak je važno razumeti uticaj problema mentalnog zdravlja na sposobnost učenja.

Klasifikacija ICF poziva nastavnike da dekonstruišu koncepte poput „ADHD-a“ i „poremećaja u ponašanju“ i da ih stave u kontekst situacija koje su ih donekle i stvorile. Time se dobija jasan uvid u faktore okruženja koji doprinose ograničenjima učešća, i samim tim u strategije za stvaranje podsticajnih okruženja. Prednost ICF je mogućnost predstavljanja informacija koje se odnose na funkcionisanje i smetnje u razvoju, što omogućuje jednako istraživanje problema i potencijala. Problemi su tradicionalno sintetisani u etiketu primenom diferencijalnih dijagnostičkih kriterijuma. Drugim rečima, izabrane su neke funkcionalne osobine deteta i povezane sa problemom. Potencijali se mogu razumeti kao buduće kompetencije ili sposobnosti.

Spremnost za školu

Od školske godine 2006/2007, sva deca u Srbiji su u obavezi da pohađaju obavezni pripremni predškolski program (PPP) u trajanju od jedne školske godine. Ukupno, 98 procenata dece koja trenutno pohađaju prvi razred osnovne škole pohađalo je predškolsko obrazovanje prethodne godine (27). Od ukupnog broja dece u Srbiji koja su u uzrastu za polazak u osnovnu školu (6 godina), prvi razred osnovne škole pohađa 97% (prvi razred na vreme upiše 100% dečaka i 94% devojčica). Pravovremeni upis ili neto stopa upisa je 91% kod dece koja žive u najsiriomašnjim domaćinstvima [27].

Kao najčešći razlozi za odlaganje polaska u školu spominju se postojanje ozbiljne jezičke barijere (dete dolazi u sredinu gde ne zna jezik), ugrađen kohlearni apart pred sam upis u školu, kao i planiranje ozbiljne hirurške intervencije u godini kada bi dete trebalo da krene u školu. Postoje, međutim, i drugi razlozi, obično zasnovani na stereotipima i predrasudama, a odnose se na decu koja su rođena pre vremena kada im generacija kreće u školu, odnosno na mišljenje školskog psihologa i drugih stručnjaka da treba odložiti upis na godinu dana, posebno ako se to mišljenje odnosi na decu koja su pohađala razvojne grupne u vrtiću (najčešće deca sa smetnjama u razvoju), odnosno decu koja iz nekog razloga nisu pohađala pripremni predškolski program. Ipak, čini se da je najveći problem onda kada pri upisu roditelj insistira da se odloži škola – da bi se detetu dala „još jedna godina da se igra; da se bolje razvije; da sazri i sl“, jer čini se da većina roditelja i dalje školu ne doživljava kao podsticaj razvoju deteta već kao teret na njegovim plećima.

Najčešće se susrećemo u svakodnevnoj praksi sa uverenjima o tzv. dobitima odlaganja polaska u školu – roditelji, ali i neki školski

psiholozi/nastavnici/drugi stručnjaci misle da godina dana odlaganja daje dodatno vreme za sazrevanja deteta te da škola ima vremena da planira kako s detetom i sl. Poznato je, međutim, da nema svrhe odlagati polazak u školu jer je za dete sa teškoćama korisno da se školuje sa svojim vršnjacima; deca najbolje uče i razvijaju socijalne i akademske veštine u vršnjačkom okruženju. Time se poboljšavaju komunikacione veštine, samoprocena broja prijatelja, objektivno merena frekvencija i kvalitet komunikacije je bolji, kvalitet slobodnog vremena se unapređuje, samovrednovanje deteta se povećava. Sa polaskom deteta u školu, individualni rad zdravstvenih i drugih stručnjaka sa detetom ne prestaje, može i da se intenzivira, a ne kao što mnogi roditelji misle, da se polaskom u školu gubi dragoceno vreme za terapiju. Dete u školi osim akademskog znanja stiče i životne veštine, a prihvatanje različitosti pomaže i drugoj deci.

Koncept „zrelosti“ se posmatra kao zastareo, jer se u novom pristupu škola prilagođava na način da uključi svu decu uz dopuštanje da se svako razvija prema svojim mogućnostima uz stalnu stimulaciju. Sva deca imaju koristi, a posebno deca sa neuobičajenim obrascima učenja, zato što svako dete radi na individualnim ciljevima dok je sve vreme u grupi sa drugim učenicima istog uzrasta. Škola koja uključuje sve učenike razvija inkluzivniji školski etos u kojem odrasli uče jedni od drugih, a uče i od svojih učenika. Ako je školsko osoblje svesnije mogućnosti sve dece, veća je verovatnoća da će obezbediti da se nastava i učenje zasnivaju na visokim očekivanjima, stvarajući krug uspeha koji se sam osnažuje.

Zaključak

Samo kolaborativnim radom možemo pomoći da se deca sa problemima mentalnog zdravlja najbolje zbrinu i integrišu u sistem obrazovanja. U tom smislu, kao stručnjaci treba da poznajemo prednosti, ali i mane drugih sistema; da prednosti koristimo, a mane prevazilazimo tako što ćemo pre svega poznavati mogućnosti, ali i ograničenja drugih sistema, kao i da dete (a ne druge teme) bude u fokusu našeg rada. Posle kućne sredine, obrazovna sredina je ta u kojoj dete provodi najviše vremena i kao takva od presudnog je značaja za detetov razvoj, posebno kod dece kod koje postoje problemi mentalnog zdravlja. Strah i diskriminacija koju kao stručnjaci često (ne)namerno sprovodimo jedino se mogu prevazići spremnošću da ih pre svega demistifikujemo, sa istim se suočimo i da ih uz dodatnu edukaciju i spremnost za promenu – ispravimo.

THE ROLE OF CHILD PSYCHIATRIST WITHIN THE EDUCATION SYSTEM – CAN THE COLLABORATION BE IMPROVED?

Milica Pejovic Milovancevic^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: Stronger collaboration of the health system with other sectors, especially social and educational, is essential for the harmonization of joint activities in order to promote the development of children. The health system continues to focus more on disease / disorder, and less on personality, although it is basically the concept of person-oriented psychiatry as a modern approach to understanding the emergence and treatment of mental health problems. The bio-psycho-social approach helps to avoid problems that need to be solved in order to facilitate the child's educational process. On the other hand, educational concepts should be generally focused on the child, not on situations, as well as on the processes of acquiring knowledge, rather than on the dynamics of interactions between teachers, professors, educational assistants from one and the student on the other. Both the health and education systems require interconnection, as well as the promotion of cooperation with the aim of more comprehensively perceiving the child and his development needs.

Key words: *child development, functionality, education, health*

Literatura

1. WHO. Disability and Health. Geneva, World Health Organization. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> [pristupljeno 25.08.2018].
2. UNICEF. Konceptualizovanje inkluzivnog obrazovanja i njegovo kontekstualizovanje u okviru Misije UNICEF. Dečiji fond Ujedinjenih Nacija, 2014.
3. Bitsko RH, Holbrook JR, Robinson LR, et al. Health Care, Family, and Community Factors Associated with Mental, Behavioral, and Developmental Disorders in Early Childhood – United States, 2011-2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Reo* 2016; 65:221-6.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Mental health surveillance among children – United States, 2005-2011. *MMWR* 2013;62(Suppl; May 16, 2013):1-35
5. WHO, World Bank. (2011) World Report on Disability. Geneva, World Health Organization. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf [pristupljeno 20.08.2018].
6. UNICEF. Nastavnici, inkluzivna nastava i pedagogija usmerena na dete. Dečiji fond Ujedinjenih Nacija, 2014.
7. UNICEF. Definicija i klasifikacija smetnji u razvoju. Dečiji fond Ujedinjenih Nacija, 2014.
8. Handicap International. Equal right, equal opportunity. Inclusive education for children with disability. Global campaign for education. https://www.bildungskampagne.org/sites/default/files/download/Equal%20Right%20Equal%20Opportunity_WEB_2.pdf [pristupljeno 25.08.2018].
9. UNICEF. The Right of Children with Disabilities to Education: A Rights-Based Approach to Inclusive Education. Geneva: UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS), 2012.
10. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood coming of age. Science through the life-course. *Lancet* 2016;36(16):31389-7
11. Britto PR, Lye S, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2016; 6736(16):31390-3
12. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO, Geneva, 2001
13. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health Children & Youth, Version, WHO, Geneva, 2007
14. Registar dece s smetnjama u razvoju; stručno metodološko uputstvo za primenu registra. Urd. S. Plavšić I A. Jović. U štampi Institut za javno zdravlje Beograd
15. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale for early childhood development. *Lancet* 2016; 6736(16):31698-1
16. Filmer D. Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys. *World Bank Economic Review*, 2008;22(1):141-63
17. Daelmans B, Darmstadt G, Lombardi J, et al. Early childhood development: the foundation of sustainable development. *Lancet* 2016; 6736(16):31659-2

18. UNESCO. Guidelines for Inclusion: ensuring access to education for all, Paris 2005 http://www.ibe.unesco.org/sites/default/files/Guidelines_for_Inclusion_UNESCO_2006.pdf [pristupljeno 23.08.2018].
19. Heckman the economics of human potential. Invest in Early childhood development: reduce deficits, strengthen the economy. <https://heckmanequation.org/resource/invest-in-early-childhood-development-reduce-deficits-strengthen-the-economy/> [pristupljeno 25.08.2018].
20. Montag JL, Jones MN, Smith LB. The Words Children Hear: Picture Books and the Statistics for Language Learning. Psychol Sci 2015;26(9):1489-96.
21. Krsmanović S, Grujić R, Herrea A, Rudić N, Jerećim M, Pejović Milovančević M. Prve tegobe i podrška/pomoć porodicama dece s poremećajima iz spektra autizma. Psihijatra danas, u štampi
22. Pejovic-Milovancevic M, Stankovic M, Mitkovic-Voncina M, Rudic N, Grujicic R, Herrera A, Stojanovic A, Nedovic B, Shih A, Mandic-Maravic V, Daniels A. Perceptions on support, challenges and needs among parents of children with autism: the serbian experience. Psychiatria Danubina, in press
23. Education, European Agency for Development in Special Needs. "Profile of Inclusive Teachers." Odense: European Agency for Development in Special Needs Education, 2012.
24. UNICEF. "Child Friendly Schools Manual." New York: UNICEF, 2009. "The right of children with disabilities to education: A rights-based approach to inclusive education. Position paper". Geneva, 2012.
25. UNESCO (1994) The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF [pristupljeno 25.08.2018].
26. Vlaović Vasiljević D, Miloradović S, Pejović-Milovančević M. Vodič za rad interresornih komisija za procenu potrebe za pružanjem dodatne obrazovne, zdravstvene ili socijalne podrške detetu i učeniku. Centra za socijalnu politiku, Beograd 2016.
27. Republički zavod za statistiku i UNICEF, 2014. Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece u Srbiji 2014, i Istraživanje višestrukih pokazatelja položaja žena i dece u romskim naseljima u Srbiji 2014, Glavni nalazi. Beograd, Srbija: Republički zavod za statistiku i UNICEF, 2014.

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

Doc. dr Milica PEJOVIC MILOVANCEVIC, Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

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