ПРЕВЕНЦИЈА ЖИВОТНИХ КРИЗА ОМЛАДИНЕ

Весна Томић¹

PROMOTION OF MENTAL HEALTH AMONG YOUTH

Vesna Tomić

Сажетак

Имајући у виду бројне проблеме из непосредног социјалног окружења, пажња аутора је фокусирана на могућности психолошке превенције менталног здравља младих.

У том контексту предложен је развој сета персонaлних диспозиција које могу да допринесу савладавању кризних ситуација у свакодневном животу, а – све то кроз програмски рад референтних институција из здравственог и образовног система.

Кључне речи: *унапређивање, ментално здравље, психолошка превенција.*

Summary

In the context of numerous problems from social environment, the aim of this paper is to analyze the possibilities of psychological prevention of mental health of youth.

We suggest a development of set personal dispositions which contribute overcoming of crisis situations in everyday life – all through the curriculums realized from institutions in the fields of education and health system.

Key words: *mental health, psychological prevention, promotion.*

¹ Др сц. мед. Весна В. Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.

УВОД

Означивши животне кризе прекретницом између здравља и болести, Ц. Каплан је омогућио снажан развој примарне превенције у домену душевног здравља. Томе у прилог ишла је и теза да је превенција животних криза основа унапређења менталног здравља популације. Пре пола века, када је ова теза постављена, изгледало је да је нађен погодан концептуални оквир за рад на заштити и унапређивању душевног здравља и да дилеме, тешкоће и контрадикторна мишљења струке припадају прошлости. Овакво стање није дуго потрајало, па су стара питања оживела, а некада бивши проблеми су се реактивирали у теорији и пракси.

ПРОБЛЕМИ И ДИЛЕМЕ

Програмско деловање у области душевног здравља оптерећују следеће групе проблема: теоријски, методолошки и етички.

Када говоримо о теоријским тешкоћама, познато је да се примарна превенција дефинише као „скуп мера усмерених на заштиту и унапређење душевног здравља“. Оваква дефиниција имплицитно подразумева два циља: спречавање настанка душевних болести и омогућавање људима да живе на здравији начин. Проблем настаје због тога што овакво одређење њених циљева подразумева да поседујемо објективне параметре који указују на границу између душевног здравља и болести; да су нам познати сви етиолошки фактори који доводе до поремећаја и болести; и да са извесношћу можемо да одредимо правац у коме ћемо деловати како бисмо унапредили здравља. Суштина проблема је у томе што ми ништа од наведеног не можемо да тврдимо са сигурношћу.

Границу између нормалног и патолошког у области душевног здравља увек одређују култура, обичаји и имплицитни вредносни суд процењивача. Тако се говори о субјективном, статистичком, културалном, ме-

дицинском, психодинамском моделу, као и моделу учења и стрес моделу душевног здравља и болести.

Унапређивање душевног здравља, као циљ примарне превенције, крајње је нејасно. Шта значи омогућавати човеку који је душевно здрав да буде још здравији? Обично се у пракси на основу једног недовољно јасног концепта (душевно здравље) гради један још нејаснији концепт (унапређивање душевног здравља). Ове проблеме делимично су разрешили социјални психијатри који су напустили кабинете здравствених инсититуција и ушли у заједницу (породицу, школу, радну организацију) и ту су развијали своју превентивну делатност.

Проблеми методолошке природе односе се на технике које се користе у превентивном раду и на проблеме процене успешности (ефикасности) превентивних програма. Програми превентивног деловања реализовани су у непосредном контакту са појединцима или групама. Најчешће коришћене методе су: интервенција у кризи, саветовање и едукација у области душевног здравља.

Проблем процене успешности примарно превентивне праксе и евалуације програма до данас је неразрешен проблем. Често коришћени епидемиолошки подаци не дају задовољавајуће резултате.

Етичке тешкоће односе се на професионални идентитет стручњака који се баве превенцијом, јер се они селе из кабинетског рада у рад у заједници, тако да неки проблеми могу да се односе на проналажење мере између професионализма и ентузијазма, као и између високе стручности и разумљивости у јавном деловању. Одговори на ова питања нису ни данас сасвим јасни.

Због свега наведеног, пракса примарне превенције често нас подсећа на врућ кромпир који друштво додацује стручњацима, они породици, породица школи, школа заједници и тако у круг.

Трагање за могућим излазима из зачараног круга треба започети преиспитивањем

циљева примарне превенције. Да ли је могуће када говоримо о превенцији душевног здравља, направити списак савета типа „ако онда“. Душевно здравље је сложен феномен који граде индивидуална биолошка структура појединца, његова животна искуства, социјалне околности, неопосредовано окружење. Да ли је могуће утицати на све те чиниоце и контролисати их?

Први медицински интониран циљ примарне превенције могуће је реализовати у раду са ризичним групама. Међутим, овај модел је непримерен у раду са особама које нису под ризиком и у том случају треба остваривати развојни модел превентивног рада који нуди модел психолошке примарне превенције.

ПСИХОЛОШКА ПРИМАРНА ПРЕВЕНЦИЈА

У области примарне превенције доминирају два приступа: когнитивистички и хуманистички.

У когнитивистичком приступу примарној превенцији централно место има концепт стреса и примарно превентивна пракса усмерена је на вештине овладавања стресом (унутрашње моделовање, тренинг овладавања стресом, тренинг овладавања анксиозношћу, инокулација стреса, асертивни тренинг).

Пракса примарне превенције вођена хуманистичким приступом фокусирана је на животне кризе и усмерена на развијање индивидуалних способности да се оне превазиђу са што мање ризика и са што више шанси за даљи развој. Ова врста превентивне праксе назива се и „учење за живот“. Иако по много чему различити, ови приступи се често у пракси преплићу и прожимају. „Учење за живот“ одвија се у складу са вештинама овладавања стресом, а учење успешним механизмима превладавања тече паралелно са променом односа према себи.

Аутори Хопсон (Hopson B.) и Скали (Scally M.) понудили су модел који најбоље илуструје прожимање ових приступа. Њихову превентивну стратегију карактеришу два става:

- животне вештине је могуће научити;
- учење и оспособљавање за животне вештине је процес којим особа постаје способна да прихвати одговорност за себе и свој живот.

Основне вештине потребне за живот они деле у четири групе: вештине потребне за опстанак и развој, вештине потребне за комуницирање са другим особама, вештине потребне у заједници и вештине потребне у специфичним ситуацијама.

Учење животним вештинама је превентивни програм унапређивања душевног здравља намењен младима – деци у основним и средњим школама, где га је могуће и реализовати. Технике рада на програму су прилагођене узрасту корисника: драмске радионице, дискусионе групе, метод демонстрације, метод решавања проблема, анализа ситуације.

Наведене вештине по групама су:

ЈА И ТИ

Вештине потребне за добре односе са тобом:

- како успешно комуницирати;
- како успостављати, чувати и прекидати међуљудске односе;
- како се супротставити социјалном притиску вршњака;
- како пружати и тражити помоћ;
- како давати, примати и контролисати емоције у социјалним интеракцијама;
- како развијати толеранцију на фрустрације.

ЈА И ДРУГИ

Вештине потребне за добре односе са другима:

- како подржавати друге;

- како слушати друге и развијати стрпљење у односу са њима;
- како утицати на друге;
- како оцењивати и процењивати туђе поступке;
- како друге чинити јачим, снажнијим – пружање социјалне подршке;
- како развијати хуманост, људскост, добронамерност, разумевање других.

ЈА

Вештине потребне да растем и да се мењам:

- како читати и писати;
- како налазити информације;
- како конструктивно размишљати о проблемима и постепено их решавати;
- како доносити одлуке у животу;
- како препознати креативни потенцијал у себи и развијати га;
- како организовати време;
- како урадити што више у садашњости;
- како открити своја интересовања;
- како открити своја уверења и вредности;
- како поставити циљеве и остварити их;
- како „укоренити“ свој живот;
- како имати позитивна осећања према себи;
- како улагати у своју будућност;
- како мењати негативне емоције;
- како сачувати физичко и ментално здравље;
- како развијати своју сексуалност и хумане односе међу половима;
- како развијати здраве стилове живота.

ЈА И СПЕЦИФИЧНЕ СИТУАЦИЈЕ

Вештине потребне за образовање:

- како открити задовољство у континуираном учењу;
- како учити;
- како користити оно што сте научили.

Вештине потребне у кући:

- како изабрати животни стил;

- како сачувати добру психолошку климу у породици;
- како живети са радошћу са укућанима.

Вештине потребне за доколицу:

- како изабрати између различитих алтернатива и хобија;
- како уживати у свом слободном времену;
- како повећати способност за доколицу.

Вештине потребне у заједници:

- како јачати сопствене капацитете;
- како искористити могућности које пружа заједница.

Наведене садржаје могуће је структурирати према узрастима омладине тако што ће за децу основношколског узраста бити примењивани садржаји из делова: ја и ти, ја, и ја и други. За средњошколске узрасте треба укључити развој свих вештина и садржаја са преложеног списка и прилагодити их социјалном амбијенту.

ОСНОВЕ ПРОГРАМА ПСИХОЛОШКЕ ПРИМАРНЕ ПРЕВЕНЦИЈЕ

Психолошка примарна превенција је скуп различитих превентивних акција, повезаних заједничком теоријском платформом и заједничком делатном стратегијом, па као таква представља основу унапређивања душевног здравља.

Теоријску платформу психолошке примарне превенције (ППП) чини најшире схваћена хуманистичка одређења душевног здравља. Пут ка здрављу за омладински део популације посматра се кроз повећање свести о себи, реалност своје животне позиције, кроз саморазвој и актуализацију сопствених потенцијала. Душевни поремећаји се схватају у терминима застоја који често имају у себи неопходни креативни набој који води здрављу. Укратко, теоријска

платформа ППП је антропоцентрична и конзистентно хуманистичка.

Заједничка делатна стратегија ППП је едукација – схваћена не само као квантификација знања већ као когнитивно-емоционално искуство које носи собом одређени степен промене. Од посебног је значаја учење о себи, промена односа према себи и могућност пружања помоћи самој себи (психолошка самопомоћ).

Превентивне акције из овог модела намењене су искључиво здравим особама чиме се жели реализовати други циљ примарне превенције: унапређење душевног здравља.

Унапређивање душевног здравља изједначено је са проширивањем индивидуалних компетенција и моћи, односно прихватањем одговорности за сопствени живот и обогаћивањем репертоара могућности да се на тешке и по душевно здравље ризичне ситуације реагује адаптационо примереније и развојно корисније. Оно се у овом моделу постиже посебном едукацијом у којој се кроз лично искуство откривају чињенице о себи и о животу.

Заговорници модела верују да је младе могуће научити да живе боље и квалитетније и да свет око себе посматрају у оквиру вредносног система у коме се предност даје промени, слободи, одговорности и нестереотипној процени животних могућности. Избор метода у току едукације прилагођен је узрасним особеностима групе. Она пролази кроз три фазе:

1. У првој фази која је посвећена планирању процеса траже се одговори на следећа питања:

- Које је едукација намењена?
- Која су основна психолошка обележја групе која се едукује?
- Шта се едукацијом жели постићи?
- Какав је вредносни статус информација које ће се презентовати?
- Како ће се едукација реализовати и које методе ће се користити?

• Како ће се програм превенције евалуирати?

2. Друга фаза припада реализацији програма.

3. У трећој фази се прикупљени подаци обрађују и процењује се ефикасност програмског деловања.

Модел ППП је још увек у настајању код нас. Време ће показати да ли је могуће акцијама припремити младе да храбрије ступе у живот и многе животне ситуације и кризе доживљавају више као изазов, а мање као претњу или губитак. За сада је извесно да овакав облик превентивног рада представља својеврстан професионални изазов за све који се баве превенцијом и унапређивањем здравља.

ПРЕВЕНЦИЈА КРИЗНИХ СТАЊА

Кризна стања подразумевају губитак психичке равнотеже услед дејства спољашњих или унутрашњих непријатних узрока. Она су временски ограничена и обично се решавају у току неколико недеља. Припреме за њихово успешно савладавање, у случају омладине, подразумевају њихово оспособљавање за:

1. Формирање животног стила који води афирмацији живота, што се постиже интернализацијом њихових вољних напора у проналажењу животног смисла. Посебан проблем може да настане када адолесцент започне кретање одабраним путем и и током тога схвати да је у заблуди. Дакле, криза не насупа само у времену одлучивања него се јавља и на изабраном путу. Тада превенција има задатак да га ослободи страха од поновног лошег избора.
2. Усвајање моралних норми као наметнутог ограничавања, јер тиме лакше избегавају непријатности на животном путу. Морално постоји у човеку, као и етичко у идеалном, и они траже да буду откривени. Било би сасвим контрапродуктивно ако би се идеално

прогласило за неостварљиво јер би то указивало на друштвену хипокризију.

3. Упутити младу особу ка реализацији својих склоности и осећању задовољства у току и исходу учења или активности. Млади тешко прихватају све оно што омета реализацију њихових склоности. У том контексту, ако заиста желимо да нашу децу спасемо кризних стања, требало би да кодификујемо нов систем вредности живљења.

4. За њихов морални развој важно је прихватити моралне обрасце средине у којој се живи, посебно тамо где су системи вредности поремећени. Друштвене конфузије су највећа препрека да се доживи преображај савести детињства у савест одрасле особе. Промењиви обрасци вредности одраслих стварају дилеме и/или унутрашње конфликте који могу битно да оштете механизме формирања идентитета. Данас је тешко да се омладина преведе без потреса у стање осећања одговорности и самопоштовања. Да би сазрео адолесцент мора да доноси одлуке које постају једино мерило за самопроцењивање.

5. Младисе данас „допингују“ количином, а не квалитетом информација. Њихови мозгови су затрпани информацијама тако да се у њима зауставља процес критичког мишљења и отклања значај вредности живљења према законима природе. Квантификација информација, не води нужно повећању знања нити гради мишљење о животу, а још мање задовољава потребу младих за истином. Мноштво информација може да блокира интелектуални развој. Адолесцента треба испунити вером у живот, а не присиљавати га да „одреди живот“.

6. Јачање отпорности на социјалне притиске из посредног и непосредног социјалног окружења важно је за формирање њиховог моралног интегритета и карактера личности. Поред тога, ово је значајно и у смислу стварања отпорности

на притиске вршњака када су у питању бројне злоупотребе од цигарета до дроге, а које могу да пруже тренутну лажну социјалну афирмацију.

7. У контексту развоја менталног здравља омладине њихову социјализацију личности треба усмеравати у правцу развоја хуманости, толеранције, уважавања различитости, пружања помоћи другима када је то потребно, асертивности, решавања конфликта, контроле агресије и анксиозности. Неговање љубави у породици и социјалном амбијенту омогућава стварање одбрамбеног зида против кризних ситуација.

8. У подстицању развоја индивидуално психолошких особености код младих треба развијати следећи сет персоналних диспозиција: поштовање особа, одговорност, самосталност у одлучивању, когнитивну радозналост, самосвест, самопоштовање, оптимистички животни стил, уважавање сопствених потреба и потреба других, унутрашњу мотивацију за учење, самоефикасност, етичке принципе – моралност и савест.

9. Развој способности за доношење одлука од посебног је значаја за ментално здравље и усвајање оних модела понашања који га унапређују. У доношењу одлука особе се обично руководе принципом субоптималног решења уместо оптималног. Разлози за то су: одређеност мишљења местом у социјалном простору, идентификација са појединим социјално референтним групама, пројектовање сопствених ставова и вредности, глобално и неиздиференцирано мишљење, когнитивна кратковидост, упрошћеност појмова. Њих је могуће превазићи развојем оних особина из претходног става – јачањем поверења у сопствене капацитете и спремност на то да се одговорно сnose последице одлуке.

10. Континуирана едукација родитеља кроз институционално и програмско

деловање у великој мери доприноси јачању менталног здравља деце. Прва међу тим обукама би била ефикасна комуникација између различитих социјалних ентитета.

ЗАКЉУЧНО РАЗМАТРАЊЕ

Још нешто за крај. Аристотел је говорећи о својој филозофији говорио о јединству три елемента: места, времена и радње. То је применљиво и данас, јер морамо водити рачуна о овом јединству када бринемо о душевном здрављу. Даље је говорио да се човек може усавршити на три начина: гледањем, читањем и учествовањем у некој радњи (активности). Управо то треба чинити, без обзира на то шта радимо и чиме се бавимо. То треба понудити и младом човеку који је тренутно у кризи и обузет бесмислом, да тражећи свакодневно свој

смисао, осмишљава и креира сваки нови дан у складу са собом, а водећи рачуна о другима, јер живимо кроз друге и са њима, и огледало смо једни другима.

ПОРУКЕ

1. Када говоримо о унапређивању менталног здравља омладине, приоритетно је младе оспособити да се развију у здраве, срчане личности које ће успешно савлађавати искушења савременог доба.
2. Научимо децу значају живота и лепоти живљења пуним плућима.
3. Живимо истином речи и снагом веровања, јер они су моћ.
4. Прихватимо парољу: ништа у животу није важније од онога што јесмо.
5. Деца се не могу купити – она више воле искрени загрљај него скупочени поклон.

ЛИТЕРАТУРА

1. Erikson EK. Identity Yant and Crisis. W.W. Northon, New York, 1964.
2. Lazarus H, Folkman S. Stress, appraisal and Coping. Springer Publishing Comp. 1984.
3. Moos R. Coping with life crises. Pinguin, New York, 1987.

4. Рајин Г., Радојевић М., Томић В. Приручник за саветовање са адолесцентима у области заштите репродуктивног здравља. USAID, 1990.
5. Влајковић Ј. Животне кризе и њихово превазилажење. Нолит, Београд, 1992.

Контакт: Др сц. мед. Весна В. Томић, социјални психолог, научни сарадник, Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд.