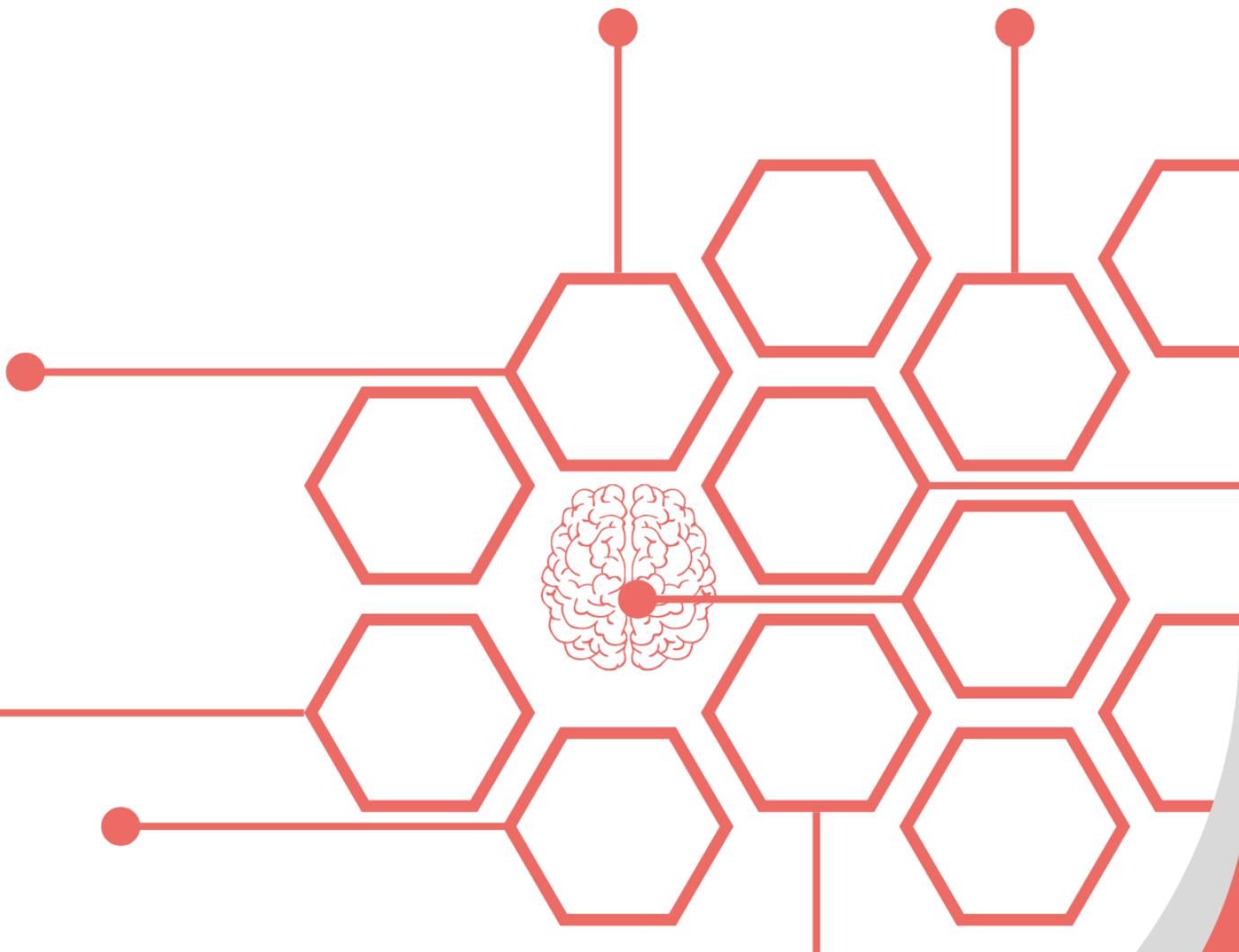


Методолошки оквир за креирање и спровођење промотивних и превентивних активности у области менталног здравља намјењених младима узраста од 14 до 18 година у Босни и Херцеговини



Документ је настао уз посвећеност и континуирани рад Радне групе из Босне и Херцеговине коју чине;

- **Андреја Суботић Поповић**, др мед. Руководилац Одсјека за трансплантацију и биомедицину, Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, ко-предсједавајућа Радне групе
- **Берина Булатовић**, Пројектна асистентка, Вијеће младих Федерације Босне и Херцеговине, ко-предсједавајућа Радне групе
- **Златан Першић**, Стручни савјетник у Сектору за јавно здравље, Федерално Министарство здравства
- **Срђан Кисић**, Виши стручни сарадник за Омладински центар, Влада Брчко дистрикта Босне и Херцеговине
- **Бениса Бибуљица**, Омладинска радница и ПР, ПРОНИ Центар за омладински развој
- **Кемал Салић**, Виши стручни сарадник за европске интеграције и међународну сарадњу-Одсјек за мобилност и младе, Министарство цивилних послова Босне и Херцеговине



Наслов

Методолошки оквир за креирање и спровођење промотивних и превентивних активности у области менталног здравља намјењених младима узраста од 14 до 18 година у Босни и Херцеговини

Издавач

Савјет за регионалну сарадњу
Трг Босне и Херцеговине 1/В, 71000 Сарајево
Босна и Херцеговина

Тел:

+387 33 561 700

електронска пошта

rcc@rcc.int
www.rcc.int

Аутори

Биљана Лакић, др мед., Елма Омерсофтић, Ирина Ризван



© RCC 2023.

Документ је припремљен у оквиру Омладинске лабораторије Западног Балкана (WBYL), пројекта који финансира Европска Унија, а имплементира Савјет за регионалну сарадњу (RCC).

Одрицање одговорности: Садржај, ставови, тумачења и услови изражени у овом документу представљају искључиву одговорност аутора и ни на који начин се не може сматрати да одражавају ставове Савјета за регионалну сарадњу, његових учесница, партнера, донатора или Европске уније.

Садржај

1. Увод.....	6
2. Млади и ментално здравље.....	7
3. Специфичности развојног периода адолесценције.....	8
3.1. Адолесценција.....	8
3.2. Развој личности адолесцената.....	8
3.3. Когнитивни развој у адолесценцији.....	10
3.4. Морални развој.....	11
3.5. Емоционални развој.....	11
3.6. Социјални развој.....	12
3.7. Интернет генерација.....	13
4. Преглед стања менталног здравља младих у узрасту од 14 до 18 година у Босни и Херцеговини.....	14
4.1. Резултати истраживања у области рада са дјецом и адолесцентима у Босни и Херцеговини.....	14
4.2. Закључци истраживања менталног здравља младих у Кантону Сарајево.....	21
4.3. Закључци дискусија у оквиру фокус групе.....	21
5. Теоријска знања о проблемима у понашању код дјеце школске доби узраста од 14 до 18 година.....	23
5.1. Поремећаји у понашању.....	23
5.2. Екстернализовани и интернализовани проблеми у понашању дјеце и адолесцената.....	24
5.3. Преваленција проблема у понашању и разлике по полу и доби.....	25
6. Теоријска знања о протективним факторима код младих.....	25
6.1. Ризични и заштитни фактори.....	26
6.2. Породични и социјални ризични и заштитни фактори.....	28
6.3. Фактори ризика за настанак тешкоћа менталног здравља школске дјеце у Босни и Херцеговини.....	30
6.3.1. Посљедице поплава 2014. године као и пандемије COVID-19.....	30
6.3.2. Трансгенерацијска траума.....	31
6.3.3. Финансијска нестабилност.....	31
6.3.4. Изложеност породичном насиљу и насиљу у заједници код младих.....	31
6.3.5. Фактори ризика везани за школско окружење.....	32
6.4. Развој резилијентности/отпорности код младих.....	33
6.4.1. Задовољење основних потреба.....	33
6.4.2. Социјална мрежа и суштинско прихватање.....	35

6.4.3. Доживљај личне дјелотворности.....	35
6.4.4. Дјелотворно суочавање са стресом.....	35
6.4.5. Самопоимање и самопоштовање.....	36
7. Теоријски концепти превенције и промоције у менталном здрављу усмјерени на популацију младих од 14 до 18 година.....	37
7.1. Теоријски принципи превенције и промоције у менталном здрављу.....	37
7.2. Значај промоције и превенције у очувању менталног здравља.....	39
8. Суицидалност и суицид код адолесцената и превенција суицида.....	41
8. 1. Кључне чињенице о суициду (СЗО, WFMH)	41
8.2. Суицидалност и суицид код адолесцената и младих	44
8.3. Превенција суицидалности код адолесцената.....	49
9. Упутства за израду програма за ову старосну групу и смјернице за примјену	54
9.1. Планирање, реализација и евалуација промотивно-превентивних програма	54
9.1.1. Ситуациона анализа-процјена потреба, идентификација кључних актера и ресурса у заједници	54
9.2. Смјернице и упутства за израду програма у европским економијама	57
9.2.1 Активности и препоруке СЗО за унапређење менталног здравља дјете, адолесцента и младих (СЗО/EURO, 2022)	57
9.2.2. Примјери превентивних политика и програма у европским економијама:.....	60
9.3. Програми у различитим окружењима	61
9.3.1. Превенција у породичном окружењу	62
9.3.2. Превенција у школском окружењу.....	64
10. Преглед постојећих превентивних програма са фокусом на ову старосну групу у Босни и Херцеговини, искуства у реализацији и научене лекције	70
11. Завршна размишљања/закључци:.....	88
12. Прилози: Примјери добре праксе	89
1. Програм секундарне превенције у Кантону Сарајево	89
2. Примјер програма превенције малољетничке делинквенције за средњу школу	90
Литература:	96

1. Увод

Данас у свијету има 1,3 милијарде адолесцената, више него икад прије, што чини 16 посто свјетске популације. Према подацима УНИЦЕФ-а из 2018. године, готово 90 посто тих дјевојчица и дјечака живи у економијама с ниским и средњим дохотком. Остваривање права ових адолесцената и улагање у њихов развој доприноси пуном учествовању адолесцената и младих људи у животу нације. Они представљају конкурентну радну снагу, одржавају економски раст, побољшавају управу и чине грађанско друштво живахним, убрзавајући напредак према циљевима одрживог развоја.

Адолесценција је одлучујуће вријеме у развоју дјетета које карактерише брз физички раст и неуролошко обликовање, почетак пубертета и сексуална зрелост. То је критичан период за развој индивидуалног идентитета када млади људи схватају ко желе да буду у свијету; имају прилику за раст, истраживање и креативност. Позитивни друштвени односи и окружења појачавају осјећај укључености и припадности и доводе до позитивних резултата. Негативна искуства, с друге стране, повећавају страх, сумњу у себе или доводе до друштвене изолације. Та осјећања се могу појачати током овог рањивог периода развоја, што доводи до каскаде негативних и чак патолошких исхода како млади људи одрастају и прелазе у одраслу доб. Када адолесценти, укључујући оне у најнеповољнијем положају, имају подршку брижних породица и одраслих, као и политика и адекватних услуга које пазе на њихове потребе, тек тада се могу развијати њихови пуни потенцијали. У годинама иза рата у Босни и Херцеговини друштво је помагало у рјешавању најхитнијих питања која се тичу дјеце и младих. Током ратних збивања, али и у дугом низу година након рата радили су се велики пројекти реформе менталног здравља у Босни и Херцеговини, који су укључивали развој системског одговора на превенцију и третман трансгенерацијских ратних траума. Отварали су се сервиси и центри за ментално здравље како би се становништву пружила адекватна стручна помоћ, јачао се невладин сектор кроз велику помоћ међународних организација и стручњака из области менталног здравља. Направљен је и велики број програма са и за адолесценте који су се спроводили дуги низ година. Пажња је углавном била посвећена развоју адолесцената кроз образовање; раду на комуникацији, стресу и превенцији трауме; превенцији вршњачког насиља и малољетничке деликвенције; промоцији здравих стилова живота, превенцији и лијечењу ХИВ-а; превенцији коцкања и употребе алкохола и дрога; јачању заштитних фактора родитеља и дјеце; промоцији родне равноправности и социјалној и дјечјој заштити.

Овај документ с упутствима заснован је на постојећим превентивно-промотивним програмима у Босни и Херцеговини у области менталног здравља намијењеним младима узраста од 14 до 18 година и даје оквир за њихово креирање и спровођење. Овим документом желимо представити специфичности развојног периода адолесценције, дати преглед тренутног стања младих у Босни и Херцеговини узраста од 14 до 18 година и њиховим проблемима, преглед теоријских знања о проблемима у понашању код ове старосне групе, узроцима проблема у понашању код младих везаних за индивидуалне факторе, породичне, школске и друге факторе средине-екосистема, факторе ризика и заштитне факторе за ментално здравље школске дјеце специфичне за Босну и Херцеговину. Након прегледа стања и узрока, дат је теоријски концепт превенције и промоције у менталном здрављу усмјерене на популацију младих од 14 до 18 година, као и упутства за израду програма за ову старосну групу и смјернице за примјену и преглед постојећих превентивних програма, искуства у реализацији и научене лекције.

2. Млади и ментално здравље

Адолесценција и ране године зрелости су животна доба у коме се дешава много спољашњих и унутрашњих промјена, нпр. мијења се школа, напушта кућа и започиње студирање или нови посао. За многе, то су узбудљива времена, а за неке то могу бити и извори стреса и страха. Све већа употреба модерних технологија несумњиво доноси многе предности, али може такође донијети и додатне притиске, с обзиром да су повезивања са виртуелним мрежама у било које доба дана и ноћи у порасту. Многи адолесценти такође живе у подручјима погођеним хуманитарним кризама као што су ратни сукоби, природне катастрофе и епидемије. Млади људи који живе у таквим ситуацијама посебно су осјетљиви на развој менталног стреса и поремећаја, као и они изложени насиљу, злостављању и сиромаштву. Бројни су изазови са којим се суочавају млади данас, као што су злостављање, самоубиство, почетак озбиљнијих менталних поремећаја, ефекти трауме и дискриминација родног идентитета. Ови изазови траже наше вријеме и пажњу, глобалну свијест и саосјећање, као и нове програме и смјернице о томе како можемо заштитити и оснажити сљедећу генерацију.

Половина свих менталних поремећаја почиње са 14 година, али већина случајева није откривена и третирана. 16% глобалног терета поремећаја и повреда код људи узраста од 10 до 19 година чине ментални поремећаји. Један од пет младих људи пати од менталног поремећаја, што је 20% наше популације, али још увијек се само око 4% укупног здравственог буџета троши на ментално здравље. Глобално, депресија је један од водећих узрока поремећаја и инвалидитета међу адолесцентима. Самоубиство је други водећи узрок смрти међу младима од 15 до 29 година (СЗО, 2018). Штетна употреба алкохола и недозвољених дрога код адолесцената је велики проблем у многим економијама и може довести до ризичних понашања као што је несигуран секс или опасна возња. Поремећаји у исхрани су такође присутни. Сваких 10 минута, негде у свијету, једна адолесцентна дјевојчица умре као резултат насиља (UN Children's Fund, 2018). 83% младих каже да вршњачко насиље има негативан утицај на њихово самопоштовање (ditchthelabel.org, 2018). Посљедице неоткривених и нетретираних менталних здравствених проблема у адолесцентном периоду протежу се у зрелост, што угрожава физичко и ментално здравље и ограничава могућности младима да воде испуњен живот као одрасли.

Све више се препознаје важност отпорности и помоћи младима у изградњи менталне отпорности од најранијег доба како би се успјешно суочили са изазовима данашњег свијета. Повећавају се докази да промоција и заштита здравља адолесцената доноси краткорочне и дугорочне користи, не само бољем здрављу адолесцената, већ и економијама и друштву, при чему здраве, младе одрасле особе могу више да допринесу радној снази, њиховим породицама и заједници и друштву у цјелини.

Много тога се може учинити како би се помогло у изградњи менталне отпорности од раног узраста, како би се спријечио развој менталноздравствених проблема и поремећаја међу адолесцентима и младим људима и промовисао опоравак од менталних поремећаја. Превенција почиње препознавањем и разумијевањем раних знакова упозорења и симптома менталних поремећаја. Родитељи и наставници могу да помогну у изградњи животних вјештина дјеце и адолесцента како би им помогли да се носе са свакодневним изазовима код куће и у школи. Психосоцијална подршка се може пружити у школама и другим срединама у заједници, а укључује и обуку здравствених радника, како би им омогућила да благовремено открију и адекватно третирају поремећаје менталног здравља. За ментално здравље младих људи од суштинског су значаја инвестиције влада и укључивање социјалног, здравственог и образовног сектора у свеобухватне, интегрисане програме, засноване на доказима (СЗО, 2018). Ове инвестиције треба да буду повезане са програмима за подизање свијести младих о начинима

на који ће се боље старати о властитом менталном здрављу и помоћи вршњацима, родитељима и наставницима да знају како да подрже своје пријатеље, дјецу и ученике.

3. Специфичности развојног периода адолесценције

3.1. Адолесценција

Вријеме адолесценције је вријеме промјена и осјетљив животни период у којем постоји могућност развоја непожељних понашања и навика које могу прерасти у проблеме те се могу одржати и у одраслој доби. Сама ријеч потиче од латинске ријечи „*adolescere*“, што значи одрасти, односно расти према зрелости (Muuss i Porton, 1998; према Дувњак, 2018). У овој животној фази, адолесценти започињу свој прелаз из дјетињства у одраслу доб. Постоје различита гледишта на адолесценцију. Према биолошком гледишту, ово је период буре и стреса који карактерише турбуленција. Међутим, постоје и друга гледишта која сматрају овакво стајалиште претјераним и наводе како адолесценција може бити и најугоднији период (Mead, 1955; Лацковић – Гргин, 2006; према Дувњак, 2018). Стога се може закључити како на адолесценцију утичу и биолошки и друштвени фактори. Адолесценција представља период брзих и недосљедних промјена које варирају међу појединцима. Тешкоће везане за постизање независности, остваривање идентитета, полности и односи с другима дефинишу овај развојни период. Сваки адолесцент или адолесценткиња изложени су ризичним факторима, који на крају обликују њихове властите обрасце понашања. Турбуленције и проблеми у понашању адолесцената су врло чести и нормални те се могу појавити у овом периоду.

Адолесценција представља прелазни период између дјетињства и одрасле доби. Млади у том периоду морају овладати важним развојним задацима, физички се развити и прихватити своје ново развијено тијело, развити личност, тј. властити идентитет, односно сазрети и стећи начине мишљења одраслих, завршити школовање и стећи емоционалну и економску независност, те научити да се зрело односе према особама оба пола (Berk, 2007; према Дувњак, 2018).

Најчешће се дефинише као период између 12. и 20, односно 25. године живота. 12. година обиљежава просјечну старост уласка у пубертет, иако у развијеним друштвима, због медицинског напретка и побољшаних услова живота, дјеца и раније улазе у пубертет, те се улазак у пубертет сматра почетком периода адолесценције. Пубертет се првенствено односи на биолошке, тј. анатомске и физиолошке промјене. Завршетак пубертета обиљежава пуна полна зрелост и способност репродукције, али то не значи да тиме завршава период адолесценције. Адолесценција се првенствено односи на све психичке промјене које прате физички развој у периоду пубертета. Завршетак периода адолесценције сматра се када млада особа овлада готово свим наведеним развојним задацима. У прошлости, и у мање развијеним друштвима, то се обично догађало око 20. године живота младе особе, када је формално школовање за одређено занимање завршено и млада се особа запошљава и започиње самостални живот независан од родитеља. У развијенијим друштвима период адолесценције обично дуже траје, јер млади по завршетку средњошколског образовања настављају с високошколским образовањем на факултетима, академијама и сл. при чему још један одређени период живота остају зависни о родитељима. У овим случајевима период адолесценције се најчешће продужује до завршетка високошколског образовања и осамостаљивања што је обично око 25. године живота (Белки и сар., 2018).

3.2. Развој личности адолесцената

Ериксонова теорија личности даје један од најдетаљнијих приказа развоја личности током адолесценције. Према његовој теорији млади старости између 12. и 20. година имају као главни задатак да изграде свој идентитет како би одрасли у срећне и продуктивне одрасле особе. За овај развојни период карактеристична је фаза збуњености током које млади треба да пронађу одговор на питања као што су „Ко сам ја?“ и „Који је мој циљ у животу?“, а уколико успјешно пронађу одговор долази до стварања идентитета што је главно постигнуће у адолесценцији. Млади треба да дефинишу ко су, које су им вриједности, да одлуче о смјеру који ће слиједити у животу (Berk, 2007; према Дувњак, 2018). Како би успјешно створили властити идентитет, млади морају моћи да преузимају различите улоге и уврштавају их у јединствено биће. Креирање властитог идентитета дјелимично се одвија кроз повезивање ранијих дјечјих идентитета, а дјелимично стварањем новог идентитета одрасле особе. Кључну улогу у стварању позитивног идентитета младих имају интеракције с другима, посебно с вршњацима и одраслима. Друге особе имају улогу огледала у преношењу информација адолесценту потребних за стварање стабилне слике онога ко он јесте или би требао бити. Самопоштовање, самопоуздање и ношење с емоцијама обликују се током адолесценције преко реакција других (Велки и сар. 2018).

Како би адолесценти били способни да развију јединствени идентитет нужен је развој самопоимања и самопоштовања. Током адолесценције млади често изражавају властите особине које су у супротности што је посљедица различитог виђења себе у односу на друге особе. Тако су истовремено јако паметни у односу с вршњацима и недовољно мудри у односу с одраслима. Током овог периода развоја они уче да комбинују своје особине у организовани систем те постају свјесни како се особине могу мијењати у зависности од ситуације. Нагласак је на социјалним врлинама као што су љубазност, обзирност и сл. те су врло забринути како их друге виде и доживљавају. При прелазу у средњу школу долази до блажег опадања самопоштовања, но током остатка адолесценције биљежи се раст у самопоштовању који код већине младих остаје висок. Самопоштовање се највише вреднује у односу на вршњаке, а мање у односу на школу и/или породицу. Такође, младићи чешће имају виши степен самопоштовања за разлику од дјевојака. Највише самопоштовање је код младих који иду у школу или живе у окружењу у којем се већином налази њихова социоекономска или етничка група (Berk, 2007; Лацковић-Гргин, 2005; према Дувњак, 2018). За вријеме тражења и креирања идентитета типична је фаза збуњености у којој су адолесценти склони експериментисању с алтернативама. Преиспитивање вриједности, планова и приоритета нужно је за стварање стабилног и зрелог идентитета. Млади на том подручју истражују различите могућности те испробавају различите животне стилове. За већину младих ово не представља посебан проблем, иако се код појединаца који су мање успјешни у овом процесу може јавити одређени ниво анксиозности. Вриједности и професионални циљеви које изаберу доводе до стварања трајног идентитета, а ако нису способни да изаберу, јавља се збуњеност и нејасноћа због будућних улога у одраслој доби, односно конфузија идентитета. Уколико нису успјешно креирали властити идентитет, младе одрасле особе ће имати тешкоће у стварању блиских односа, односно у интимности (Fulgosi, 1985; према Дувњак, 2018). Развој идентитета је сложен процес који подразумијева да адолесцент треба да развије различите врсте идентитета, односно различите аспекте идентитета које ће на крају објединити као дио личности. Први аспект идентитета које адолесцент мора да развије је временска перспектива, односно способност да усклади прошлост и будућност те развије животни план који ће у будућности реализовати. Други аспект је развој самопоуздања, односно јасне свијести о себи као јединственом бићу. Након тога слиједи провјеравање улога гдје адолесценти експериментишу с уживљавањем у различите улоге, тражењем различитих циљева и идеја те властитих карактеристика које сматрају пожељнима. Професионални идентитет је четврти аспект који морају да уврсте у личност. У

овој фази адолесценти истражују различите радне активности прије него што донесу коначну одлуку о избору властитог занимања. Након тога слиједи развој полног идентитета, гдје долази до идентификовања с јединим или другим полом што представља основу за стварање интимности. Предзадњи аспект развоја идентитета односи се на тражење свог мјеста у друштву, у односу с родитељима, пријатељима, вршњацима и учитељима. У посљедњем аспекту млади изграђују властиту идеологију или животну филозофију на основу које вреднују људе, идеје и догађаје (Лацковић-Гргин, 2005). Да се идентитет постепено развија, односно да је то процес, показала су и одређена истраживања. Око 44% средњошколаца налазило се у кризи професионалног идентитета гдје је требало да одлуче о избору занимања за разлику од само 14% студената (Михаљевић, 2002). Такође је око 63% студената имало у потпуности развијен идентитет за разлику од 26% средњошколаца. Утврђене су и полне разлике гдје су дјевојке показивале већу развијеност и полног и професионалног идентитета од младића (Меус и Дековић, 1995; према Дувњак, 2018).

3.3. Когнитивни развој у адолесценцији

Током адолесценције долази до преласка из конкретног у апстрактни свијет идеја и концепата. Адолесценти баратају претпоставкама, могућностима и будућношћу што им отвара нове свијетове као што су филозофски, политички, естетски и духовни. Јасније сагледавају свој унутрашњи, интрапсихички, али и вањски, стварни свијет. За разлику од дјеце способни су да прихвате двосмисленост и неодређеност. Они схватају да родитељи нису свемоћни, нису више њихови идоли, што је саставни дио процеса одвајања и осамостаљивања (Рудан, 2004; према Дувњак, 2018). Према Пијажеу (Piaget), око 12. године млади улазе у посљедњу фазу когнитивног развоја која се назива стадијум формалних операција, а за коју је кључан развој способности апстрактног и научног мишљења. Ова фаза траје до краја живота (Vasta, Haith и Miller, 1997). Током ове фазе, адолесцентима више нису нужни конкретни догађаји и ствари, већ предмети њиховог мишљења сада могу бити нова, логичка, апстрактна правила. Према Piagetu, формално мишљење се састоји од четири главна аспекта: интроспекције, односно способности да млади имају мисли о властитим мислима, апстрактног мишљења које укључује помак од реалног према могућег, логичког мишљења те хипотетичког расуђивања (Лацковић-Гргин, 2005; према Дувњак, 2018).

Развој формалног мишљења значи да је адолесцент сада способан да управља и неким вишим мисаоним операцијама. Млади развијају способност индуктивног мишљења које се очитује у систематичном провјеравању хипотеза на конкретним случајевима како би се извео општи закључак или правило, односно утврдио узрочно-посљедични однос. Надаље, развија се и дедуктивно мишљење, односно способност да се на основу властитог знања и познавања правила предвиде одређене законитости у стварном свијету. Комбинаторичко мишљење се развија постепено, а најчешће се јавља око 16. године. Адолесценти развијају способност рјешавања проблема тако што систематично испитују све могуће комбинације свих варијабли које су релевантне за рјешавање проблема (Лацковић-Гргин, 200; према Дувњак, 2018).

Други аспекти когнитивног развоја адолесцената очитују се у развоју пажње која се сада усредсређује на релевантне информације и прилагођава се захтјевима задатка. Надаље, стратегије памћења постају дјелотворније, те млади лакше похрањују и присјећају се информација. Уопштено се повећава знање. Развија се метакогниција, односно свијест о властитим мисаоним процесима, што помаже у стицању информација и рјешавању проблема.

Јавља се когнитивна саморегулација, односно способни су да назирју и лакше управљају властитим мисаоним процесима. Коначно, повећан капацитет обраде информација доводи и до веће брзине мишљења, односно радно памћење је учинковитије (Berk, 2007; према Дувњак, 2018).

3.4. Морални развој

Когнитивним сазријевањем адолесценти постају свјеснији своје околине, других људи и њихових потреба. У складу с тим биљежи се и значајан напредак у моралном развоју. Према Пјажеовој теорији адолесценти се налазе у задњој фази моралног развоја (као и одрасле особе, која траје до краја живота), а обично након 10 година су довољно спремни за прелаз у ову фазу развоја. Пјаже ову фазу назива аутономна моралност или моралност сарадње, а карактерише је флексибилност у постављању правила и друштвено договорена начела која се могу мијењати уколико то одговара већини (Berk, 2015; према Дувњак, 2018). Адолесценти су спремни да се уживе у туђу перспективу, сагледају ситуације са становишта различитих особа, те код доношења одлуке о моралности неког чина узму у обзир и намјере особе, а не само посљедице почињеног дјела. Надаље, адолесценти развијају способност која се назива идеални реципроцитет, а односи се на схватање важности узајамности очекивања. У адолесцентском периоду први пут почиње да вриједи златно правило „Не чини другима оно што не желиш да они чине теби“. Правила се могу тумачити и мијењати како би свима обезбједила праведан исход (Berk, 2007; према Дувњак, 2018).

3.5. Емоционални развој

Током адолесценције млади треба да разријеше низ развојних задатка што их често доводи до стресних ситуација, фрустрације, па и сукоба с околином. Главна емоција коју у тим тренуцима испољавају је љутња, а уколико су успјешно овладали описаним стратегијама моћи ће да контролишу свој бијес. Љутња, односно агресија настала због емоције љутње најчешће се јавља кад се пред адолесцента постављају ограничења (нпр. родитељске забране) и кад доживљава подсмјех (од стране вршњака или одраслих). Честа емоција током адолесценције је и љубомора, која се најчешће јавља због веће успјешности других вршњака у групи, али може бити и посљедица страха од губитка вољене особе. Љубомора представља комплексно емоционално стање, а млади је могу изражавати отворено или прикривено (Велки и сар. 2018).

Најчешћи извор среће и весеља младих су прихваћеност у вршњачкој групи, постигнут успјех у различитим доменима као и пажња особа супротног пола. Да би били срећни, младима је потребно да се осјећају прихваћено и поштовано, да им се пружи прилика за постизање успјеха у раду, да воле и да им је љубав узвраћена, те да уживају у активностима које обављају. Туга се јавља као посљедица губитка или одвајања од драге особе или ствари. Такође се током периода адолесценције јављају специфични страхови: страхови везани за физички изглед и властиту компетентност, страх од медицинских интервенција, страх од социјалне неприхваћености (подсмјех, одбацивање од групе), страх од јавних наступа и страх од рата; те су они учесталији и интензивнији код дјевојака (Вулић-Прторић, 2002; према Дувњак, 2018). Препознавање и кориштење ширег распона емоција, као и њихово правилно испољавање у различитим друштвеним ситуацијама помаже младима и у развоју емпатије. Адолесценти су способни не само да се ставе у перспективу особе у тренутној неугодној ситуацији и одговоре на њихов проблем с емпатијом, већ и да емпатијски одговоре на опште животне услове особе, као што је

потлаченост, сиромаштво и сл. (Berk, 2015; према Дувњак, 2018). Једна од главних карактеристика адолесценције је способност младе особе да воли другу особу и да прихвати љубав друге особе. Адолесценти показују поштовање према вољеној особи, спремни су да се жртвују за другу особу, привржени су вољеној особи те преузимају одговорност у љубавним односима.

Ниско самопоштовање у доба адолесценције се развија ако постоји јаз између нечијег самопоимања и какав неко вјерује да би „требао“ да буде (Harter, 1990; према АРА, 2002). Како стручна особа може знати да ли адолесцент има ниско самопоштовање? Сљедеће карактеристике су утврђене различитим истраживачима и повезују се с ниским самопоштовањем код адолесцената (Jaffe, 1998; према АРА, 2002):

- Депресивност
- Недостатак енергије
- Несвиђање властитог изгледа и одбијање комплимената
- Осјећај несигурности или недовољности (АПА, 2002) већину времена
- Нереална очекивања од себе
- озбиљне сумње у будућност
- Претјерана срамежљивост и ријетко изражавање свог мишљења
- Прилагођавање ономе што други желе и преузимање поданичког става у већини ситуација

Будући да је утврђено да је досљедно ниско самопоштовање повезано с негативним исходима, као што су депресија, поремећаји исхране, деликвенција и други проблеми прилагођавања (Harter и Marold, 1992; Striegel-Moore и Cachelin, 1999; према АРА, 2002), важно је да стручњаци идентификују младе који показују такве карактеристике и да им помогну да добију додатну помоћ.

3.6. Социјални развој

Значај вршњака заузима посебно мјесто у животу адолесцента. Између 12. и 15. године старости вршњаци постају главни критеријум при одабиру одјеће, али и образаца понашања. Досадашње родитељско мишљење и правила постају мање важни, често су у супротности с вршњачким правилима и постају извор несугласица и свађа између родитеља и адолесцената. У просјеку адолесценти проводе између 9 и 12 сати у интеракцији с вршњацима, било да је то у школи или изваншколским активностима (Berk, 2007; према Дувњак, 2018).

Адолесценти се најбоље осјећају у друштву пријатеља. Пријатеља доживљавају као изразито блиску особу. Најважније карактеристике адолесцентних пријатељстава су интимност, односно психолошка блискост, разумијевање и повјерење те лојалност, односно очекују да су им пријатељи одани и да се залажу за њих. Пријатељи су слични у својим интересима, увјерењима, образовним аспирацијама, али и у ризичном понашању. Дружење с вршњацима и окупљање интересних група код младих има доста предности. Групни процеси и групна динамика која се одвија унутар група младих има значајан допринос развоју социјалне свијести, односно оспособљавању младих да доносе одлуке, креирају организацијске претпоставке за реализовање одлука и преузимају одговорност уколико одлуке нису реализоване. Тако млади схватају логику друштвених односа, што је кључно за социјално сазријевање (Berk, 2007; према Дувњак, 2018). Млади унутар групе покушавају да постигну склад и сличност с осталим

члановима групе како би били прихваћени што доводи до процеса конформисања. Прилагођавање правила понашања, говора, облачења, система вриједности како би се постигла популарност у групи може имати и позитивне и негативне посљедице на развој младих, наравно у зависности од групе којој млади желе да припадају. Хоће ли се млади покорити групним правилима и вриједностима, односно колико ће јак бити утицај конформисања, увелико зависи од односа с родитељима и васпитања. Уколико млади имају подржавајуће родитеље, које поштују и који врше одговарајући надзор над њима лакше ће моћи да се одупру вршњачком притиску (Berk, 2007; према Дувњак, 2018).

3.7. Интернет генерација

Вин/Вракинг (Veen/Vracking) (2006) говори о *Homo zappiensima*, Tapscott (1998; према Лисек, 2012) о нет нараштају, а многи текстови обилују називима у-генерација, миленијалци. Ријеч је о „новом“ нараштају рођеном од 1980. године наомамо, којем су властити рачунар, интернет, мп3/мп4, мобилни телефон и ајпед, те сви „стари“ медији, чинили природно окружење за одрастање (Врцел, 2009; према Лисек, 2012). *Homo zappiensis* представљају нараштај који је рођен са рачунарским мишом у рукама и рачунарским екраном као прозором у свијет: они интернет и помагала нових технологија сматрају начином живота. Они су свјесни да постоји огромна количина знања која је, уз помоћ технологије, брзо и лако доступна те изграђују свој профил знања у тренутку када их то занима и када процијене да им то треба за запошљавање, хоби или нешто друго. Управо због оваквог размишљања мијења се разумијевање поступка образовања, мјеста, времена и начина на које се оно спроводи те се све више актуелизују концепти и идеје „учења у право вријеме“ (енгл. *just-in-time-learning*), „учења на захтјев“ (енгл. *Learning-on-demand*), „учења само колико је потребно“ (енгл. *just enough learning*) и „учења само за тебе“ (енгл. *just for you learning*).

Генерација 3, још звана постмиленијалцима, у-генерацијом, дигиталним домаћинима – називи су за особе рођене од отприлике средине 1990-их година па све до касних 2010-их година. Слободно можемо рећи да је управо та генерација већински дио младих широм свијета. Према Пренском (Prensky), нити једна генерација до сада није имала прилике да живи у ери гдје им је технологија доступна у сваком тренутку и на сваком мјесту (Prensky, 2001).

С технолошким открићима попут паметних телефона, брзог интернета, таблета, те социолошких феномена попут друштвених мрежа и апликација, генерација 3 је промијенила начин свакодневне комуникације (Turner, 2015).

У закључку, генерацију 3 или тзв. постмиленијалце чине све особе рођене од 1997. године, а према неким изворима завршна година те генерације је 2012, но и то варира с обзиром да већ постоје предвиђања о новој генерацији (Pew Research Centre, 2009).

Карактеристични мотиви који се прожимају кроз ту генерацију су управо висок ниво дигиталне медијске писмености, приученост технологији – неки су по рођењу, у врло раним годинама већ знали да користе технологију попут рачунара, таблета и паметних телефона.

Генерација 3 има позитиван став према технологији и не плаше се да пробају нове ствари. Када желе да сазнају неку додатну информацију, често то раде на интернету, јер им је то природна околина (Фудин, 2012; према Гољанин и сар., 2019). Једна од најупечатљивијих карактеристика генерације 3 је њихова способност да раде више ствари у исто вријеме. Часопис „Time“ их је назвао ГенМ, усљед њихове способности да истовремено разговарају, слушају, пишу,

претражују интернет и понекад ураде домаћи задатак (Wallis 2005; према Гољанин, 2019). Недостатак који се јавља усљед превелике употребе технологија јесте чињеница да вјерују да могу да ураде све у исто вријеме. Као једна од најгорих посљедица мултитаскинга, по удружењу наставника из Калифорније, је смањен капацитет пажње. Поред пажње, наставници сматрају да њихова ослоњеност на технологију узрокује њихове захтјеве за брзим резултатима и константним повратним информацијама, као што је случај на интернету и приликом употребе нових технологија. Такође, један од већих недостатака доступности информација путем великог броја технологија јесте губитак могућности да препознају поузданост информација као и да се превише ослањају на мишљење, а не на чињенице (Wallis, 2005; према Гољанин, 2019).

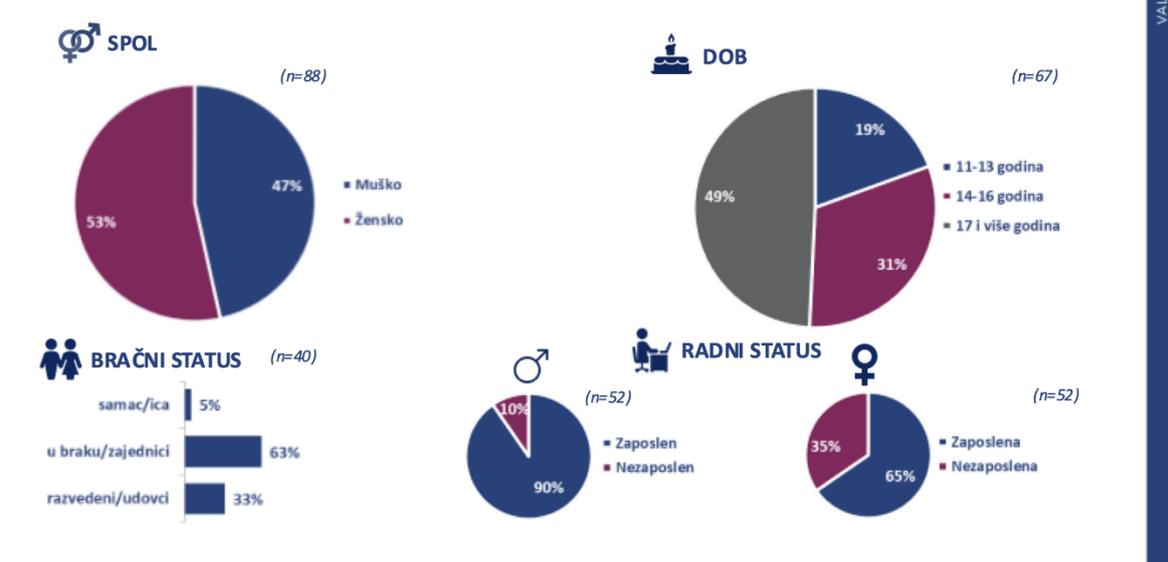
Један од фактора ризика који се јавља због сталне изложености интернету и другим ИКТ технологијама код младих јесте изложеност електронском насиљу. Због доступности интернета било када и било гдје и развоја паметних уређаја, за разлику од жртви традиционалног облика вршњачког насиља, жртве електронског насиља могу бити злостављане 24 сата дневно седам дана у седмици.

4. Преглед стања менталног здравља младих у узрасту од 14 до 18 година у Босни и Херцеговини

4.1. Резултати истраживања у области рада са дјецом и адолесцентима у Босни и Херцеговини

Истраживање о присуству поремећаја или/и проблема код дјеце и адолесцената кроз добијање властитих и колатералних извјештаја о доказима о бихевиоралним, емоционалним, друштвеним и мисаоним проблемима и предностима у Босни и Херцеговини је спроведено током 2022. године кроз Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини. Мјерни инструмент који се користио у сврху истраживања је ASEBA упитник за дјецу предшколског, школског узраста и састоји се од сета паралелних форми (CBCL, YSR и TRF) и намијењен је процјени компетенција, адаптивног функционисања и емоционалних, понашајних и социјалних проблема предшколске и школске дјеце.

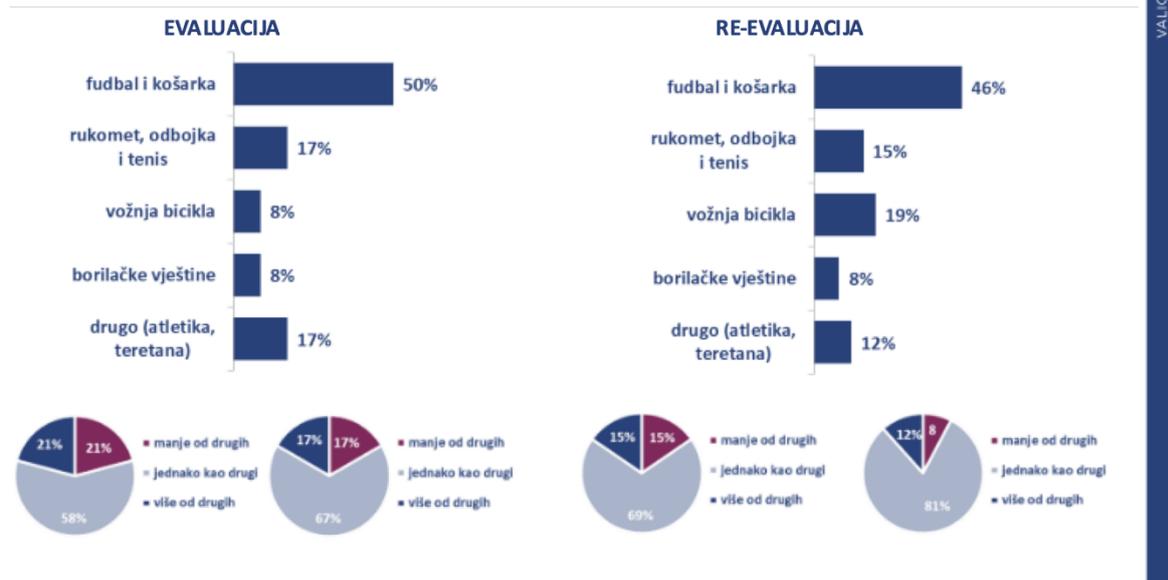
Приказујемо резултате за Босну и Херцеговину за старосну групу дјеце узраста – YSR (12-18 година) на узорку од 56 корисника услуга на којима су урађена почетна и поновљена мјерења (евалуација и ре-евалуација). Резултати показују подједнак проценат мушке и женске дјеце узраста од 14 до 18 година који су се јављали на третман у центре за заштиту менталног здравља. За већину дјеце родитељи су у брачној заједници. Ипак, 33% наводи да су родитељи разведени. Када је у питању радни статус родитеља, већина је запослена иако је присутна значајно већа незапосленост код мајки у односу на очеве, види графикон 1.



Kojeg ste spola?; Koja je Vaša dob?;Koji je bračni status Vaših roditelja?; Koji je status zaposlenja oca/majke?

Графикон 1: Доб и пол дјетета, брачни и радни статус родитеља

Фудбал, кошарка, али и рукомет, одбојка и тенис су најзаступљенији спортови код испитане дјеце те је процјена родитеља да се њихова дјеца баве спортом као и већина остале дјеце, види графикон 2.

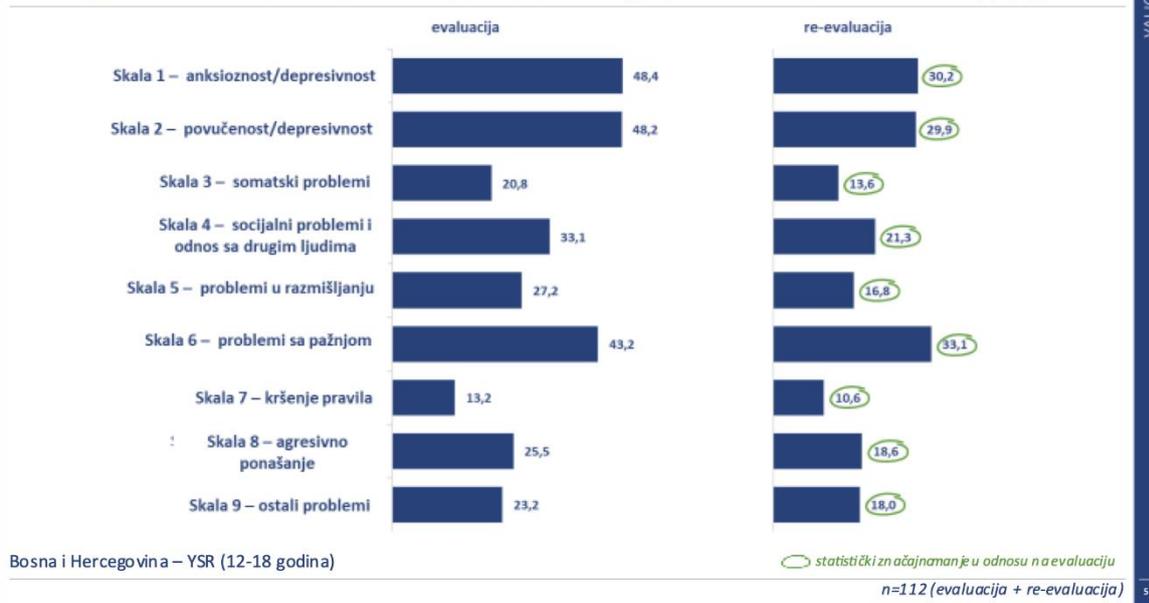


Molimo te navedi sportove u kojima najviše voliš učestvovati. Npr. Fudbal, košarka, gimnastika, vožnja bicikla.

Графикон 2: Бављење спортом код адолесцената

Најзаступљеније дијагнозе/потешкоће код овог узраста дјеце су депресивност/анксиозност 48,4%, повученост и самопоуздање код младих 48,2%, те проблеми са пажњом 43,2%. Иза тога налазе се социјални проблеми и односи са другим људима 33,1%, види графикон 3.

YSR – PRIKAZ PROSJEČNIH VRIJEDNOSTI PO DIMENZIJAMA (EVALUACIJA VS RE -EVALUACIJA) (1/2)

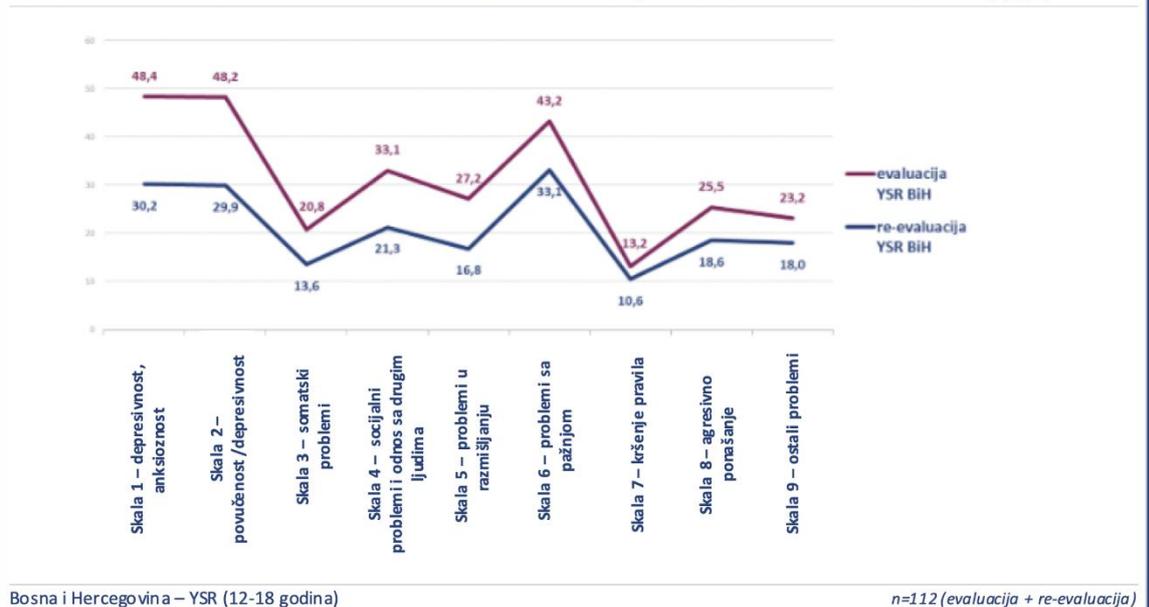


Графикон 3: Приказ најзаступљенијих дијагноза према димензијама упитника, евалуација и реевалуација

Након поновљеног мјерења (ре-евалуација) присутан је значајан опоравак по свим дијагнозама/потешкоћама. *УСР* (за узраст од 12-18 година), 88%; (за Федерацију Босне и Херцеговине 85%, а за Републику Српску 100%); (М 83%, Ж 90%).

Највећи опоравак је присутан код анксиозности/депресивности, повучености и самопоуздања, социјалних проблема и у односима са другима те проблема са пажњом. Најмањи опоравак (иако значајан) је код проблема са кршењем правила понашања те осталих проблема који нису дефинисани, види графикон 4.

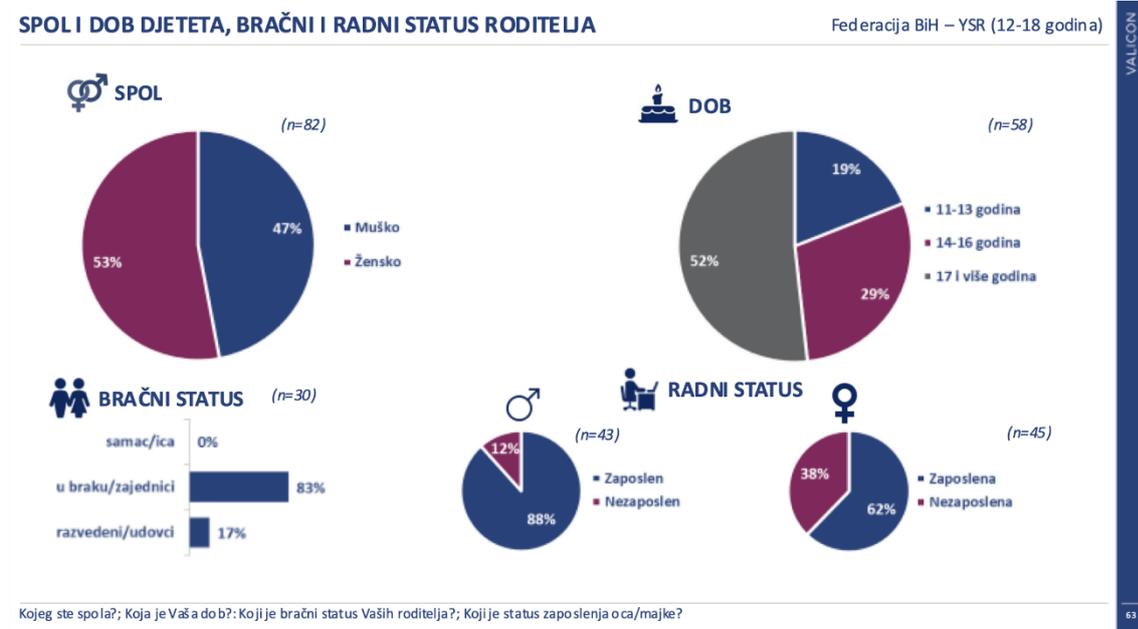
YSR – PRIKAZ PROSJEČNIH VRIJEDNOSTI PO DIMENZIJAMA (EVALUACIJA VS RE -EVALUACIJA) (2/2)



Графикон 4: Приказ просјечних вриједности према димензијама упитника, разлика евалуације и ре-евалуације

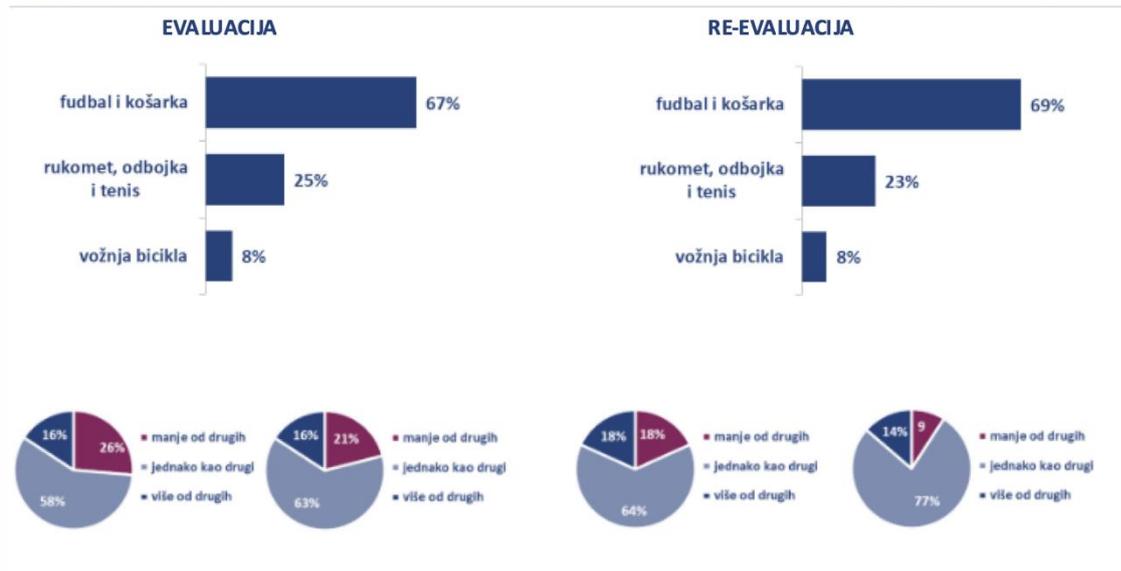
Федерација Босне и Херцеговине – YSR (12-18 година)

На узорку дјеце у Федерацији Босне и Херцеговине за коју су урађена почетна и поновљена мјерења (евалуација и ре-евалуација) готово је подједнак проценат дјечака и дјевојчица. За већину дјеце родитељи су у брачној заједници. Када је у питању радни статус родитеља, већина је запослена иако је присутна значајно већа незапосленост код мајки у односу на очеве. Види графикон 5.



Графикон 5: Доб и пол дјетета, брачни и радни статус родитеља дјеце у Федерацији Босне и Херцеговине

Фудбал и кошарка су најзаступљенији спортови код испитане дјеце те је процјена родитеља да се њихова дјеца баве спортом као и већина остале дјеце, види графикон 6.

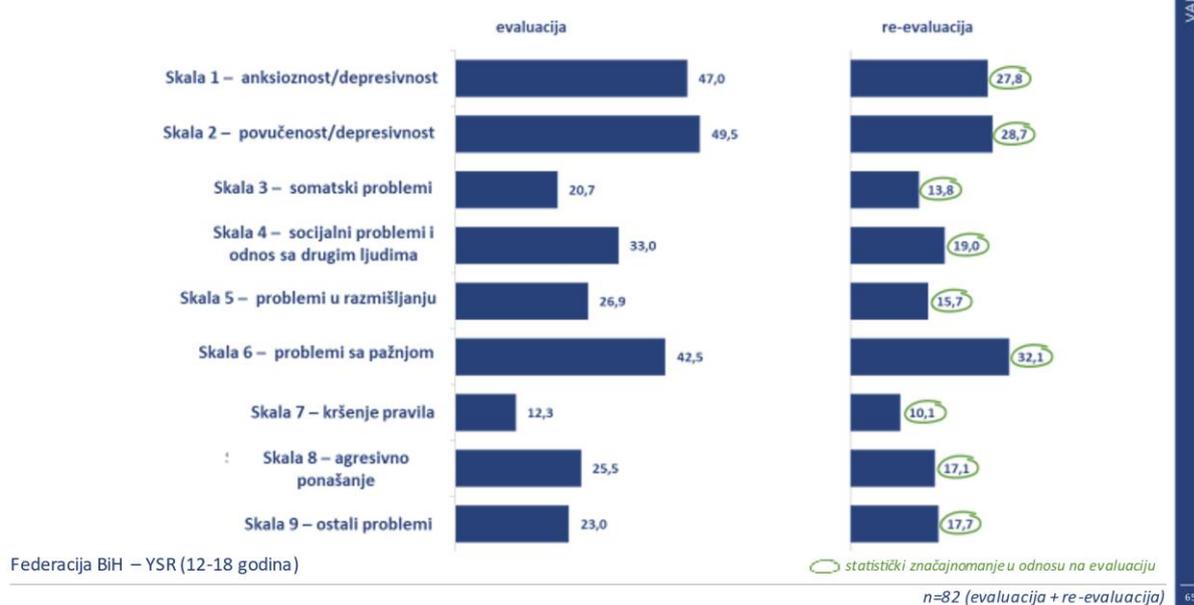


Molimo te navedi sportove u kojima najviše voliš učestvovati, poredenjsa vršnjacima, koliko vremena provodiš baveći se svakim od tih sportova/koliko si dobar/a u svakom od tih sportova?

Графикон 6: Бављење спортом код адолесцената у Федерацији Босне и Херцеговине

Најзаступљеније дијагнозе/потешкоће код овог узраста дјеце су повученост и депресивност, депресивност/анксиозност те проблеми са пажњом, види графикон 7.

YSR – ПРИКАЗ ПРОСЈЕЧНИХ ВРИЈЕДНОСТИ ПО ДИМЕНЗИЈАМА (ЕВАЛУАЦИЈА VS РЕ -ЕВАЛУАЦИЈА) (1/2)



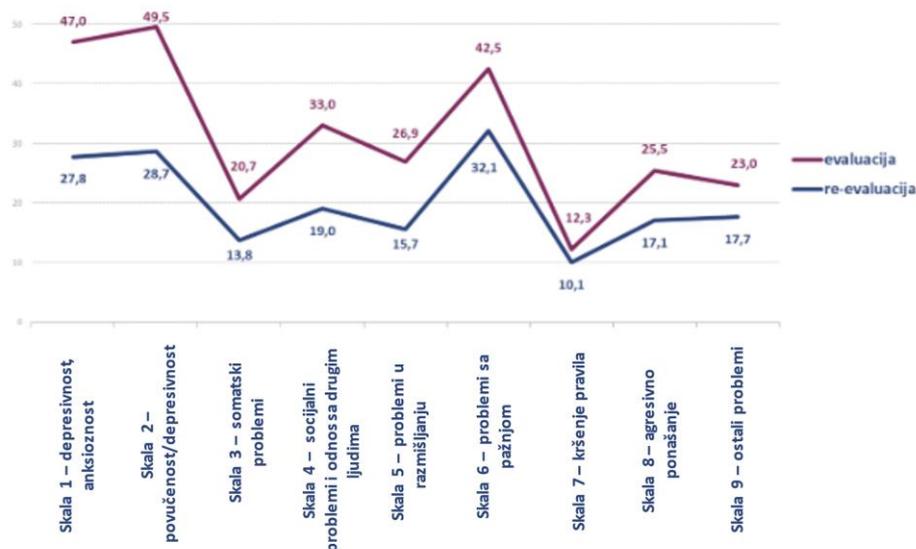
Federacija BiH – YSR (12-18 godina)

statistički značajnomanje u odnosu na evaluaciju
n=82 (evaluacija + re-evaluacija)

Графикон 7: Приказ најзаступљенијих дијагноза према димензијама упитника, евалуација и ре-евалуација у Федерацији Босне и Херцеговине

Након поновљеног мјерења (ре-евалуација) присутан је значајан опоравак по свим дијагнозама/потешкоћама. Највећи опоравак је присутан код проблема са пажњом, депресивности/анксиозности те повучености и депресивности. Најмањи опоравак (иако значајан) је код проблема са кршењем правила понашања, види графикон 8.

YSR – PRIKAZ PROSJEČNIH VRIJEDNOSTI PO DIMENZIJAMA (EVALUACIJA VS RE-EVALUACIJA) (2/2)



Federacija BiH – YSR (12-18 godina)

n=82 (evaluacija + re-evaluacija)

66

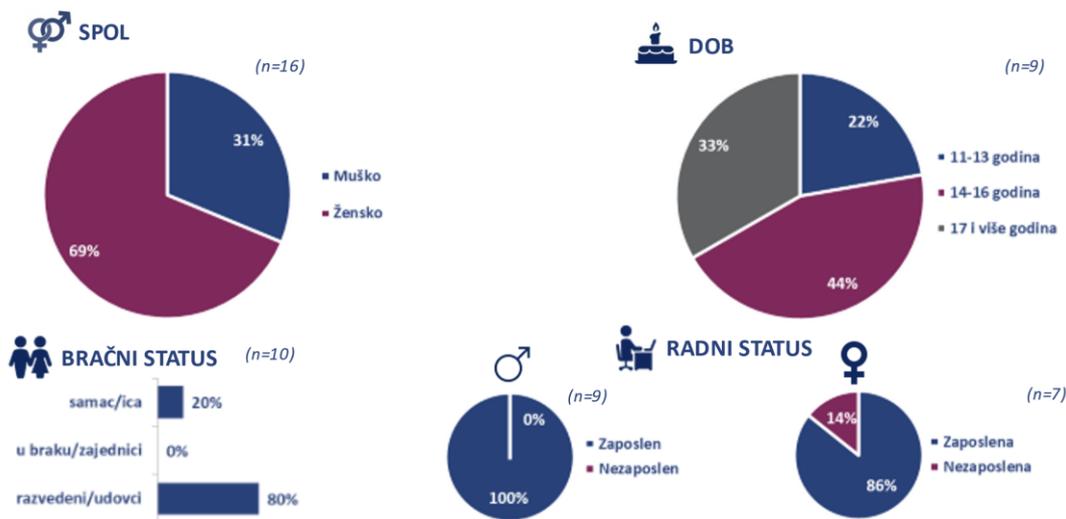
Графикон 8: Приказ просјечних вриједности према димензијама упитника, разлика евалуације и ре-евалуације у Федерацији Босне и Херцеговине

Република Српска – YSR (12-18 година)

На узорку дјече у Републици Српској за коју су урађена почетна и поновљена мјерења (евалуација и ре-евалуација) нешто је већи проценат дјевојчица (69%) у односу на дјечаке (31%). Готово 80% наводи да су родитељи разведени. Када је у питању радни статус родитеља, већина је запослена иако је присутна значајно већа незапосленост код мајки у односу на очеве, види графикон 9.

SPOL I DOB DJETETA, BRAČNI I RADNI STATUS RODITELJA

Republika Srpska – YSR (12-18 godina)



Kojeg ste spola?; Koja je Vaša dob?; Koji je bračni status Vaših roditelja?; Koji je status zaposlenja oca/majke?

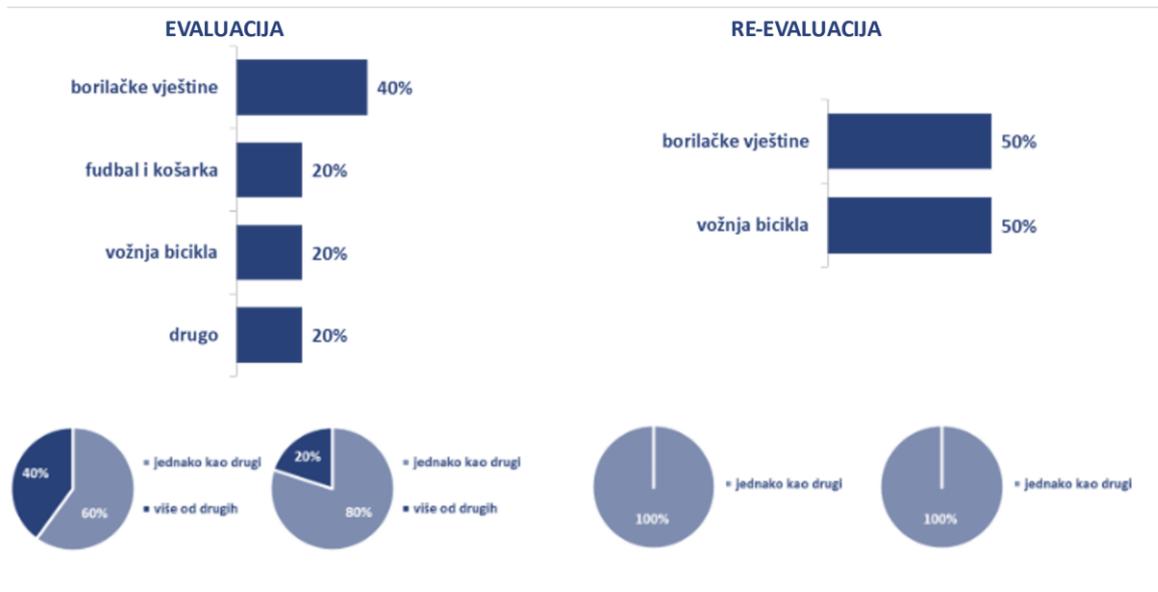
75

Графикон 9: Доб и пол дјетета, брачни и радни статус родитеља дјече у Републици Српској

Борилачки спортови су најзаступљенији спортови код испитане дјеце те је процјена родитеља да се њихова дјеца баве спортом као и већина остале дјеце, види графикон 10.

BAVLJENJE SPORTOM

Republika Srpska – YSR (12-18 godina)

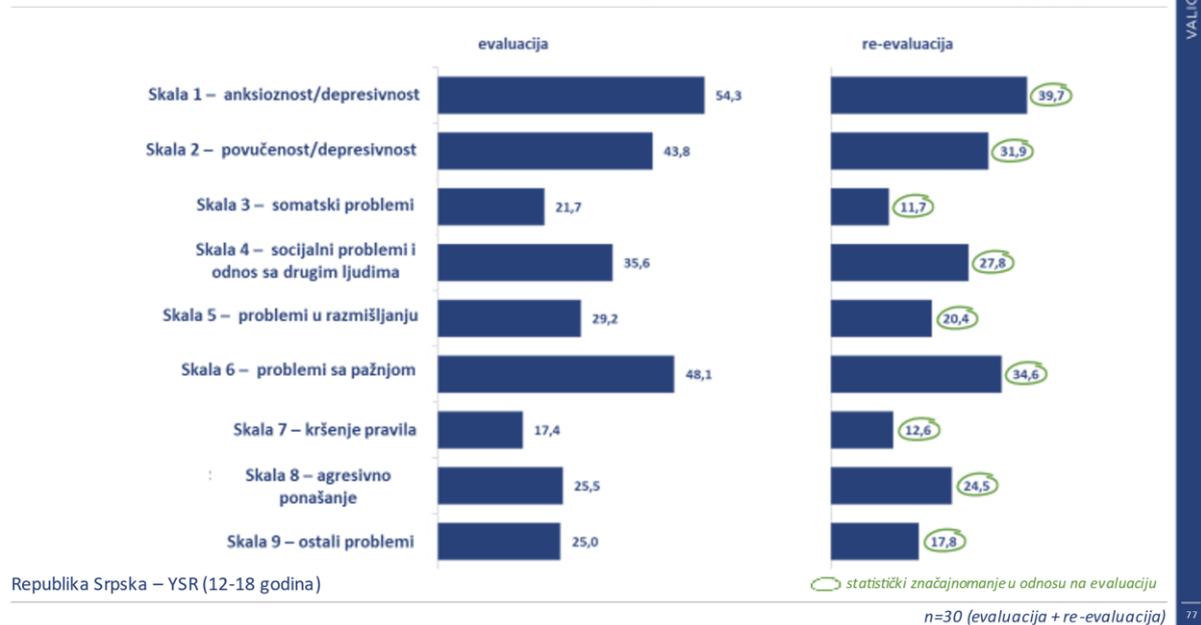


Molimo te navedi sportove u kojima najviše voliš učestvovati. Npr. Fudbal, košarka, gimnastika, vožnja bicikla, odabir vršnjacima, koliko vremena provodiš baveći se svakim od tih sportova?:

Графикон 10: Бављење спортом код адолесцената у Републици Српској

Најзаступљеније дијагнозе/потешкоће код овог узраста дјеце су депресивност/анксиозност, проблеми са пажњом те повученост/депресивност код дјетета, види графикон 11.

YSR – PRIKAZ PROSJEČNIH VRIJEDNOSTI PO DIMENZIJAMA (EVALUACIJA VS RE-EVALUACIJA) (1/2)

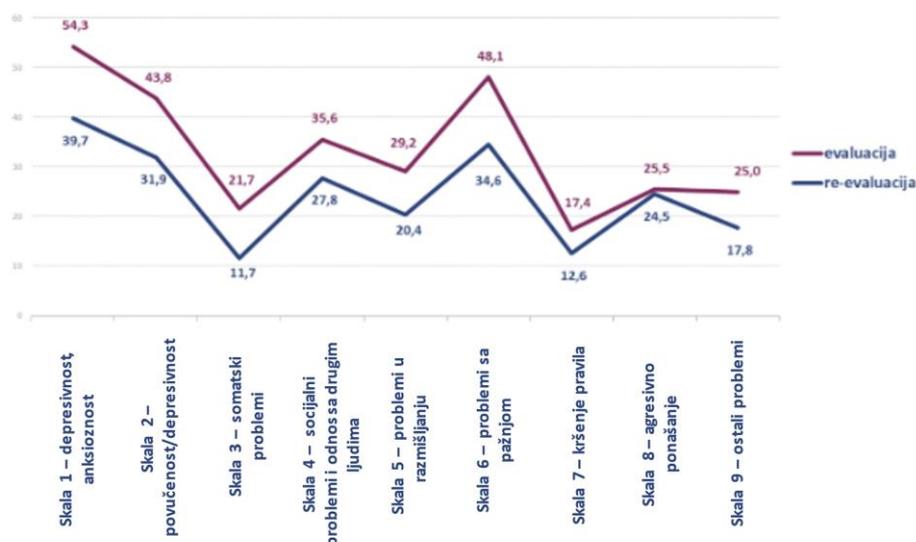


Графикон 11: Приказ најзаступљенијих дијагноза према димензијама упитника, евалуација и ре-евалуација у Републици Српској

Након поновљеног мјерења (ре-евалуација) присутан је значајан опоравак по свим дијагнозама/потешкоћама. Највећи опоравак је присутан код депресивности/анксиозности,

самопоуздања код дјетета те проблема са пажњом. Најмањи опоравак (иако значајан) је код агресивног понашања, види графикон 12.

YSR – ПРИКАЗ ПРОСЈЕЧНИХ ВРИЈЕДНОСТИ ПО ДИМЕНЗИЈАМА (EVALUACIJA VS RE-EVALUACIJA) (2/2)



Republika Srpska – YSR (12-18 godina)

n=30 (evaluacija + re-evaluacija)

78

Графикон 12: Приказ просјечних вриједности према димензијама упитника, разлика евалуације и ре-евалуације у Републици Српској

4.2. Закључци истраживања менталног здравља младих у Кантону Сарајево

Истраживање проблема менталног здравља дјеце и адолесцената на нашем подручју (Кантон Сарајево) указују на скоро два пута већу преваленцију (29%) спектра интернализованих проблема (симптома повлачења, депресије и анксиозности, те соматских проблема) од преваленције клинички значајних екстернализованих проблема (16,3%) учених на субскалама пределинквентних и деструктивно-агресивних симптома. Истраживање је спроведено у једанаест основних школа у Кантону Сарајево на узорку од 743 дјеце узраста од 10 до 15 година. Ове двије крајности једног континуума не искључују једна другу и у значајној су статистичкој корелацији (Бадурина, 2013 према Бадурина и сарадници 2021).

Након породице, школа је друштвена институција која има најближи контакт са дјецом у годинама њиховог „обликовања“. Примарна и најзахтјевнија сврха школе јесте едукативна. У исто вријеме, школе су јединствено мјесто на којем се ученици посматрају, гдје се препознају њихове социјалне и емоционалне тешкоће те потребе које могу утицати на процес учења и које се могу јављати и у одраслој доби. Емоционалне и социјалне потребе су у основи приватне, нејасне чак и особи која их доживљава, а у школи су често прикривене неприлагођеним понашањем које може спријечити или одбити помоћ и разумијевање умјесто да их привуче. Стога је изазов произвести услове у којима се ученик/ца с проблемима осјећа довољно сигурно да открије своје потребе и у којима неко обраћа пажњу и реагује на одговарајући начин (Heller, и Tudor, 2008).

4.3. Закључци дискусија у оквиру фокус групе

Дискусије у оквиру фокус групе одржане са помагачима, терапеутима из владиног и невладиног сектора широм Босне и Херцеговине показују једнаке резултате као и наведено истраживање. Најчешћи симптоми код младих људи су анксиозност, депресивност, самоповређивање, поремећаји личности, зависности, проблеми са пажњом, као и вршњачко насиље. Осим наведених проблема посебно су се истакли проблеми неповезаности са одраслима на свим нивоима. Вршњаци су једни другима доносиоци битних ствари у животу, али ни они између себе нису повезани. Имају имагинарне пријатеље преко интернета и у реалном животу су без подршке и немају комуникацију ни са њима. На релацији родитељ-дијете велики је јаз између потреба дјече и онога што родитељи мисле да дјецци треба. Дакле разлика између перципираних потреба и жеље дјече. Професионалци су се посебно осврнули на проблем секстинга, понашање младих на интернету и стварање слике о себи у складу са тим.

Учесници фокус групе из образовног сектора су изнијели факторе ризика који су релевантни у нашем друштву а који се одражавају на ментално здравље адолесцената. Осим тога, учесници су наводили и проблеме са менталним здрављем са којим се суочавају адолесценти од 14 до 18 година. У тексту испод су укратко изнесени закључци фокус групе.

У средњим школама у Босни и Херцеговини недостаје кадра стручних сарадника - психолога, а притом велики број ученика има потребу за третманом са психологом. Осим тога, психолози су запослени у више школа што отежава пружање адекватног третмана за све ученике. Школе надаље немају довољан број асистената у настави који би радили са ученицима са потешкоћама у развоју. Поплаве 2014. године, те пандемија Covid-19 су значајно негативно утицале на ментално здравље адолесцената у Босни и Херцеговини. Осим тога, као фактор ризика истакнута је ситуација у Босни и Херцеговини: несигурност, немогућности запослења или проактивног кориштења слободног времена, али и трансгенерацијска траума, из чега произлази незапосленост родитеља, лоша економска ситуација у породици, родитељи који користе психоактивне супстанце и родитељи који имају потешкоће са менталним здрављем. Стручњаци даље наводе слабију мотивисаност родитеља за укљученост у васпитање своје дјече као и недостатак породичне бриге о дјецци те изложеност адолесцената насиљу у породици, укључујући и изложеност адолесцената вршњачком и *on-line* насиљу.

Код адолесцената који имају потребу за стручним третманом уочава се зависност о интернету, зависност о коцкању и психоактивним супстанцама, испитна анксиозност, самоповређивање, суицидалне идеје, покушај суицида, психосоматске тегобе, изостајање из школе, насиље према наставницима, те смањење мотивације за извршавање школских обавеза и поштовање школских правила. Још један важан фактор ризика у образовном сектору је професионално сагоријевање наставника, као и њихова недовољна едукованост за препознавање и поступање са ученицима који имају проблеме са менталним здрављем. Учесници, као фактор ризика за ментално здравље младих, наводе недовољан број специјализованих дјечјих психијатара и психолога на територији Босне и Херцеговине у односу на потребе младих, због чега адолесценти дуже чекају на третман психијатра.

Из резултата истраживања и дискусија у оквиру фокус групе можемо видјети да је и даље потребно радити на програмима превенције анксиозности и депресивности код младих људи, а да је посебно потребан дуготрајни рад на проблемима везаним за кршење правила и

агресивно понашање, будући да они спадају у пределиквентно понашање и за њихову промјену је потребан вишесекторски приступ и дуготрајнији рад.

Посебно је истакнута потреба младих људи за директним контактима са терапеутима, да их чујемо и да им се помогне уживо јер је то у терапијама давало највише ефекта. Млади чезну да их неко чује, разумије, да имају реалне односе и пријатељски приступ у раду са њима јер желе повезаност са неким.

Потребно је успоставити више центара за младе људе, јер је доказано да повезивање са другим младим људима који имају исте или сличне проблеме даје највише успјеха у третманима. Посебно је значајно код младих који се преиспитују у сексуалним оријентацијама.

Потребно је осигурати доступност услуга менталног здравља без упутница и чекања, онда кад им је хитно потребна. Управо олакшавање приступу и информисаност гдје се може потражити стручна помоћ, што је улога ЦМЗ-ова у Босни и Херцеговини у погледу помоћи и терапија доводе до превенције озбиљнијих проблема у овој осјетљивој фази живота. Поред доступности, анонимност и повјерљивост података су кључне у раду са младима, а поготово кад је ријеч о малим срединама.

Када је у питању образовни сектор, као закључак дискусија у оквиру фокус групе намеће се потреба за јединственим превентивним програмом на нивоу Босне и Херцеговине као и потреба за постојањем централизоване базе на ентитетском нивоу гдје би се пратиле потешкоће у менталном здрављу младих. Надаље, неопходно је континуирано едуковати родитеље о адекватном родитељству и менталном здрављу, како би и сами родитељи могли препознати када је дјеци потребан стручни третман.

С обзиром да наставници и стручни сарадници у школама могу примијетити понашања дјеце, неопходно је организовати сталне едукације школског особља о менталном здрављу адолесцената. Професионалци из образовног сектора истичу потребу за постојањем школских протокола када је у питању суицидалност код адолесцената, као и стандардизованих протокола за рад стручних сарадника са јасно дефинисаним исходима у раду. С обзиром да је у адолесцентном периоду група вршњака веома важна, потребно је обезбиједити већу доступност групне подршке за адолесценте као дио обавезног третмана.

5. Теоријска знања о проблемима у понашању код дјеце школске доби узраста од 14 до 18 година

5.1 Поремећаји у понашању

Појам поремећаји у понашању односи се на широки спектар понашања различитих манифестација, обиљежја, интензитета, трајања, опасности, штетности и сложености. Надаље, тај се појам односи на старосну групу дјеце од 0 до 18 година, изузетно до 21 године. Општепознато је да се поремећаји у понашању дјеце и младих најчешће развијају постепено од благих, мање ометајућих према тежим, очитијим и опаснијим поремећајима, иако су могућа и одступања од тог правила. Проблем у дефинисању појаве поремећаја у понашању произлази и из различитости у приступу, те се стога неке дефиниције поремећаја у понашању заснивају на

феноменолошком приступу, неке на етиолошком, а треће на потреби интервенисања друштва у васпитању и социјализацији дјетета (Колер-Трбовић, 2003).

Колер-Трбовић, Жижак и Башић (2001) дефинишу поремећаје у понашању као сва она понашања која на неки начин ометају самог појединца, односно дијете или младог човјека у редовном функционисању, и могу бити штетна и опасна по самог појединца и/или његово окружење.

Према класификацији DSM-V (2014) Америчког психијатријског удружења, поремећаји у понашању дефинишу се као истрајни обрасци антисоцијалног понашања који су везани уз: агресију према људима или животињама, уништавање имовине, варање или крађу те озбиљно кршење правила. Надаље, класификација према димензијама понашања односно Ахенбахова (*Achenbach*) димензионална класификација поремећаја, укључује двије групе понашања: интернализоване и екстернализоване. Код интернализованих симптома ријеч је о понашању које је превише контролисано или усмјерено према себи. Ту спадају депресија, повлачење и анксиозност. Код екстернализованих симптома ријеч је о понашању које је недовољно контролисано или усмјерено према другима. Примјер таквих понашања је агресивност, хиперактивност, деликвенција, итд. (Колер – Трбовић, 2003).

Ауторка Колер-Трбовић (2003), обједињујући дефиниције споменутих аутора, наводи да поремећаји у понашању:

- представљају значајније одступање од уобичајеног, друштвеног прихватљивог понашања одређене средине за специфичну доб и пол дјетета, и ситуацију;
- представљају непосредно или посредно угрожавајући, штетну, опасну ситуацију за само дијете;
- указују на јасне показатеље будућег неповољног развоја дјетета уколико се не интервенише;
- захтијевају додатну стручну или ширу помоћ без које сама особа не може превладати тешкоће.

5.2 Екстернализовани и интернализовани проблеми у понашању дјеце и адолесцената

Према социо-еколошком моделу проблеми у понашању класификовани су у двије веће групе о којима говоре Ахенбах (*Achenbach*) и Еделбрук (*Edelbrock*) (*Scholte*, 1995), а то су:

- екстернализовани проблеми и
- интернализовани проблеми.

Прва група проблема у понашању и емоцијама односи се на оне типове понашања који су усмјерени према вањском свијету као што су вршњачко злостављање, хиперактивност, агресивност, крађа, итд. Друга група проблема у понашању и емоцијама обухвата типове понашања који су усмјерени према себи као што су анксиозност, депресија, усамљеност и социјална повученост.

Истраживањима у оквиру дјечје психопатологије утврђене су двије широке групе симптома које указују на постојање екстернализованих и интернализованих проблема у понашању дјеце (Davison и Neal, 2002). *Екстернализовани проблеми* манифестују се као недовољно контролисана и ексцесивна понашања те укључују понашања попут хиперактивног поремећаја, поремећаја опхођења, агресивности и антисоцијалног понашања. Називамо их још и активним поремећајима у понашању.

Интернализовани проблеми у понашању односе се на претјерано контролисана понашања. Таква понашања стварају више проблема самом дјетету него особама које га окружују. Теже их је примијетити јер дијете све своје страхове и проблеме задржава у себи и најчешће се повлачи из друштва. Особе с овим поремећајем манифестују страхове, напетост, срамежљивост, осјећај невољености, инфериорност, тугу, повученост и депресију. Такође, симптоми ових поремећаја слични су симптомима анксиозности и депресије код одраслих особа. Појава претјерано контролисаног понашања је у већој мјери карактеристична за дјевојчице. Дјеца с интернализованим поремећајима исказују више негативне емоционалности, дефиците у прикладним начинима реаговања те висок ниво инхибиције понашања (Lebedina Manzoni, 2007). Поремећаје претјерано контролисаног понашања можемо подијелити на поремећаје понашања самог дјетета (његови страхови или депресивност) и на поремећаје који су узроковани вањским факторима као малтретирање од стране друге дјеце или пак занемаривање или претјерана контрола од стране родитеља или старатеља (Lebedina Manzoni, 2007). Ако је проблем настао усљед неких страхова или депресије, дијете се о томе не зна изразити. Ако је, међутим, проблем у вањском фактору, дијете се боји да се обрати неком за помоћ.

5.3 Преваленција проблема у понашању и разлике по полу и доби

Једногодишња преваленција унутар популације варира од 2 до преко 10%, са средњом вриједношћу 4%. Јавља се подједнако у свим етничким и расним категоријама. Стопа преваленције расте од дјетињства према адолесценцији и већа је унутар мушког пола (APA, 2014).

Досадашња истраживања су показала да је најважнија и уједно најефикаснија рана превенција, односно превенција у предшколском периоду. Потреба раног уочавања поремећаја у понашању дјеце и младих, односно третмана истих, од велике је важности за каснији раст и развој дјетета (Колер-Трбовић, 1998).

Новија истраживања агресивног понашања на узорку млађих адолесцената (Омерсофтић, Звиздић, 2020) откривају да је пол варијабла, која нешто мање, али ипак статистички значајно, објашњава изложеност насиљу у заједници у виду почињеног насиља у школи. За дјечаке је карактеристична већа изложеност насиљу у заједници у виду почињеног насиља у школи, у односу на дјевојчице.

6. Теоријска знања о протективним факторима код младих

6.1 Ризични и заштитни фактори

Фактори ризика представљају све оне факторе који повећавају вјероватноћу настанка поремећаја, доводе до веће морбилности и дужег трајања ментално здравствених проблема.

Протективни, односно заштитни фактори су они који поспјешују отпорност на факторе ризика и поремећаја.

Типична ризична понашања дјеце и младих су:

- склоност лагању и варању,
- дружење са проблематичним вршњацима,
- неосјећање кривице,
- провоцирање ауторитета,
- безосјећајност,
- несарадња са вршњацима и неучествовање у организованим слободним активностима (спорт, секције, друштва за младе и сл.),
- изостајање са наставе,
- неадекватно слободно вријеме (прекомјерно кориштење интернета, кафићи, лутања на улицама, дуготрајно спавање, немање хобија и сл.),
- неодговорност за свакодневне обавезе и
- лоша комуникација.

Ризична понашања која су дуготрајна, интензивна постају константан образац понашања и она се не дешавају „неком другом“. Ризична понашања су међусобно повезана и континуирано присутна.

Гармези (*Garmezy*) (1981) истиче улогу фактора као што су диспозитивни атрибути, стање окружења и позитивних догађаја који могу ублажити ефекте негативних или трауматских искустава.

Индивидуалне карактеристике као што су висока интелигенција, одређена врста темперамента, способност когнитивне процјене трауматског искуства и везе са значајним људима из окружења су примјери који могу ублажити или бити заштитни фактори дјецџ/младима.

Према стадијумима психосоцијалног развоја Ериксон наводи знакове дисфункције младих од 12 до 18 година:

- антисоцијално понашање,
- мањак здравих вјештина суочавања,
- слабе везе са вршњацима и
- соматске потешкоће (жаљење).

Фактори заштите/протективни фактори су све оне унутрашње и вањске снаге које помажу дјетету да боље подноси ризике или које ублажавају ризике (*Fraser*, 1997; према Башић, 2000). И заштитни и ризични фактори налазе се у просторима индивидуалних карактеристика дјетета или младог човјека те у просторима социјалног окружења у којима млади живе (Башић, 2000). Протективни фактори дјелују на два начина, и то смањују излагање факторима ризика или ублажавају ефекте фактора ризика. Они се дијеле на:

- индивидуалне,

- породичне,
- социјалне,
- економске,
- друштвене и
- еколошке.

У заштитне факторе убрајамо одређене карактеристике темперамента, вјештине и вриједности које воде ка учинковитијем кориштењу потенцијала, отвореност према приликама у важним животним ситуацијама, способност тражења помоћи, квалитетну комуникацију, вјештине рјешавања проблема, интелигенцију, академску успјешност и компетенцију, те позитивну слику о самом себи (Башић и Ферић, 2004).

Вилијамс (*Williams*), Ајерс (*Ayers*) и Артур (*Arthur*) су описали и заштитне факторе који смањују ризик од појаве делинквенције код младих као и других облика поремећаја у понашању. То су женски пол, повезаност с родитељима, договор с породицом, позитиван темперамент, способност прилагођавања, топла породична клима, јак вањски систем подршке који јача напоре дјетета у суочавању са стресним догађајима и ризицима, здрава вјеровања, вјештине рјешавања социјалних проблема (Башић и Јанковић, 2000). Показало се како нека дјеца која су била изложена стресним догађајима и одрасла уз високо ризичне родитеље који су их злостављали у будућности не показују ниједан облик поремећаја у понашању и у одраслој доби имају добро ментално здравље јер су имали одговарајуће особине и подршку околине (Ајдуковић, 2000).

Неки страни аутори, међу којима и *Artur, Hawkins* и сарадници (2002; према Мешчић, Блажевић, 2007), наводе сљедеће заштитне факторе чијом се заступљеношћу смањује ризик појаве поремећаја у понашању:

- индивидуални (позитиван/отпоран темперамент, вјештине рјешавања проблема, просоцијална понашања),
- породични (добар однос с родитељима и повезаност с породицом, договори с породицом, стабилна породица),
- школа (мотивација/позитиван став према школи, добар однос с наставницима, школа високог квалитета, јасна школска правила понашања и одговорности),
- вршњаци (укљученост у позитивне активности, добри односи с вршњацима, родитељско одобравање пријатеља) и
- заједница (економски стабилне заједнице, безбједна околина, повезаност комшилука и друштвена кохезија) (Мешчић, Блажевић, 2007).

Јачањем наведених заштитних фактора већ у раном васпитању доприноси се оснаживању дјеце и њихове околине, а управо је то смисао примарне превенције. На тај начин развија се отпорност и способност младих да се одупру разним притисцима и изазовима којима су изложени током адолесценције. Несумњиво је да школа, уз породицу, има пресудну важност у развоју и социјализацији сваког појединца, а самим тим и широке могућности за примјену и спровођење различитих стратегија педагошке превенције поремећаја у понашању младих. Под педагошком превенцијом подразумевају се сви они васпитно-социјални поступци, мјере и активности којима се настоји спријечити настанак и развој поремећаја у понашању. Педагошка превенција

укључује и рано откривање поремећаја у понашању те благовремено и адекватно пружање помоћи и заштите. Педагошка превенција заснована је такође и на концепту јачања заштитних фактора, оснаживању те задовољавању основних психолошких потреба ученика-адолесцената.

Према Ериксеновој теорији најважније активности које би се радиле са адолесцентима у овом периоду су интегрисање искуства дјетињства у лични идентитет, помагање адолесценту да доноси одлуке, охрабривање активне партиципације у кућним активностима и асистирање у планирању будућности.

6.2. Породични и социјални ризични и заштитни фактори

Многобројна истраживања су показала да је врло важно колико је породица спремна да се суочи са стресом какав год узрок стреса био и колико стрес утиче на односе између чланова породице. Когнер (*Conger*) и Елдер (*Elder*) (1994. према Цудина-Обрадовић и Обрадовић, 2006) су развили модел породичног стреса у којем се објашњава како стрес дјелује на процесе унутар породице и како ти неповољни утицаји утичу на дјецу. Стрес угрожава ментално и физичко здравље родитеља, изазива депресију и раздражљивост.

Према моделу Когнера и Елдера (1994. према Чудина-Обрадовић и Обрадовић, 2006) стрес највише штети дјечи јер ремети родитељске односе и штети квалитету родитељства.

Почетком 1970-тих година истраживачи су примијетили да су нека дјеца отпорнија на стрес од друге без обзира на стресне услове у којима се породица нашла.

Истраживања истичу да том својству „отпорности на стрес“ највише доприносе ниво самопоимања, компетентности, повезаности дјече са одраслом особом, тзв. „заштитником“ (*Masten, Coatsworth, 1998, Masten, 2001*) али и породице које имају добру кохезију, пружају међусобну подршку и имају заједнички циљ (*Seccombe, 2002, Cole, Clark, Gable, 2001, Чудина-Обрадовић и Обрадовић, 2006*).

Истраживања показују да постоје карактеристике појединца и својства околине који утичу на успјешност превладавања стреса и ризика у породичном животу.

Према ауторима Мастену (*Masten*) и Котсворту (*Coatsworth*) (1998) то су:

- особине појединца - добро интелектуално функционисање, самопоимање, самопоштовање, осјећај учинковитости, друштвеност, шарм, таленат и вјера у будућност,
- особине породице - чврста повезаност с једном одраслом особом, ауторитативно васпитање (топлина, структура, очекивање успјеха), породична кохезија (заједничке активности, оброци или бар један оброк), повезаност са широм породицом,
- шира околина - блискост с одраслом особом изван породице, блискост с вршњаком из друге „здраве“ породице, добра организација школе, блискост с једним заинтересованим учитељем, повезаност с другим организацијама као што је спортски клуб, црква и сл.

Уз то, отпорност на стрес није само појединачна особина дјетета или адолесцента него и породице као цјелине. Више аутора је истакло карактеристике породица отпорних на стрес (*Masten, Coatsworth, 1998, Masten, 2001, Seccombe, 2002, Cole, Clark, Gable, 2001*, Чудина-Обрадовић и Обрадовић, 2006) и подијелило их на заштитне факторе и факторе опоравка.

Еколошка теорија система, која се назива теорија „Развоја у контексту“ или „људске екологије“, наводи четири врсте повезаних еколошких система, уз двосмјерни утицај унутар и међу системима. Теорију је развио Ури Бронфенбренер (*Urie Bronfenbrenner*) за кога се сматра да је један од водећих свјетских научника на подручју развојне психологије.

Свака индивидуа је урођена у више система који директно и индиректно утичу на њихово понашање и ти утицаји су реципрочни и двосмјерни.

Вањска околина у којој други учествују и чине утицај назива се егзосистем, а сви ти системи (микро, мезо и егзо) укључени су у макросистем који обухвата вриједности и норме неке културе као и идеолошке вриједности. Спомиње се још и хроносистем који се односи на утицај промјена и сталности кроз неки дужи временски период на развој особе у околини у којој живи (Јанковић, 2004). Бронфенбренер (*Bubolz, Sontag, 1990*; према Јанковић 2004) описује човјекову околину као структуре које су свака уклопљена у сљедећу као сет бабушки (руске дрвене луткице које се стављају једне у друге).

Нека истраживања истичу важност породичних процеса који су под утицајем економског стреса, односно субјективног доживљаја економске угрожености. У социолошким радовима се користи појам социјална искљученост која се односи на немогућност учествовања у материјалним и културним догађајима које нуди савремени живот (стамбени услови, превоз, учествовање у спорту, култури, друштвени живот).

Социјална искљученост се у неким студијама веже уз депресију, слабо здравље, ране адолесцентске трудноће (*Roosa, и сар. 2005*; према Чудина-Обрадовић и Обрадовић, 2006).

Економско сиромаштво облик је стреса с којим се породица суочава, као и непредвидиве тешкоће као што су смрт, тешка болест, елементарне непогоде, рат, губитак посла.

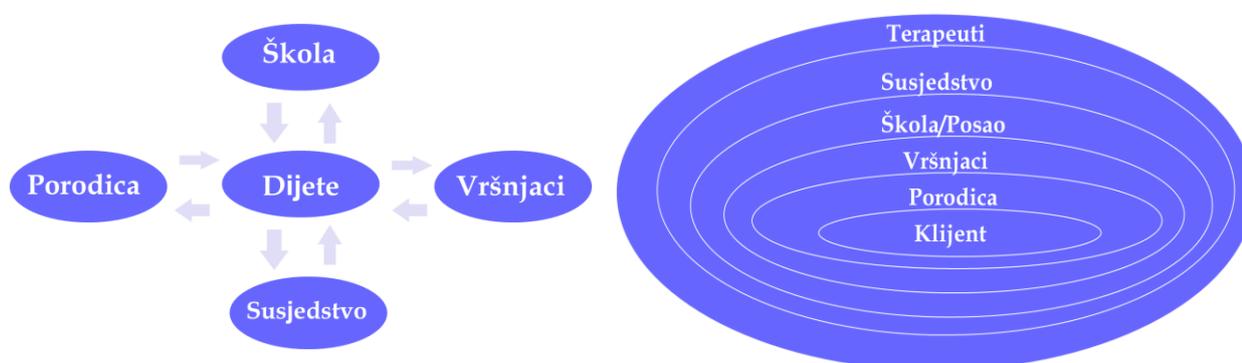
Захваљујући еколошкој теорији система у системској породичној терапији се развио модел екосистемских интервенција које подразумевају интервенисање на свим нивоима система који су повезани са проблемима. Овај модел је заснован на еколошкој теорији система која сматра да уколико утичемо на промјене код индивидуе без мијењања околине и свих битних актера укључених у проблем, чак и након побољшања и смањења симптома, може доћи до погоршавања симптома и враћања проблема.

Програм се заснива на општој теорији система и теорији социјалне екологије, те има девет принципа према којима дјелује:

- 1) примарни циљ процјене је разумијевање повезаности проблема са ширим концептом система;

- 2) нагласак је на позитивном и употреби снага сваког система којем дијете/млада особа припада (породични, школски, вршњачки) као покретача промјене;
- 3) интервенцијама се настоји подстаћи одговорно понашање чланова породице;
- 4) интервенције су усмјерене на садашњост, акцију и специфичне, добро дефинисане проблеме;
- 5) интервенције су усмјерене на аспекте породичних односа/социјалне екологије који су повезани с утврђеним проблемима и доприносе проблемима у понашању;
- 6) интервенције су прилагођене развојним потребама младих;
- 7) интервенције захтијевају дневни и седмични ангажман чланова породице;
- 8) учинковитост интервенција се континуирано мјери;
- 9) интервенцијама се настоје постићи дугорочни учинци.

Илустрација еколошког модела:



6.3. Фактори ризика за настанак тешкоћа менталног здравља школске дјеце у Босни и Херцеговини

6.3.1. Посљедице поплава 2014. године као и пандемије COVID-19

Поплаве 2014. године оставиле су посљедице по ментално здравље становништва у погођеним подручјима у Босни и Херцеговини. Стручњаци из Центара за заштиту менталног здравља и бројни волонтери из области менталног здравља реаговали су тако што су пружали кризне интервенције са нагласком на дјецу и младе. Не може се занемарити чињеница да је за многе младе доживљај поплава било трауматско искуство које је укључивало властиту животну угроженост или угроженост своје породице, губитак имовине, итд.

Попут поплава, и Covid-19 је дјеловао као окидач за ратне трауме код великог броја становника. Кризне ситуације са којима су се дјеца суочавала у току пандемије Covid-19 јесу ограничено кретање, обустава класичног похађања наставе, недостатак социјалних контаката са вршњацима, прекид уобичајених активности попут тренинга, курсева и сл., зараженост Covid-19 и смрт у ужој и широј породици, властита зараженост Covidom, властита боравак у болници, боравак у болници ужих чланова породице, смрт више чланова породице узрокована Covid-19.

Како би школе пружиле адекватан одговор на кризне ситуације код ученика, неопходно је да наставници и стручни сарадници буду едуковани за поступање у кризним ситуацијама.

6.3.2. Трансгенерацијска траума

Трансгенерацијски пренос трауме је термин који се веома често користи у нашем друштву, а посебно након рата гдје је генерација родитеља ученика са којим ми радимо доживјела ратну трауму у различитим облицима. Овај термин се односи на појаву да родитељска или траума даљих генерација утиче на функционалност дјетета, односно на појаву одређених промјена у понашању код дјеце као и неприлагођеног понашања. Bitно је нагласити да се овај појам не односи само на ратну трауму већ и на остале развојне или трауме доживљене у одраслој доби код родитеља и предака дјетета а које су остале потиснуте и „непрерађене“ (Бадурина и сар., 2021).

Према Хилу (*Hill*) (2017), трансгенерацијска траума може негативно утицати на породице као резултат:

- неријешених емоција и мисли о трауматском искуству,
- негативног понављајућег модела понашања који укључује увјерења о родитељству,
- нетретиране или слабо третиране злоупотребе супстанци или менталног поремећаја,
- слабог односа родитељ-дијете и неадекватне емоционалне привржености,
- компликоване црте личности или поремећаја личности и
- чврстог става да ствари остају унутар породице.

6.3.3. Финансијска нестабилност

Незапосленост родитеља и ниска финансијска примања могу довести до недовољно квалитетних животних услова за здрав физички и психички развој дјетета, до фрустрација код адолесцента због перципирања властите неједнакости у односу на друге, перципирања али и реалне социјалне искључености, због недостатка могућности да се укључи у неку вршњачку спортску или умјетничку групу.

6.3.4. Изложеност породичном насиљу и насиљу у заједници код младих

Различити проблеми са којима се суочавају родитељи младих у Босни и Херцеговини, попут незапослености, ПТСП-а и других тешкоћа са менталним здрављем често доводе до повећане изложености адолесцената породичном насиљу које значајно нарушава ментално здравље адолесцента.

Адолесценти из Босне и Херцеговине су такође изложени и насиљу у заједници. Истраживања о изложености дјеце и адолесцената насиљу у заједници су актуелна, а интерес за ову проблематику подстакнут је спознајом да изложеност насиљу у заједници у виду жртве, свједока или починиоца има негативне посљедице на њихово физичко и ментално здравље. Насиље у заједници укључује било које насиље које се одиграва на јавном мјесту (*Bowen – Brown, 2008*) односно оно искључује породично насиље и насиље на радном мјесту (*Cicchetti, 2016*). Насиље у школи понекад се разликује од насиља у заједници, али се најчешће посматра

као дио или пак као посебан облик насиља у заједници. Уопштено, адолесценти спадају у старосну групу за коју је карактеристичан ризик за изложеност насиљу у заједници. Студија у САД-у је показала да су 17,6% дјеце и адолесцената директне жртве напада у заједници (Finkelhor – Turner – Omrod – Hamby – Kracke 2009; Cicchetti, 2016; према Омерсофтић, Звиздић, 2019).

Још увијек је потребно да се ради на сензибилизацији становништва али и стручњака који раде са дјецом на томе да пријаве и најмање облике насиља и да дјелују међусекторски у третирању породице у којој се дешава насиље.

6.3.5. Фактори ризика везани за школско окружење

Школа је саставни дио сваког дјетета и представља, поред породичног система, један од најзначајнијих система у дјечјем и адолесцентном менталном и психосоцијалном развоју. Будући да дјеца највећи дио свог времена проведу у школи, чини се логичним да се сви они који раде са дјецом требају позабавити тиме какве су школе и како се дјеца у њима осјећају.

Претходно наведено истраживање обухватило је и специфичне аспекте квалитета школског живота који говоре да близу 60% дјеце често осјећа страх од школе, а скоро свако друго дијете се не осјећа безбједно у школи, те близу 60% дјеце нимало не осјећа да припада својој школи (Бадурина, 2013, 2016; према Бадурина и сарадници, 2021).

Ризик се данас дефинише као вјероватноћа да ће се будући проблеми смањивати у равнотежи између компетенција младих и дјеце (отпорности) и њихове ризичности (Башић, 2001).

Вилијамс (Williams), Ајерс (Ayers) и Артур (Arthur) (1997; према Башић, 2001) наводе најчешће ризичне факторе у развоју поремећаја у понашању код дјеце и младих. Између осталих (генетски или биолошки, индивидуални и вршњачки, фактори везани уз породицу, ризични фактори у заједници), као важан фактор ризика за настанак поремећаја и проблема у понашању наводе факторе везане за школу, а то су:

- школски неуспјех,
- сиромашно академско постигнуће,
- дисциплински проблеми и
- недовољна приврженост школе.

Аутори Кафеџић, Бјелан–Гуска и сарадници (2019) истичу да је основна школа мјесто гдје се могу препознати различити облици понашања код дјетета односно фактори ризика који постоје у дјететовом окружењу и гдје се може утицати на смањивање дјеловања или уклањање фактора ризика односно спрјечавање развијања проблема у понашању код дјеце. Осим тога, школско окружење игра важну улогу у постизању и одржавању менталног здравља дјеце и адолесцената. Школа је препозната као заштитни фактор за многе здравствене потешкоће. На другој страни, фактори који лоше утичу на ментално здравље су вршњачко насиље, недостатак прихватања од вршњака и недостатак подршке од родитеља/старатеља и наставника. Исти аутори наводе факторе ризика за настанак друштвено неприхватљивог понашања и проблема у понашању који се могу препознати у школском окружењу:

- ученик/ученица је пркосан/пркосна и у константном отпору према школским правилима,
- ученик/ученица константно (неоправдано) изостаје са наставе,

- ученик/ученица је насилан/насилна (вербално, физички и релацијски) према вршњацима,
- ученик/ученица угрожава вршњаке (... или друге особе) у дигиталном окружењу (сајбер простору...),
- ученик/ученица пасивно свједочи и снима насиље (међу вршњацима),
- ученик/ученица се физички сукобљава са наставником/ицом,
- ученик/ученица врло често за своје лоше поступке оптужује друге (неутрализација...),
- ученик/ученица је склон(а) самоповређивању (аутоагресија...),
- ученик/ученица показује јаке изливе бијеса при минималним подражајима,
- ученик/ученица константно крши правила школе,
- ученик/ученица иницира и/или учествује у тучњавама,
- ученик/ученица намјерно уништава јавно добро у и око школе,
- ученик/ученица у школи присваја туђе ствари,
- ученик/ученица конзумира цигарете и/или алкохол,
- ученик/ученица конзумира дрогу,
- ученик/ученица (за вријеме наставе) проводи вријеме у кафићима или кладионицама,
- ученик/ученица у школу уноси опасне предмете којима може повриједити вршњаке,
- ученик/ученица скита и/или просјачи и
- ученик/ученица износи ксенофобне ставове и/или упражњава говор мржње (Кафеџић и сарадници, 2019).

6.4. Развој резилијентности/отпорности код младих

Отпорност или резилијентност се може одредити као учинак интеракције ризичних фактора у комбинацији са позитивним снагама (заштитним факторима) који доприносе исходу који представља здраво прилагођавање. Да би се развила дуготрајна отпорност код дјече из високо-ризичних окружења потребна је: емоционална брига и топлина, отвореност и прихватање, самосталност уз надзор, усмјереност према постигнућу те развој одговарајућих вриједности. Еколошки мултидимензионални приступ сагледавању фактора ризика и заштите у развоју поремећаја у понашању (Раић, 2016) представља модел који може помоћи у процјењивању јакости и слабости у еколошком систему а тако и у планирању превентивног и третманског дјеловања. Модел се дијели на сљедеће нивое:

6.4.1. Задовољење основних потреба

Основна претпоставка развоја отпорности јесте задовољавање основних егзистенцијалних потреба дјетета. Кључну улогу у обезбјеђивању задовољавања основних потреба дјетета имају мјере социјалне политике, али и породично-правна заштита дјетета те остале интервенције система социјалне заштите.

Потребе адолесцената у односу са другима

Свако дијете има релацијске потребе, односно потребе за контактом којих често није свјесно и које није у стању да саопшти одраслима нити својим вршњацима. Зато дјеца својим промјенама у понашању показују да им недостаје пажње или љубави родитеља, прихватања вршњака, разумијевања наставника, образовне подршке у смислу помоћи при савладавању градива или јасне структуре одраслих.

Када су релацијске потребе незадовољене, дјеца показују промјене у понашању, попут повлачења, агресивног понашања, слабијег школског успјеха, непоштивања школских правила те као резултат тога у школском окружењу могу постати жртве или починиоци насиља.

Ричард Ерскин (*Richard Erskine*), клинички психолог и еминентни стручњак из области психотерапије, у књизи коју је објавио са својим сарадницима дефинише 8 потреба које људи имају у односу са другима (*Erskine и сар., 1999; Erskine, 2015; Бадуринa и сар., 2021*):

1. Потреба за сигурношћу

Сигурност је органски доживљај да су наше физичке и емоционалне рањивости заштићене. Савјетодавни рад са дјецом стога треба да укључује емпатијску свјесност о потреби за сигурношћу у односу као и реципрочни одговор на ту потребу. То претпоставља реакцију која укључује поштивање и прихватање дјечје рањивости без стида (*Erskine, 2015; Бадуринa и сар., 2021*).

2. Потреба за признањем и потврдом важности

Ова потреба се односи на постојање друге особе која ће потврдити, афирмисати и прихватити све наше релацијске потребе као природне. Ово се постиже кроз остваривање стварног контакта са дјететом и истинском заинтересованошћу за дијете, а не обичним присуством.

3. Потреба за прихватањем од мудре, поуздане и заштитничке особе

Ово је основна потреба јер свако дијете има потребу да се ослони на родитеље, старију браћу и сестре, наставнике и менторе. То је потреба за значајним другим од кога добијамо заштиту, охрабрење и информацију (*Erskine, 2015; Бадуринa и сар., 2021*).

4. Потреба за заједништвом – дијељењем искуства

Ова потреба се манифестује кроз жељу да се буде у присуству са неким ко је сличан, ко разумије јер су он или она имали слично искуство. То је осјећај проласка истога пута заједно са неким ко је „као ја“ (*Erskine, 2015; Бадуринa и сар., 2021*).

5. Потреба за самодefинисањем (Ко сам ја?)

Самодefинисање је релацијска потреба за познавањем и изражавањем своје јединствености и добијањем признања и прихватања од стране других.

6. Потреба за утицањем на друге људе

То је индивидуални осјећај компетенције у односу који произлази из ефикасности да се привуче пажња друге особе, утицаја који би могао да користи другим људима и утицаја на промјену осјећања или понашања друге особе (*Erskine, 2015*).

7. Потреба за иницијативом од стране других људи

Иницијатива се односи на подстицај за успостављање интерперсоналног контакта са другом особом. То је тражење друге особе на начин који признаје и њему или њој даје значај у односу (*Erskine, 2015; Бадуринa и сар., 2021*). Уколико се код адолесцента примијети претјерана

пасивност, могуће је да је један од узрока таквога понашања незадовољена ова потреба у ранијој животној фази.

8. Потреба за изражавањем љубави

Ова потреба је веома важна компонента односа. Љубав се обично показује кроз тиху захвалност, приврженост или када урадимо нешто за другу особу. Значај потребе да се покаже љубав – било да је то од дјецe ка родитељима, браћи, сестрама или наставницима, или од клијента према терапеуту – често се превиди у психотерапијској пракси (Erskine, 2015; Бадурина и сар., 2021).

6.4.2. Социјална мрежа и суштинско прихватање

Други ниво претпоставки за развој отпорности чини суштинско прихватање те квалитетна и подржавајућа социјална мрежа. Суштинско прихватање дјетета као особе пресудно је за његов уравнотежен психосоцијални развој. Прихватање дјетета даје му поруку да је вољено, да је вриједно као особа, да се може обратити одраслом, без обзира што се догодило. Уколико значајне особе у дјететовом окружењу не реагују на нека неприхватљива понашања, дијете то може доживјети као нешто супротно прихватању, а то је равнодушност. Ако породица добро функционише, пружиће одговарајуће прихватање својим члановима, али многе породице из различитих разлога нису на то спремне. Значајно је зато развијати подршку која ће помоћи породици, а и дјетету да савлада потешкоће.

6.4.3. Доживљај личне дјелотворности

Доживљај личне дјелотворности није само знати шта треба да се уради и бити мотивисан за то. Дјелотворност је производ способности да се социјалне, когнитивне и емоционалне вјештине организују и усклађено доприносе остваривању различитих циљева. Вјештина која је значајна за развој доживљаја дјелотворности и оснаживања дјетета назива се социјална вјештина. Социјалне вјештине се односе на низ специфичних вјештина, од вјештина дјелотворног родитељства до комуникацијских вјештина дјецe и родитеља и слично. Свој дјеци је важно омогућити да усвоје такве вјештине, јер им оне олакшавају да се укључују у разне активности које шире њихову социјалну мрежу, али и да се лакше суочавају са захтјевима окружења. Рад на развоју социјалних вјештина код дјетета претпоставља рад на његовој околини и тако може утицати на развој осјећаја дјелотворности. Дијете ће најбоље усвајати социјалне вјештине од одраслог који га прихвата као особу.

6.4.4. Дјелотворно суочавање са стресом

Суочавање подразумијева активности појединца да промијени тренутно поремећени однос с околином, било мијењањем властитог понашања, било мијењањем неповољних аспеката у околини. Постоји пуно стратегија суочавања које дијете може користити у тешким животним ситуацијама – тражење социјалне подршке, маштајући и сањарећи, изражавајући осјећања, активним рјешавањем проблема или хумором. Важно је да дијете развија разне стратегије суочавања те да у зависности од ситуације може дјелотворно користити неку од њих. Нпр. хумор је више од одбрамбеног механизма, односно бијега од неугодне стварности. Даје нам пуно снаге и може бити повезан с отпорности на многе начине. Требамо да подстичемо климу у

породици или школи у којој има смијеха и шале. Како би у томе били успјешни, треба се створити клима повјерења пошто без климе повјерења хумор може постати јако агресиван.

6.4.5. Самопоимање и самопоштовање

„Здрава“ особа зна себе, прихвата себе и воли себе. Таква особа је способна да преузме одговорност за посљедице својих дјела. Самопоимање се односи на слику коју појединац има о себи као социјалном, емоционалном и физичком бићу. Самопоштовање је свијест о ономе ко и шта смо ми, независно од онога што знамо и можемо. Кључно је за развој саосјећања и бриге за друге. Када дијете не прихвата себе, тешко му је да прихвати мишљење другог дјетета, а то је основа честих ругања или одбацивања, али и агресивног понашања. Стога је афирмација, потврђивање властите вриједности, један од предуслова свеукупног развоја дјетета, међусобног прихватања у групама дјеце те конструктивног рјешавања сукоба међу дјецом (Ајдуковић, 2000).

Фактори заштите су све оне унутрашње и вањске снаге које помажу дјетету да боље подноси ризике или које ублажавају ризике (*Fraser, 1997*, према Башић, 2000). И заштитни и ризични фактори налазе се у просторима индивидуалних карактеристика дјетета или младог човјека те у просторима социјалног окружења у којима млади живе (Башић, 2000).

Неки страни аутори, међу којима и Артур (*Artur*), Хокинс (*Hawkins*) и сарадници (2002), наводе сљедеће заштитне факторе чијом се заступљеношћу смањује ризик појаве поремећаја у понашању:

- индивидуални (позитивни/отпорни темперамент, вјештине рјешавања проблема, просоцијална понашања),
- породични (добар однос с родитељима и повезаност с породицом, договори с породицом, стабилна породица),
- школски (мотивација/позитиван став према школи, добар однос с наставницима, школа високог квалитета, јасна школска правила понашања и одговорности),
- вршњачки (укљученост у позитивне активности, добри односи с вршњацима, родитељско одобравање пријатеља) и
- фактори заједнице (економски стабилне заједнице, безбједна околина, повезаност комшилука и друштвена кохезија) (Мешчић, Блажевић, 2007).

Јачањем наведених заштитних фактора већ у раном васпитању доприноси се оснаживању дјеце и њихове околине, а управо је то смисао примарне превенције. На тај начин развија се отпорност и способност младих да се одупру разним притисцима и изазовима којима су изложени током адолесценције. Несумњиво је да школа, уз породицу, има пресудну важност у развоју и социјализацији сваког појединца, а самим тим и широке могућности за примјену и спровођење различитих стратегија педагошке превенције поремећаја у понашању младих. Под педагошком превенцијом подразумевају се сви они васпитно-социјални поступци, мјере и активности којима се настоји да се спријечи настанак и развој поремећаја у понашању. Педагошка превенција укључује и рано откривање поремећаја у понашању те благовремено и адекватно пружање помоћи и заштите. Педагошка превенција заснована је такође на концепту јачања заштитних фактора, оснаживању те задовољавању основних психолошких потреба ученика-адолесцената.

Три су кључна аспекта подршке за развој резилијентности код дјете (Hooper, 2012; према Бадурина и сарадници, 2021):

- 1) снажан осјећај личне сигурности, повјерења у друге, тако што обезбјеђујемо оптималне услове сигурног уточишта гдје се дијете осјећа признато, прихваћено и вољено онакво какво јесте;
- 2) јачање самоувјерености код дјетета уз подршку да освијести: интрапсихички систем подршке (личне снаге, потенцијале и способности, слабости, свјесност о осјећајима, мислима и понашањима и начинима на које најчешће одговара на окружење, емоционалне и социјалне компетенције); интерперсонални систем подршке (однос са родитељима, однос са члановима породице, наставницима, пријатељима, вршњацима, школским окружењем и активном подршком из заједнице);
- 3) освјештавање осјећаја смисла, активног учествовања и преузимања одговорности за себе и друге, која воде расту и успјеху.

7. Теоријски концепти превенције и промоције у менталном здрављу усмјерени на популацију младих од 14 до 18 година

7.1. Теоријски принципи превенције и промоције у менталном здрављу

Несумњиво је да су водећи јавноздравствени изазови који су обиљежили 21. вијек на глобалном плану, као што су сиромаштво, еколошке и социјалне посљедице урбанизације, те повећана изложеност факторима ризика за настанак хроничних болести, утицали и на тренд пораста поремећаја менталног здравља.

Промоција менталног здравља у заједници захтијева међусекторски приступ, са активним учешћем релевантних установа владиног сектора, невладиних организација и удружења грађана, с циљем системских и континуираних мјера надзора и превенције фактора ризика и јачања менталног здравља, благостања и квалитета живота у свим популационим групама.

Превенција фактора ризика и оснажење протективних фактора, те промоција менталног здравља обухвата интегративне стратегије које креирају животне услове и окружење које омогућава и подржава здраве животне стилове.

С циљем дефинисања теоријских принципа интервенција у унапређењу менталног здравља, треба нагласити разлику између појмова превенције и промоције које професионална и шира јавност веома често користи као синониме. Међутим, иако су то међусобно комплементарне активности, постоје разлике у садржају и концепту дјеловања, при чему су активности промоције усмјерене ка унапређењу здравља и квалитета живота, а активности превенције према поремећајима са фокусом на мјере спречавања поремећаја.

Промоција у менталном здрављу

Транзиција здравља на глобалном плану оставила је трага и на еволуцију концептуалних приступа у промоцији здравља садржаних у међународним документима. Тако од традиционалних приступа који промоцију менталног здравља посматрају као активности усмјерене на јачање менталног здравља и благостања становништва и појединаца те редуцирање оболијевања, по савременим ауторима, промоција менталног здравља је најближа термину позитивног менталног здравља и обухвата мјере којима јачамо вредновање менталног здравља у перцепцији општег здравља појединца, породице и заједнице у цјелини, односно

јачање знања и вјештина појединаца и популационих група за подршку и јачање позитивних емотивних и когнитивних капацитета као услова менталног здравља.

Концептуални оквир превенције и промоције у менталном здрављу

Савремени концепт превенције и промоције у менталном здрављу подразумеје интеграцију интервенција у здравственом и другим секторима у реализацији три основна стратешка циља:

- превентивне реоријентације услуга на свим нивоима здравствене заштите;
- превенције и редуцирања поремећаја и промоције менталног здравља;
- развијања служби у заједници које подржавају ресоцијализацију и интеграцију те редуцирају неједнакости у здрављу за осјетљиве популационе групе.

Према СЗО, улагање сваке владе у превенцију и промоцију менталног здравља је од изузетног значаја за дугорочни и одрживи развој заједнице путем залагања за:

- перцепцију превенције, као и улагање у здравље;
- активно учешће заједнице у развоју окружења које омогућава и подржава изборе за здраво живљење;
- здравствене услуге конципиране тако да морају да адекватно одговоре на поремећаје, али и ојачају могућности промоције здравља;
- омогућавање људима да промовишу своје здравље и буду активни партнери здравственим радницима у менаџменту поремећаја;
- доносиоци одлука на свим нивоима власти имају одговорност да развију здраве јавне политике и осигурају међусекторске интервенције за њихово спровођење.

У складу са препорукама релевантних докумената, с циљем мобилизације и активног учешћа заједнице, системске међусекторске интервенције редуцирања поремећаја и обољења менталног здравља интегришу се у четири стратешка правца: **мониторинг, превенција, промоција и едукација.**

Мониторинг подразумеје:

- унапрјеђење евиденције поремећаја и обољења менталног здравља у здравствено-статистичком систему у складу са међународно препорученим индикаторима;
- развој регистра менталних проблема и поремећаја;
- континуирано спровођење популационих истраживања везаних за све аспекте менталног здравља.

Превенција подразумеје:

- укљученост садржаја заштите и промоције менталног здравља у садржај превентивних прегледа свих популационих група и у свим животним циклусима;
- развој и доступност системских програма превенције и одвикавања од болести зависности (пушење, алкохол, дроге и психотропне супстанце) који су удружени с менталним проблемима и поремећајима;
- укљученост садржаја заштите и унапрјеђења менталног здравља у наставне садржаје предшколских и образовних установа свих нивоа;
- подршку раду група за самопомоћ, и другим услугама у заједници за лица са сметњама у менталном здрављу, лица са психосоцијалним потешкоћама али и другим популационим групама у ризику.

Промоција подразумијева:

- информисање и едукацију јавности с циљем унапрјеђења знања и ставова, редуцирања стигматизације и неједнакости везаних за све аспекте менталног здравља;
- јачање међусекторске сарадње здравственог и других сектора, НВО-а и медија у спровођењу кампања промоције менталног здравља;
- укључење промоције менталног здравља у садржај међусекторских интервенција, као што су здраве школе, здрава радна мјеста, центри за здраво старење, центри за заштиту менталног здравља;
- подршку програмима ресоцијализације, интеграције и запошљавања лица са сметњама у менталном здрављу.

Едукација укључује:

- афирмацију значаја сегмента менталног здравља у садржај додипломске и континуиране медицинске едукације здравствених радника и сарадника;
- развој мултидисциплинарних програма едукације из области менталног здравља за професионалце у здравственом и другим секторима;
- развој мултидисциплинарних водича за превенцију и промоцију менталног здравља.

Ментално здравље и развој сметњи у менталном здрављу одређени су дјеловањем вишеструких и интерактивних фактора попут знања и ставова, животних стилова и понашања, те учешћа социјалних фактора као што су образовање, запосленост, услови рада, становање. Такође, несумњиво је да је поред адекватне организације здравствене заштите као фундаменталне основе за промоцију менталног здравља у заједници, од великог значаја степен развоја друштвене климе која поштује и штити основна људска, политичка, социо-економска и културна права.

7.2. Значај промоције и превенције у очувању менталног здравља

Позитивно ментално здравље је „стање емоционалне и социјалне добробити у којем појединац може да реализује своје властите могућности, да се суочава са уобичајеним животним стресовима, да продуктивно и успјешно ради и да је у могућности да допринесе заједници у којој живи“ (СЗО, 2001). Недостатак позитивног менталног здравља је пријетња јавном здрављу, квалитету живота и стабилности у друштву.

Промоција и превенција менталног здравља представљају проактивни приступ, који подржава позитивно ментално здравље и отпорност/резилијенцију на појаву поремећаја. Активности промоције су усмјерене на детерминанте здравља, док је превенција усмјерена на узроке поремећаја. У пракси се ова подручја преклапају и једна интервенција, попут активности усмјерених на побољшање социјалних веза међу људима, има и промотивне и превентивне карактеристике.

Превенција се дефинише као „интервенције које се предузимају прије него што се појави поремећај“ како би се предуприједио његов развој. Историјски, јавно-здравствени концепт превенције обољења користи подјелу превенције на примарну, секундарну и терцијарну.

Примарна превенција има за циљ да спријечи појаву обољења и да инциденцу оболијевања сведе на најмању могућу мјеру и првенствено је усмјерена на здраве особе.

Добар примјер примарне превенције код сузбијања заразних болести је вакцинисање. Када се говори о примарној превенцији на подручју менталног здравља у дјеце и адолесцената до

изражаја долази пуно значење пословице „боље спријечити него лијечити“. Примарна превенција у дјечјој доби најчешће подразумијева отклањање или барем смањење посљедица развојног поремећаја. „Задовољавајуће здрав“ психолошки раст и развој дјетета првенствено зависи од наслијеђене конституције, динамике унутар породичних интеракција, трансгенерацијског преноса трауме или образаца понашања, те херeditарног оптерећења.

Лакше је успоставити рационалну превенцију уколико се добро разумију фактори који су повезани с развојним поремећајима (*Offord и Bennett 2002*).

Секундарна превенција обухвата рану дијагностику и третман болести, а успјех се процјењује преваленцијом. Односи се на препознавање „потенцијалних“ обољелих од менталних поремећаја, односно обољелих у раном стадију поремећаја, како би се благовременом интервенцијом спријечио развој манифестног поремећаја те тако зауставило његово напредовање и сачувао животни вијек као и квалитет живота.

Циљ је да се смањи број већ установљених случајева. Почива на идентификовању особа које су у ризику а које су тренутно асимптоматичне као и особа које показују субклиничке симптоме поремећаја. Особе у ризику се затим подвргавају интервенцијама које имају за циљ да се спријечи настанак поремећаја или да се смањи интензитет или дужина трајања симптома.

Важно је да интервенције које имају за циљ превенцију обухвате опште факторе ризика и отпорности (факторе који су заједнички великом броју поремећаја), као и факторе који су специфични за одређени поремећај.

Терцијарна превенција има за циљ сузбијање и ограничавање посљедица поремећаја и јављања релапса и поновно успостављање способности које су због поремећаја угрожене или изгубљене, а њена ефикасност се процјењује инвалидитетом болесника у датој популацији (Влајковић, 2003)

Други начин концептуализације превентивних стратегија заснива се на **тачки гледишта ризика и користи**. Превенција менталних поремећаја се усмјерава на редукацију фактора ризика и унапређење протективних фактора повезаних са менталним здрављем. Ефективна превенција захтијева вишесекторски приступ, партнерство, консултације, посвећеност и укљученост заједнице.

Према циљним групама на које су усмјерене, типови примарних превентивних интервенција се могу класификовати на: универзалне, селективне и индиковане. Прве двије припадају превентивним интервенцијама у „ужем смислу“, док индиковане превентивне интервенције припадају подручју ране интервенције (*Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000*).

- **Универзалне** - које су усмјерене на становништво или цијеле популационе групе које нису утврђене на основу појединачног ризика, са циљем побољшања свеукупног менталног здравља становништва. Примјери универзалних превентивних интервенција су: изградња повезаности и осјећаја припадности, наде у будућност и стратегија ношења са проблемима код ученика, добра пренатална нега, програми превенције злостављања у школама, умањење фактора ризика који су повезани са менталним поремећајима попут ниске контроле и високог нивоа стреса на радним мјестима.
- **Селективне** - које су усмјерене на појединце или популационе групе које су у повећаном ризику од развоја проблема и поремећаја. Селективне превентивне интервенције имају за циљ умањење ризика код циљне популационе групе. Примјери: програми у школама

усмјерени на младе у ризику од депресије, подршка дјечи чији родитељи пате од менталних поремећаја, психосоцијална подршка за људе који пате од хроничних физичких обољења, програми социјалне подршке за старије људе у социогеријатријским установама као превенција депресије, програми за особе које су искусиле неповољне животне догађаје, попут губитка блиске особе или развода.

- **Индиковане** су усмјерене на појединце и популационе групе под високим ризиком, који показују минималне, али уочљиве ране знаке и симптоме менталних проблема и поремећаја. Примјери: програми за родитеље предшколске дјеце који испољавају агресивност и несарадљивост, програми за школску дјецу која испољавају проблеме у понашању, програми ране интервенције у продромалној фази првих психотичних реакција (*Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000*). Ефективне ране интервенције захтијевају рад „на терену“, гдје службе активно траже људе у потреби. Ове услуге треба да се пружају тамо гдје људи живе, раде, уче и проводе слободно вријеме, прије него да се чека да сами дођу и траже помоћ у „традиционалним“ здравственим и психијатријским службама. Истраживања су показала да адолесценти нарочито избјегавају класичне здравствене службе (*Rickwood и Braithweite, 1994*). Центри за заштиту менталног здравља и друге здравствене службе су само једна од стратешких мјеста за ране интервенције. Школе су идеална мјеста за рано откривање почетних знакова и симптома сметњи у менталном здрављу, а школска дјеца и адолесценти су у животном периоду гдје ране интервенције имају огроман значај (*Fallon и Bowles, 1999*). Службе за третман зависности од психоактивних супстанци и (малољетне) деликвенције такође могу бити важна мјеста за ране интервенције, гдје су присутне особе под високим ризиком.

8. Суицидалност и суицид код адолесцената и превенција суицида

8. 1. Кључне чињенице о суициду (СЗО, WFMH)

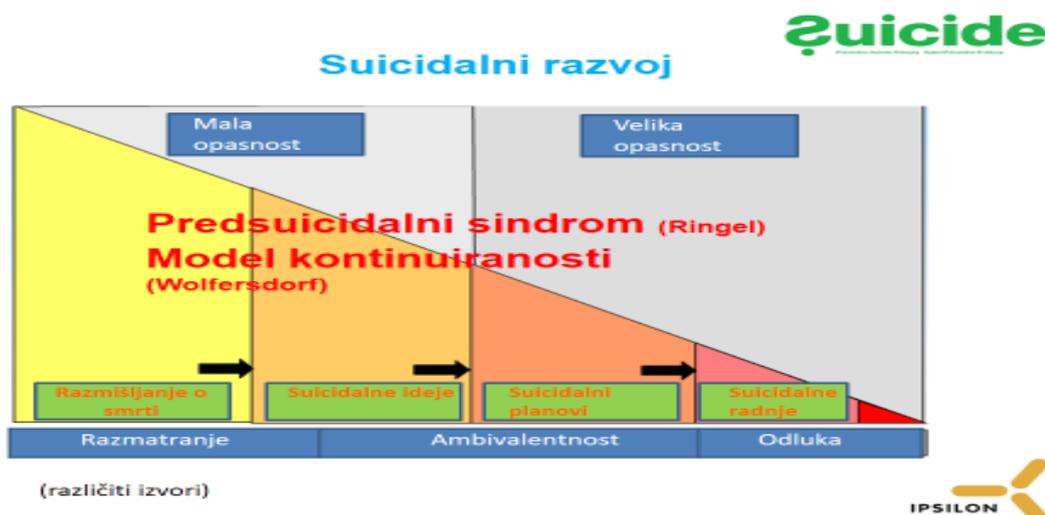
- 800 000 људи глобално умре због самоубиства сваке године.
- Сваких 40 секунди неко изгуби живот од самоубиства.
- Много је више људи који покушају самоубиство (20х).
- Претходни покушај самоубиства најважнији је фактор ризика.
- Други водећи узрок смрти међу 15-29-годишњацима.
- 79% се догађа у економијама са ниским и средњим приходима.
- Гутање пестицида, вјешање и употреба ватреног оружја спадају међу најубичајеније методе извршења самоубиства широм свијета.
- Трагедија која погађа породице, заједнице и читаве регије и има дуготрајне посљедице на људе који су остављени.
- Озбиљан јавноздравствени проблем.
- Могу се спријечити благовременим, врло често јефтиним и на доказима заснованим интервенцијама.
- За ефикасне одговоре на нивоу економија потребна је свеобухватна међусекторска стратегија превенције самоубиства.

Ко је у ризику?

Суицид је као феномен „прастар“ и општеприсутан. Суицид је генерално риједак догађај, али није у високо ризичним групама, нпр. код обољелих од депресије или шизофреније креће се

око 15%, док је код оних који су покушали самоубиство још већи (стопа самоубиства је 100 пута већа у години после покушаја).

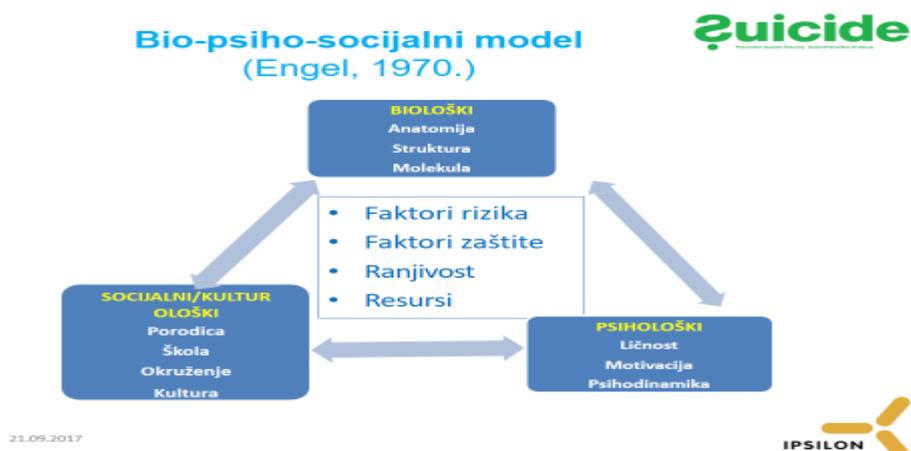
Класичне дефиниције суицида садрже три компоненте: намеру самодеструктивности, акт који је пријетећи по живот и који ће бити фаталан по исходу (смрт). У одсуству треће компоненте говоримо о покушају суицида. У одсуству друге и треће компоненте говоримо о суицидалној намери, најопаснијем типу суицидних мисли.



Слика 1. Суицидални развој

Самоубиство = глобални феномен, на који велики утицај имају социо-демографски и социо-економски фактори (*Emile DURKHEIM*, 1897: самоубиство «Аномија» = дезинтеграција породичних структура, социјална изолација). СЗО, 1984: Различите стопе самоубиства у различитим економијама се могу објаснити разликама: квалитета социјалних и здравствених структура, социо-економских фактора, приступа смртним средствима, а и неуро-биологија игра важну улогу.

Суицидално понашање није 'нормална' реакција на стрес нити нужна последица тешког психичког обољења. То је сложено понашање које има различите узроке који су одређени: биолошким факторима, психолошким факторима и културолошким факторима (*Rhimer*, 2007).



Слика 2. Био-психо социјални модел

Назнаке суицидалности и „пресуицидални синдром“, (*Ringel*)

1. Повећано ограничење (односа, активности, вриједности, итд.)

2. Накупљање агресије, самоагресија
3. Идеје о самоубиству (прво се активно тражи, а затим се пасивно намећу)
4. Код дјеце и младих: опадање постигнућа, раздражљивост, бијег

Многа самоубиства догађају се импулсивно у кризним тренуцима с прекидом способности рјешавања животних стресова (нпр. финансијски проблеми, распад везе или хронична бол и болест). Искуство сукоба, катастрофа, насиља, злостављања или губитка и осјећај изолације снажно су повезани са суицидалним понашањем. Стопе самоубиства су такође високе међу рањивим групама које доживљавају дискриминацију (нпр. избјеглице и мигранти, ЛГБТИ особе, старосједилачки народи, заробљеници, особе старије доби). Стигма, посебно она која је везана за сметњу у менталном здрављу и самоубиство, значи да многи људи који размишљају о одузимању властитог живота или који су покушали самоубиство не траже и не добијају помоћ која им је потребна. До данас је само неколико земаља укључило превенцију самоубиства међу своје здравствене приоритете, а само 38 влада наводи да имају свеобухватну стратегију за превенцију самоубиства. Подизање свијести заједнице и рушење табуа важни су за економије да постигну напредак у спречавању самоубиства.

Историја спречавања самоубиства

- Библијски: «музичка терапија» (Давидова свирка на лутњи за Саула)
- Средина 19. вијека: почетак напора на спречавању самоубиства – код затворских стражара у Француској!
- «Самарићани» (ГБ, од 1935)
- «Брига за особе уморне од живота» (А, од 1955)
- Телефонско савјетовање - Испружена рука

Самоубиства и покушаји суицида се могу спријечити

- Низ мјера се може преузети на нивоу становништва, популација и појединаца:
 - ✓ смањење приступа средствима (нпр. пестициди, ватрено оружје, лијекови);
 - ✓ извјештавање медија на одговоран начин;
 - ✓ интервенције у школи;
 - ✓ увођење политика ради смањења штетне употребе алкохола;
 - ✓ рано идентификовање, лијечење и брига о особама с менталним поремећајима и зависницима од дрога, хроничном боли и акутним емоционалним тегобама;
 - ✓ обука здравствених радника за процјену и управљање суицидалним понашањем;
 - ✓ праћење људи који су покушали самоубиство и пружање подршке у заједници.
- Спрјечавање самоубиства захтијева координацију и сарадњу између више сектора, укључујући здравствени и друге секторе као што су образовање, рад, полиција, пољопривреда, правда, одбрана, политика и медији.

Стратегије усмјерене на популацију:

- Редуковати приступ опасним средствима (пиштољи, лијекови...)
- Политике рада и незапослености
- Школски програми
- Едукација јавности
- Извјештавање медија
- Пажња на дезинхибирајуће супстанце

Стратегије за високи ризик (ризичне групе или особе):

- Откривање и лијечење
 - ✓ депресија и примарна заштита
 - ✓ покушаји суицида
 - ✓ шизофренија и центри за заштиту менталног здравља – координисана брига
- Кризна интервенција
- Побољшан приступ менталноздравственим службама и услугама
 - ✓ обука здравствених професионалаца
 - ✓ обука затворског особља и затвореника

Prevenција samoubistava: dva načina **Žuicide**



ALTHAUS,2001.

Слика 3. Превенција самоубиства: два начина

8.2. Суицидалност и суицид код адолесцената и младих

Широм свијета самоубиство је међу првих пет узрока смртности младих у доби од 15 до 19 година, а у многим економијама заузима прво или друго мјесто као узрок смрти у овој старосној групи. Стога је превенција самоубиства међу дјецом и адолесцентима високи приоритет, а школе су одлично мјесто за развој одговарајућих превентивних акција.

Prevenција samoubistava: dva načina **Žuicide**

Suicidalnost i suicid kod adolescenata



21.09.2017

Слика 4. Суицидалност и суицид код адолесцената

Дјечаци много чешће умиру од самоубиства него дјевојке; један од разлога може бити тај што прибјегавају насилним методама извршења самоубиства, као нпр. вјешање, ватрено оружје и експлозив, чешће него дјевојчице. Међутим, у неким економијама самоубиство је чешће код дјевојчица од 15 до 19 година него код дјечака у истој старосној групи, а у протеклој деценији порастао је удио дјевојчица које користе насилне методе.

Имати суицидалне мисли с времена на вријеме није ненормално. Оне су дио нормалног развојног процеса у дјетињству и адолесценцији, као и рад на егзистенцијалним проблемима и покушајима да се схвати живот, смрт и смисао живота. Општи фактори ризика за суицидалност код адолесцената укључују: још увијек у малој мјери дефиниран идентитет (генерално, у психолошком и сексуалном смислу); повећана импулсивност, емоционална лабилност, као и поводљивост (Вертеров ефекат: Имитација, Сугестија, „Суицидни кластер“); способност контролисања је (још увијек) ограничена; неучвршћена (социјална) перцепција.

Анкете показују да више од половине ученика више средње школе наводи да су размишљали о самоубиству (McKey PW, Jones RW, Barbe RH., 1993). Други аутори наводе да су суицидалне мисли присутне у одређеној животној доби: 20-24% код младих, доби од 12 до 17 година (Nock, 2008); 14,4% Њемачка, у просјеку код петнаестогодишњака (Brunner, 2007); 37,9% Аустрија, у просјеку код петнаестогодишњака. (Дервић, 2007)

Резултати SMASH студија (Michaud и остали), ЦХ 2002 показују да преовладавање суицидалних мисли у старосној доби 16-19 година износи 5%(м) - 20% (ж), док покушаји самоубиства износе 4% (м) – 8% (ж). Млади треба да разговарају о овим темама са одраслима (McGoldrickn и Walsh, 1983). Суицидалне мисли постају абнормалне и представљају озбиљан ризик код дјеце и адолесцената када спознају да су те мисли једини излаз из њихових потешкоћа. Тада постоји озбиљан ризик од покушај самоубиства или самоубиства.

У неким случајевима може бити немогуће да се утврди да ли су неки смртни случајеви узроковани, на примјер аутомобилским несрећама, утапањима, падовима и предозирањем илегалним дрогама, били ненамјерни или намјерни (Litman, 1989). Сматра се да је суицидално понашање адолесцената недовољно пријављено, јер многе смрти ове врсте се нетачно класификују као ненамјерне или случајне. Они показују суптилне манифестације самодеструктивног и ризичног понашања и док неке од њихових смрти могу бити узроковане ненамјерним радњама, друге су намјерне радње које су резултат бола живљења (Holinger и Klemen, 1982). Само 50% адолесцената који су покушали суицид су тражили болничку његу након покушаја самоубиства. Генерално говорећи, дјечаци чешће врше самоубиство него дјевојчице. Ипак, стопа покушаја самоубиства је два до три пута већа код дјевојчица. Дјевојке развијају депресију чешће него дјечаци, али им је и лакше да говоре о својим проблемима и траже помоћ (Jilek-Aall, 1988). Дјечаци су често агресивнији и импулсивнији, а неријетко дјелују под утицајем алкохола и дрога, што вјероватно доприноси фаталном исходу њихових суицидалних радњи.

Протективни/заштитни фактори

Главни фактори који пружају заштиту од суицидалног понашања су:

- **породични обрасци:** добри односи са члановима породице; подршка породице,
- **когнитивни стил и личности:** добре социјалне вјештине; повјерење у себе и властита постигнућа; тражење помоћи када се појаве потешкоће; отвореност за туђа искуства и рјешења; отвореност за нова знања,
- **културни и социодемографски фактори:** друштвена интеграција, нпр. кроз учешће у спорту, вјерским институцијама, клубовима и др.; добри односи са школским друговима; добри односи са наставницима и другим одраслим особама; подршка релевантних људи.

Фактори ризика и ризичне ситуације

Суицидално понашање под одређеним околностима чешће је у одређеним породицама него код других, због околиних и генетских фактора.

- **Културни и социодемографски фактори:**

Ризик је низак социоекономски статус, лоше образовање и незапосленост у породици. У ову групу се могу сврстати и имигранти, јер често доживљавају не само емоционалне и језичке потешкоће већ и недостатак друштвених мрежа, претходне ратне повреде и психолошке тортуре. Дјеца и адолесценти који немају културолошке коријене имају израженије проблеме идентитета и немају модел за рјешавање сукоба. Родна и питања идентитета која се односе на сексуалну оријентацију такође су фактори ризика за суицидално понашање. Дјеца и адолесценти који нису прихваћени у својој култури, од стране њихових породица и вршњака, или од стране школа и других институција имају озбиљне проблеме са прихватањем и недовољним моделима подршке за оптималан развој.

- **Породични образац и негативни животни догађаји током дјетињства:**

Деструктивни породични обрасци и трауматски догађаји у раном дјетињству неповољно утичу на младе, посебно када нису били у стању да се изборе са траумом (*Sudak, Ford, Rushforth, 1984*). Аспекти породичне дисфункције укључују: родитељску психопатологију, нарочито поремећаје расположења и друге психијатријске поремећаје (*Gould* и остали, 1989); злоупотребу алкохола и других психоактивних супстанци, или антисоцијално понашање у породици; породичну историју самоубиства и покушаја самоубиства.

Насљедност суицидалности

Степен сродства:

- Суицид мајке
- Суицид оца

Ризик од суицида:

5 x чешће

2 x чешће

(*AGERBO* и остали, 2002)

- Једнојајчани близанци
- Двојајчани близанци

~ 6 x чешће

~ 4 x чешће

(*HEATH* и остали, 2002.)

- Рођак првог степена: > 2x
- Процијењена „укупна“ насљедност: 43% (*McGUFFIN* и остали 2001)

Насилна и злостављачка породица (укључујући физичко и сексуално злостављање дјетета); лоша брига родитеља/старатеља, лоша комуникација унутар породице; честе свађе између родитеља/старатеља, уз напетост и агресију; развод, раздвајање или смрт родитеља/старатеља; честе селидбе; веома висока или врло ниска очекивања од стране родитеља/старатеља; недостатак времена родитеља/старатеља да посматрају и рјешавају дјететов емоционални стрес и негативно емоционално окружење које карактерише одбацивање или занемаривање; ригидност породице (*Carris, Sheeber, Howe., 1998*), усвојитељска или хранитељска породица. Суицидални млади често долазе из породица са више проблема у којима су ризици кумулативни.

- **Когнитивни стил и личност**

Сљедеће особине личности се често примјећују током адолесценције, али су такође повезане и са суицидалним ризиком (иако су доступни истраживачки докази за било коју специфичну особину уопштено ријетки и често двосмислени): нестабилно расположење; љутито или

агресивно понашање; антисоцијално понашање; висока импулсивност; раздражљивост; круто размишљање и обрасци суочавања; слаба способност рјешавања проблема; неспособност да се схвати реалност; склоност животу у илузорном свијету; фантазије о величини које се смјењују са осјећајем безвриједности; осјећај инфериорности и неизвјесности који могу бити маскирани отвореним манифестацијама супериорности, одбацивање или провокативно понашање према школским друговима и одраслима, укључујући родитеље; несигурност у погледу родног идентитета или сексуалне оријентације (*Garofolo* и остали, 1998); амбивалентни односи са родитељима, другим одраслим особама и пријатељима.

- **Сметење у менталном здрављу**

Суицидално понашање је највише заступљено код адолесцената са сљедећим сметњама у менталном здрављу:

Депресија

Описана је комбинација симптома депресије и антисоцијалног понашања као најчешћи претходник самоубиства тинејџера (*Spruijt, de Goede, 1997*), (*Weissman* и остали; 1999). Неколико истраживања је показало да до три четвртине оних који на крају одузму себи живот показују један или више симптома депресије, а многи пате од потпуне депресивне болести (*Schaffer* и *Fisher, 1981*). Ученици који пате од депресије често испољавају соматске тегобе, као што су главобоља и бол у стомаку, болови у ногама или грудима (*Wasserman, 1998*). Депресивне дјевојке имају јаке тенденције да се повуку и постану тихе, малодушне и неактивне, док депресивни дјечаци имају тенденцију дисруптивног и агресивног понашања и захтијевају велику пажњу наставника и родитеља. Агресивност може довести до усамљености, која је сама по себи фактор ризика за суицидално понашање. Иако су неки депресивни симптоми или депресивни поремећаји чести код суицидалне дјеце, депресија није неопходна попутна појава било суицидалних мисли или покушаја самоубиства (*Vandivort* и *Locke, 1979*). Адолесценти могу да се убију, а да не буду депресивни, а могу бити и депресивни, а да се не убију.

Анксиозни поремећаји

Студије су показале конзистентну корелацију између анксиозних поремећаја и покушаја самоубиства код мушкараца, док је слабија повезаност нађена код дјевојака.

Злоупотреба алкохола и дрога

Особе које користе психоактивне супстанце су доста заступљене међу дјецом и адолесцентима који изврше самоубиство. У овој старосној групи утврђено је да је, прије дјела, један од четири суицидална пацијента конзумирао алкохол или дрогу (*Pommereau X. Quand, 1997*).

Поремећаје исхране

Због незадовољства својим тијелом многа дјеца и адолесценти покушавају изгубити тежину. Између 1% до 2% тинејџерки пате од анорексије или булимије (врло често такође и од депресије), а ризик од самоубиства код анорексичних дјевојака је 20 пута већи за младе генерално. Најновија открића показују да и дјечаци могу патити од анорексије и булимије (*Wasserman, 1998*).

Психотични поремећаји

Иако мало дјеце и адолесцената пати од тешких менталних поремећаја, нпр. шизофреније или манично-депресивног поремећаја, ризик од самоубиства је врло висок код обољелих.

Претходни покушаји самоубиства

Историја појединачних или поновљених покушаја самоубиства, са или без горе наведених менталних поремећаја, важан је фактор ризика за суицидално понашање.

Тренутни негативни животни догађаји као покретачи суицидалног понашања

Изражена подложност стресу, уз споменути когнитивни стил и особине личности (због наслијеђених генетских фактора, али и породичних образаца и негативних животних стресора доживљених у раном животу) обично се опажа код суицидалне дјеце и адолесцената (*Beautrais* и остали, 1997). Ова подложност отежава адекватно суочавање са негативним животним догађајима и поново активира осјећај беспомоћности, безнађа и очаја који могу довести до покушаја самоубиства или самоубиства (*De Wilde* и остали, 2001).

Ризичне ситуације и догађаји који могу изазвати покушаје самоубиства или самоубиство

Ситуације које се могу доживјети као штетне и повређујуће за лично достојанство (а да то не мора нужно бити објективно); породичне сметње; одвајање од пријатеља, дјевојака/дјечака, итд.; смрт вољене особе или друге значајне особе; прекид љубавне везе; међуљудски сукоби или губици; правни или дисциплински проблеми; притисак групе вршњака или самодеструктивно прихватање вршњака; малтретирање и виктимизација; разочарење школским резултатима и неуспјех у учењу; високи захтјеви у школи током испитних рокова; лоше финансијске прилике; нежељена трудноћа, побачај; инфекција ХИВ-ом или другим полно преносивим болестима; тешка физичка болест; природне катастрофе.

Како препознати ученике у ризику?

Сваку изненадну или драматичну промјену која неповољно утиче на понашање адолесцената треба схватити озбиљно (*Cohen-Sandler, Berman, King, 1982*) као што су: недостатак интересовања за уобичајене активности, укупан пад оцјена, недолично понашање у учioniци, необјашњива одсуства или изостанци, прекомјерно пушење или пијење алкохола или злоупотреба дрога (укључујући канабис), инциденти који су довели до укључивања полиције и насиља ученика. Ови фактори помажу да се идентификују ученици у ризику од менталног и социјалног поремећаја који могу имати мисли о самоубиству које на крају доводе до суицидалног понашања (*Zenere и Lazarus, 1997*). Ако наставник или школски психолог/педагог препозна било који од ових знакова, школски тим треба да предузме активности за извршавање основне процјене ученика, јер обично указују на проблеме, а исход може, у неким случајевима, бити и суицидално понашање.

Процјена ризика од самоубиства

Приликом процјене ризика од самоубиства, школско особље треба да буде свјесно да су проблеми увијек мултидимензионални. **Претходни покушаји самоубиства** један је од најзначајнијих фактора ризика. Млади људи у невољи имају тенденцију да понове своја дјела. Други велики фактор ризика је **депресија**. Дијагнозу депресије треба поставити доктор медицине или доктор медицине, специјалиста дјечје и адолесцентне психијатрије, али наставници и друго школско особље треба да буду свјесни низа симптома (*Weissman* и други, 1999) који чине дио депресивних поремећаја. Тешкоћа процјене депресије повезана је с чињеницом да природна транзиција фазе адолесценције дијели неке карактеристике са депресијом (*Marcelli, 1998*). Адолесценција је нормално стање током које се јављају карактеристике као што је ниско самопоштовање, малодушност, проблеми с концентрацијом, умор и поремећаји спавања. Ово су такође уобичајене карактеристике депресивног поремећаја, али нема разлога за узбуну осим ако нису трајне и све теже. У поређењу са депресивним одраслима, млади имају тенденцију да једу и спавају више. Депресивне мисли могу бити нормално присутне у адолесценцији и одражавају нормално развојни процес, када је млада особа заокупљена егзистенцијалним питањима. Интензитет суицидалних мисли, њихова дубина и трајање, контекст у којем настају и њихова упорност су оно што здраву младу особу разликује

од оне у суицидалном ризику. Други важан задатак је да се идентификују **ризичне ситуације и негативни животни догађаји** који активирају суицидалне мисли и на тај начин повећавају ризик од самоубиства.

8.3. Превенција суицидалности код адолесцената

Општа превенција

Најважнији аспект сваке превенције самоубиства је **рано препознавање дјецe и адолесцента у невољи и/или под повећаним ризиком** од самоубиства. Многи стручњаци дијеле став да није мудро подучавати младе људе експлицитно о самоубиству. Умјесто тога, они препоручују да се питања у вези са самоубиством замијене позитивном приступу менталном здрављу (*Malley, Kusk, Vogo, 1994*). Кад год је то изводљиво, најбољи приступ активностима превенције самоубиства у школи је тимски рад који укључује наставнике, докторе породичне медицине и медицинске сестре, школске психологе/педагоге и социјалне раднике, који раде у блиској сарадњи са центрима за заштиту менталног здравља, клиникима за психијатрију, клиничких центара, психијатриским одјељењима у болницама и специјалним болницама.

Јачање менталног здравља наставника и осталог школског особља је веома важно. За њих радно мјесто може бити изазовно, а понекад чак и насилно. Стога им је потребан информативни материјал који побољшава њихово разумијевање властитог менталног оптерећења, као и менталног оптерећења ученика, али и приступ психолошкој подршци ради ублажавања стреса на послу (*Smith, 1986*).

Јачање самопоштовања ученика штити дјецу и адолесценте од психичких тегоба и омогућава им да се адекватно носе са тешким и стресним животним ситуацијама (*Erikson, 1994*). За јачање позитивног самопоштовања адолесцената могу се користити разне технике, као што су:

- a) позитивна животна искуства која ће помоћи у стварању позитивног идентитета и која повећавају шансе младих људи за веће будуће самопоуздање (*Papenfuss* и остали, 1983),
- b) не треба стално вршити притисак на дјецу и адолесценте да раде више и боље,
- c) није довољно да одрасли кажу да воле дијете, дијете се мора осјећати вољено,
- d) дјецу треба не само прихватити, већ и његовати, такву каква јесу.

Емпатија подстиче аутономију и важна је за изградњу самопоштовања и самопоуздања адолесцената. Самопоштовање адолесцената зависи од развоја њихових физичких, друштвених и професионалних вјештина (*Weissman, Fox, Klerman, 1973*). За високо самопоштовање, потребно је да млади у крајњој линији успоставе независност од породице и вршњака, да су у стању да се повежу са супротним полом, да се припреме за занимање и самоиздржавање и да успоставе функционалну и смислену филозофију живота. Увођење тренинга животних вјештина, прво путем гостујућих стручњака, а касније у склопу редовног наставног плана и програма се показало као ефикасна стратегија. Образовни систем би такође требао да унаприједи развој и консолидацију осјећаја идентитета ученика.

Важно је успоставити однос повјерења у одрасле особе. Дјецу и адолесценте треба научити да своја осјећања схвате озбиљно и подстаћи их да се повјеравају родитељима и другим одраслим особама (наставници, школски психолози, доктори медицине или медицинске сестре, пријатељи, спортски тренери, вјерски савјетници).

Спрјечавање малтретирања и вршњачког насиља у школи је веома важно како би се створило безбједно окружење.

Пружање информација о услугама подршке и третмана треба да се обезбиједи објављивањем телефонских бројеве, као што су, телефонске линије за помоћ у кризним ситуацијама (нпр. плави телефон) и бројеви телефона здравствених служби (породична медицина, центри за заштиту

менталног здравља, одјељења за адолесценте у болницама, невладине организације) чинећи их доступним младима.

Пожељне интервенције када се утврди ризик од самоубиства

Препознавање суицидалне кризе и знакова за узбуну:

- Суицидалне изјаве у ужем смислу
- Претходни покушаји самоубиства
- Ментални поремећаји у ужем смислу (проблем зависности, депресија, психотични поремећаји, поремећаји исхране)
- Изолованост
- Тешки негативни животни догађаји
- Рани губитак родитеља
- Мушки пол
- Код дјецe и младих још додатно: Аномалије у понашању (лошије оцјене, изостајање из школе, бјежање), физички симптоми нејасног поријекла (поремећаји спавања, главобоља, недостатак апетита, изражен умор, итд.)

У већини случајева, млади у опасности од суицидалног понашања имају проблема у комуникацији, због чега је први корак у превенцији самоубиства **успостављање дијалога и повјерљива комуникација**. Недостатак комуникације доводи до тишине, повећане напетости и изостанка дијалога, често због страха одрасле особе да ће испровоцирати адолесцента да почини суицидални чин расправљајући о својим суицидалним мислима. Постојање амбиваленције такође може довести до избегавања дијалога када неријешени емоционални проблеми одраслих који су у контакту са суицидалном дјецом и адолесцентима могу да испливају на површину. Нелагода код одраслих понекад је толико велика да је крајња реакција на суицидалне адолесценте вербална или невербална агресија. Важно је схватити да наставник не треба да буде сам у овом процесу комуникације, а учење како постићи добру комуникацију је фундаментално. Дијалог треба да се креира и прилагоди свакој ситуацији и он подразумева, прије свега, препознавање дјецe и адолесцената и њихове потребе за помоћи. Адолесцентима у ризику од самоубиства је често током одрастања недостајало повјерење у односе са својим породицама и вршњацима, што су доживјели као одсуство интересовања, поштовања или чак љубави. Преосјетљивост суицидалног ученика је подједнако очигледна и на вербалну и невербалну комуникацију (говор тијела). Међутим, одрасле не би требало да обесхрабри узнемиреност или невољност адолесцената да разговарају с њима, јер је став избегавања често знак неповјерења према одраслима. Суицидални адолесценти такође показују изражену амбивалентност око тога да ли ће прихватити или одбити понуђену помоћ, што утиче на понашање младе особе и брзе промјене од тражења помоћи до одбијања, што одрасли могу погрешно протумачити (СЗО,2000).

Оспособљавање школског особља путем посебних курсева и обука да причају међусобно и са ученицима о питањима живота и смрти, унапређујући своје вјештине у препознавању узнемирености, депресије и суицидалног понашања и повећање њиховог знања о доступној подршци су кључно средство за превенцију самоубиства. Школско особље треба да зна да ране повреде током одрастања, попут занемаривања и лишавања дјетета, рани губици и дјецa без родитеља (рат и протјеривање), насиље међу родитељима, пријетње смрћу и суицидом родитеља, злостављање и сексуално злостављање дјецe и „макросоцијални страхови“ представљају факторе ризика (СЗО,2000).

Важни аспекти за наставнике

- посматрати,
- бити на располагању,

- слушати,
- постављати одговарајућа питања (Ранији покушаји самоубиства? Окидачи? Емотивно стање? Способност расуђивања? Алтернативе?),
- помоћи мање вјештим ученицима у њиховом школском раду,
- водити рачуна о изостајању са наставе,
- дестигматизовати менталне поремећаје и помоћи да се елиминише злоупотреба алкохола и дрога,
- тражење помоћи колега/колегиница и других стручњака.

Кризна интервенција

- Прихватити суицидално понашање као сигнал за аларм
- Покушати разумјети смисао и нужност кризе
- Створити ситуацију за разговор
- Изградња односа
- Процјена ситуације
- Ублажавање симптома
- Укључивање особа које пружају подршку
- Приступ рјешавању проблема (*Sonneck, 2000*)

Треба избјегавати:

- ✓ Пребрзо тјешење
- ✓ „Опомињање“
- ✓ Уопштавање
- ✓ Банализовање проблема
- ✓ Осуђивање и коментарисање
- ✓ Саслушавање, испитивање, анализирање
- ✓ Пребрзе активности („активизам“)

Упућивање на професионалце у области менталног здравља када се препозна ризик је од фундаменталног значаја. Брза, ауторитативна и одлучна интервенција, активно повезивање и упућивање младе особе у здравствени систем (доктору медицине, специјалисти породичне медицине, доктору медицине, специјалисти дјечје и адлоесцентне психијатре или хитној помоћи) може бити спасоносна. Да би биле ефикасне, здравствене услуге младима треба да буду приступачне, привлачне и нестигматизујуће. Узнемирани и/или суицидални ученици треба да буду лично упућени од стране школског особља, а примљени од стране мултидисциплинарног тима састављеног од доктора медицине, медицинских сестара, психолога, социјалних радника и законских заступника чији је задатак заштита права дјетета.

Ограничен приступ ученика средствима за самоубиство (опасни и смртоносни лијекови, пестициди, ватрено и друго оружје, експлозив, ножеви и др.) у школама, родитељским домовима и другдје су веома важне мјере за спашавање живота. Пошто ове мјере саме по себи нису довољне, у исто вријеме треба понудити и психолошку подршку.

Када је самоубиство покушано или почињено потребно је информисати школско особље и ученике. Школе треба да имају планове за хитне случајеве о томе како информисати школско особље, као и ученике и родитеље са циљем спречавања кластера самоубиства. Ефекат заразе је резултат склоности суицидалних адолесцената да се идентификују с деструктивним рјешењима која су усвојили од ученика који су покушали или извршили самоубиство (*Centers for Disease Control, 1994*). Важно је идентификовати све потенцијално суицидалне ученике, како у истом разреду тако и у другом.

Сажетак: Будућност почиње јуче

- Рана животна искуства утичу на доживљавање и понашање
- Рана трауматична искуства остављају ожиљке на развоју личности
- (Епи-) генетика показује да таква искуства могу особу учинити рањивом на депресивне реакције и суицидално понашање
- Међутим, она такође показује да је отпорност – а тиме и успјешан живот – ипак могућ!
(Caspi et al., Science, 2003)

Поруке које треба запамтити

- Размишљања о самоубиству су код младих јако честа, покушаји самоубиства су чести, а самоубиства су пречеста!
- Суицидално понашање појединца није могуће са сигурношћу предвидјети. Међутим, могуће је уочити сигнале и схватити их као повод за постављање питања и помоћ!
- Професионалци мора да обрађају пажњу на нагле промјене које се јављају код дјетета, младе особе или младог одраслог, како би предлагали и спроводили корисне интервенције!
- **Превенција самоубиства је могућа и дјелује!**

MITOVI I PREDRASUDE SVE O SAMOUBISTVU

POGREŠNO

- Osobe koje govore o samoubistvu ne čine to →
- ✗ To je samo ucjena →
- ✗ Razgovarati sa osobom o suicidu tu osobu tek navodi na to →
- ✗ Osobe sa suicidalnom krizom žele umrijeti →
- ✗ Ne čije smoubistvo govori o hrabrosti ili kukavičluku →
- ✗ Ona je samo progutala 5 tableta – sve je to samo gluma →
- ✗ Neposredno poboljšanje nakon pokušaja samoubistva znači da je rizik prošao →

TAČNO

- ✓ 80% osoba koje se ubiju su to prethodno najavile. Skoro niko se ne ubije bez da prethodno ne pokaže nekome svoj očaj.
- ✓ Razgovarati sa osobom u suicidalnoj krizi na odgovarajući način o temi suicida joj pokazuje da se njena patnja uočava. Na taj način može nastati dijalog zasnovan na povjerenju.
- ✓ Osoba možda više ne podnosi svoju trenutnu životnu situaciju i traži izlaz.
- ✓ Pokušaj objašnjavanja suicida terminima poput hrabrosti ili kukavičluka nije realističan. Za osobe u teškoj krizi suicid je prvenstveno mogućnost da okončaju svoju patnju.
- ✓ Svaki pokušaj samoubistva mora se shvatiti ozbiljno! Štavnost suicidalnih radnji je složena i mora se razumjeti.
- ✓ Najveći broj ponovnih pokušaja samoubistva se dešava tokom mjeseci nakon prvog pokušaja, posebno ako se ništa ne poduzme. Stoga je i dalje potrebno biti vrlo oprezan! Poboljšanje se u pravilu dešava samo postepeno i zahtijeva stalne napore.

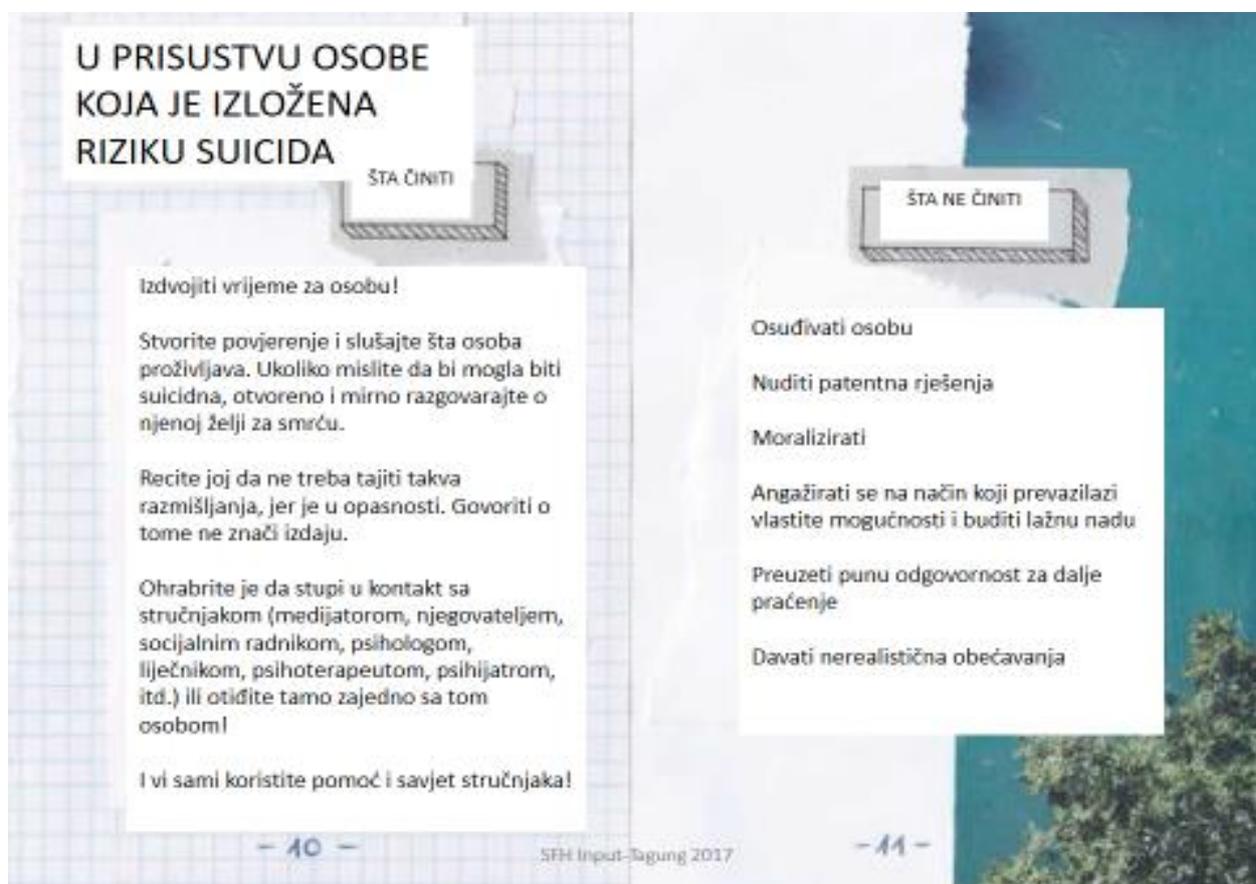
- 4 -

SFH Input-Tagung 201

Слика 5. Митови и предрасуде све о самоубиству



Слика 6. Одређене знаке за самоубиство



Слика 7. Шта урадити у присуству особе која је изложена ризику суицида

9. Упутства за израду програма за ову старосну групу и смјернице за примјену

9.1. Планирање, реализација и евалуација промотивно-превентивних програма

9.1.1. Ситуациона анализа-процјена потреба, идентификација кључних актера и ресурса у заједници

Прије планирања превентивних програма потребно је направити **ситуациону анализу**, која укључује процјену потреба, идентификацију кључних актера и ресурса. Ситуациона анализа укључује анализу демографских показатеља и виталних догађаја, те здравствених карактеристика популационе групе за коју планирамо интервенцију. У ту сврху се користе релевантне информације које је могуће добити из статистичких годишњака, рутинске здравствене статистике, епидемиолошких и других истраживања. Процјена ситуације укључује преглед постојећег законодавства, политика и стратегија, правне механизме и процесе управљања, могућности потенцијалних партнера. Током цијелог процеса процјене потребно је евидентирати све потребне податке и информације и укључити што већи број учесника ради бољег разумијевања ситуације (идентификовати све актере из јавног, приватног и цивилног сектора и анализирати њихове циљеве, проблеме или потребе да одредимо од кога можемо очекивати подршку, ко је против, а ко је неутралан).

Врши се и **процјена и идентификација ресурса**, односно постојећих предности у тој заједници (постојање невладиних организација, удружења грађана, група за самопомоћ, уређена околина са парковима и др.).

Актерима сматрамо све појединце, групе и организације/институције које утичу на пројекат и на које пројекат утиче. То могу бити правна и физичка лица и/или организоване групе које су заинтересоване за примјену и реализацију пројекта и који могу утицати на успех процеса. Актери могу бити активно ангажовани и то су сви они који су директно укључени у остваривање резултата и постизање циљева пројекта и пасивно ангажовани, то су они на које резултати пројекта утичу.

Одређивање приоритета

Потребно је да се обезбједи да одабрана интервенција буде усмјерена на оне популационе групе којим то заиста треба. У процесу одређивања приоритета неопходно је узети у обзир све резултате претходне анализе и дати одговоре на неколико основних питања:

- ✓ Која услуга/интервенција је потребна?
- ✓ Да ли ће интервенција или услуга која је потврђена као ефективна задовољити процијењене потребе?
- ✓ Да ли је интервенција прихватљива и одговарајућа за јавноздравствени систем или образовни систем?
- ✓ Да ли је интервенција исплатива?
- ✓ Да ли је етички потврђена?

Дефинисање циљева, стратегије (избор активности) и резултата програма

Циљеви треба да одражавају усвојену политику/стратегију и прихваћене међународне стандарде. Приликом постављања циљева потребно је јасно навести циљне групе становништва, географску територију и локације које ће бити обухваћене интервенцијом и јасно квантификовати очекивана побољшања.

Општи циљ дефинише крајњу добробит и промјену којој желимо допринијети, док су специфични циљеви позитивна промјена у односу на циљну групу, односно конкретни циљеви програма који ће бити остварени током трајања програма. Одређивање циљева је веома важан процес у планирању и потребно је одредити критеријуме које ти циљеви треба да задовоље.

SMART (паметни) циљеви је акроним за лакше памћење карактеристике циљева:

S – (*specific*) специфичан

M – (*measurable*) мјерљив

A – (*acceptable*) прихватљив/ лако доступан

R – (*realistic*) реалан, усмјерен на резултате

T – (*time bound*) временски ограничен и одређен.

Идентификовање стратегије се врши постављањем питања „Шта је потребно да достигнемо постављени циљ?“ Користимо литературу како бисмо пронашли до тада најефикасније стратегије и изабрали оне најбоље у смислу времена, новца, особља, опреме.

Активности треба да су ефективне, али реалне и изводљиве за дате услове.

Резултати су оно што желимо да добијемо, а активности су начин како да то постигнемо.

Резултати представљају конкретне користи, производе и услуге као посљедица успјешно спроведених активности. Они би требали да буду мјерљиви и реално оствариви и сви би требали да воде ка остваривању циља.

План активности

План рада треба да садржи план спровођења и временски оквир:

- активности, шта ће се радити?
- како ће се то реализовати/методологија рада?
- ко ће радити на реализацији: институције, дио институције, група, остали?
- гдје ће се спроводити?
- када ће се спроводити - почетак, крај, трајање?
- колико кошта - прерачун, остварење?
- одрживост – како то намјеравамо постићи?

Мониторинг и евалуација

Мониторинг је свакодневно праћење активности током њиховог спровођења са циљем провере да ли се активности одвијају према плану и на вријеме. Мониторинг утврђује шта је то што се дешава са активностима без упуштања у резултате тих активности. Неки од

најадекватнијих инструмента и механизма за мониторинг су: теренске посјете, пројектни извјештаји, прегледи и анализе.

Евалуација је систематска и објективна оцјена текућег или завршеног пројекта, програма, политике и има за циљ да се одреди релевантност, успјешност, ефикасност и резултати пројекта, програма и политика. Даје одговор на питање: Шта се очекивало, а шта је постигнуто и у ком степену?

Индикатори и логички оквир

Индикатори су мјерни инструменти помоћу којих пратимо постизање циљева. Индикатори би требали да одговоре на питања: Како ћемо знати да смо постигли циљ?; Шта је то што ће се промијенити?; Како ћемо мјерити промјену? Индикатори треба да буду јасно дефинисани и усмјерени на резултате и исходе. Могу бити квантитативни (изражене у бројевима, процентима и стопама) и квалитативни. Својства добро дефинисаног индикатора су: мјерљивост, временска одређеност, релевантност и специфичност.

Логички оквир (енгл. *Логфраме*) представља приступ за планирање пројекта усмјерен на циљеве и управљање пројектима. То је користан алат за планирање, реализацију, мониторинг, евалуацију и извјештавање. Гдје идемо?; Како ћемо стићи тамо?; Како ћемо знати јесмо ли стигли?; Све су то питања на која логички оквир као аналитички алат може да одговори.

Основне компоненте логичког оквира:

1. *input* (уноси/улази): ресурси намијењени програму или ресурси које програм користи,
2. активности: активности које спроводи програм у циљу постизања жељених резултата/исхода,
3. *output*/излази: мјерљиви производ/резултати програмских активности,
4. *outcome*/исходи: користи за клијенте, заједнице, системе или организације - краткорочни, средњорочни и дугорочни (утицај),
5. екстерни утицаји (претпоставке и ризици): различити фактори изван система који утичу на његово функционисање.

Превазилажење ризика планирања

Управљање ризиком је процес утврђивања, процјене и реаговања на појаву ризика током спровођења програма, мониторинга и извјештавања. У сваком процесу планирања треба бити свјестан могућности појаве ризика. Ризик је догађај, стање или ситуација која, ако се догоди, има негативан учинак на циљеве програма. Врсте ризика који се могу јавити током цијелог пројектног циклуса су: финансијски ризик, правни ризик (нпр. промјене у законодавству), политички ризик (промјене менаџмента, организацијске промјене, стратегије и политике), физички ризик (природне катастрофе, пожари, несреће), технички ризик (безбједност ИТ, инфраструктура, софтвер), безбједносни ризик (објекти, документација) и неспецифични и други ризици (људски ресурси, знање, вјештине, међуљудски односи и др.).

Ризици планирања се превазилазе израдом **плана управљања ризицима** који се сачињава у процесу планирања програма. План управљања ризицима је саставни дио документације програма, а по потреби се ажурира током реализације. У утврђивање ризика мора да буде укључен цијели пројектни тим и кључни актери, а подразумијева евалуацију фактора из окружења, организацијске, културолошке и друге специфичности, све елементе програмског

плана у његовом пуном обиму. Посебна пажња посвећена је програмским резултатима, претпоставкама, ограничењима, процјенама трошкова, плану ресурса и другим кључним документима програма. Затим се приступа квантитативној и квалитативној анализи ризика у смислу вјероватноће и утицаја који може да има на програм, рангиран по нивоу као низак, средњи и високи ризик.

Стратегија одговора на ризик може бити: утврђивање окидача / сигнала за узбуну и прага за настанак ризика да би се пажљивијим праћењем избјегао ризик: мјере за ублажавање ризика, промјене плана активности како би се избјегао ризик, и коначно свјесно прихватање ризика, ако је ван контроле пројектног тима.

9.2. Смјернице и упутства за израду програма у европским економијама

Током Европске министарске конференције СЗО посвећене менталном здрављу 2005. године препознато је да, поред третмана и рехабилитације, промоција менталног здравља и превенција менталних поремећаја представљају приоритет за земље чланице. Поред све присутнијег препознавања значаја промоције и превенције на политичком и декларативном нивоу, ситуација је другачија када се дође до „провођења ријечи у дјело“. Поред недовољног финансирања менталног здравља (које укључује и финансирање промотивних и превентивних активности) у многим економијама, често и професионалци у менталном здрављу у свом раду дају промотивним и превентивним активностима мањи приоритет. С обзиром да промоција и превенција менталног здравља подразумијевају вишесекторски приступ, сарадња и координисани рад великог броја заинтересованих страна који долазе из различитих сектора представљају још један изазов. Поред изазова и области које је потребно развијати, постоје и бројни примјери добре праксе у многим европским економијама. Програми посвећени елиминацији стигме и дискриминације и посљедичног социјалног искључења, превенцији суицида, превенцији злоупотребе психоактивних супстанци (ПАС) и други слични су дио акционих планова за ментално здравље и спроводе се у бројним европским економијама.

У спровођењу ових активности укључени су различити сектори, попут здравственог, социјалног, образовног, правосуђа, полиције и др. Од великог је значаја и растућа свијест о значају спровођења политика за борбу против сиромаштва и социјалне инклузије као важних за превенцију менталних поремећаја и промоцију менталног здравља (*Jane-Llopis* и *Anderson*, 2006).

9.2.1 Активности и препоруке СЗО за унапређење менталног здравља дјеце, адолесцента и младих (СЗО/EURO, 2022)

Паневропска коалиција за ментално здравље је водећа иницијатива Регионалне канцеларије СЗО за Европу покренута у септембру 2021. године као одговор на захтјеве за рјешавање проблема менталног здравља и диспаритета са којима се суочавају заједнице широм европског региона СЗО, посебно након Covid-19 пандемије. Коалиција функционише као оперативни инструмент за **Европски оквир за дјеловање за ментално здравље (2021-2025) (EFAMH)**. EFAMH нуди структуру за планирање, спровођење и праћење менталноздравствених услуга, програма и политика широм европског региона на основу изнијетих потреба и циљева, који би, ако би били испуњени, позиционирали ментално здравље као кључни аспект здравог друштва. Коалициони рад је организован око шест приоритетних радних пакета, чији завршетак одговара успјешној реализацији EFAMH-а.

Један од радних пакета укључује **ментално здравље и добробит дјеце, адолесцената и младих.**

Благостање и добробит младих

Изазови

- COVID-19 је утицао на ментално здравље и добробит многих младих људи, посебно у областима школовања, запошљавања и друштвене повезаности, истовремено промовишући значајну анксиозност/страх.
- Многим економијама недостају политике које су усмјерене на ментално здравље и благостање дјеце и адолесцената.
- Улагало се у програме промоције здравља који су слабо доказани, док се програми који имају добре доказе нужно не спроводе, нити мјере.
- Недостају висококвалитетни, културолошки специфични подаци о менталном здрављу младих и исходима интервенција за подршку њиховом менталном здрављу.
- Неке економије показују диспарат између свјесности младих и жеље за подршком и њихових могућности приступа подршци.
- Млади људи нису смислено или досљедно укључени у доношење одлука које утичу на њихово ментално здравље и добробит.
- Школско особље није обучено или подржано за промоцију менталног здравља, активности превенције или промоције менталноздравствене писмености у школама.
- Постоје значајне неједнакости у исходима менталног здравља младих, као нпр. они који нису у образовању или запослењу; који имају развојни, интелектуални или физички инвалидитет; или који имају ограничену подршку породице.

Циљеви

- Смислено укључити младе људе у доношење одлука које утичу на њихово ментално здравље и подржати економије/организације да то раде.
- Изградити капацитете у школама за промовисање и заштиту менталног здравља младих људи, подржавањем интервенција заснованих на доказима, практичним усмјеравањем, обуком, развојем наставних планова и програма, алата за мониторинг и евалуацију и реализацију инфраструктура/подршке.
- Проширити активности промоције и превенције изван школа јачањем капацитета у успостављеним контекстима у заједници за младе (нпр. умјетност, спорт, организације), обезбеђујући да најугроженији млади људи не буду изостављени, кроз генерисање знања које је културно релевантно и примјењено у окружењу које допире до рањивих група.
- Промовисати капацитете одраслих и породица у подршци сопственом менталном здрављу да би могли да подржавају своје младе људе.

Активности за разматрање

- Направити индикаторе за ментално здравље и добробит младих који се могу користити/прилагодити у различитим окружењима, односно контекстима.
- Сачинити стандарде/смјернице за обуку наставника, наставне планове и програме за иницијалну обуку у промоцији менталног здравља, превенцији и описмењавању.

- Направити репозиторије добрих пракси, интервенција заснованих на доказима за побољшање превођење знања.
- Изградити капацитете младих људи, клиничара и организација које могу заговарати политике менталног здравља младих.
- Подићи свијест о трошковима лошег менталног здравља младих људи и заједничким користима у свим секторима у адресирању структуралних покретача лошег менталног здравља и добробити младих.
- Обезбједити инвестиције за програме менталног здравља и системско финансирање.

Квалитет заштите за дјецу, адолесценте и младе

Изазови

- Недостају инвестиције у квалификовано особље за пружање заштите менталног здравља младих људи.
- Родитељи и дјеца се тешко сналазе у систему заштите менталног здравља, суочавају се са великим временом чекања због све веће потражње (посебно у примарној заштити), услуге нису прилагођене младима и недостаје приступ интегрисаним службама/услуге.
- Третман често није довољно ефикасан, чак и када му се приступи.
- Постоје бројне препреке тражењу и приступу квалитетној њези за младе људе и њихове породице, укључујући стигму и трошкове приступа обуци и ресурсима за квалитетне програме и алате за процјену засноване на доказима.
- Недостаје континуитет бриге о младим људима од дјетињства до адолесценције. Слично, здрављем мајки се бави одвојено од менталног здравља дојенчади, дјеце и адолесцената.
- Дјеца и адолесценти са хроничним физичким стањима, интелектуалним, неуролошким и развојним сметњама и другим коморбидитетима су често искључени из заштите/његе.
- Економије немају листу основних лијекова за ментално здравље дјеце и адолесцената и постоји недостатак фармаколошких студија за дјецу и адолесценте, што ограничава прописивање одговарајућих лијекова.
- Постоји прекомјерна употреба алата за скрининг у неким контекстима, посебно у школском окружењу, а школски психолози се недовољно користе у пружању психолошких интервенција. Скрининг на рачун интервенције користи ограничене ресурсе и ствара даље захтјеве који се не могу задовољити.
- Недосљедности у обуци психолога постоје у цијелом региону (нпр. садржај, вријеме, захтјеви за регистрацију).
- Концепт „бриге о себи“ и начин на који се комуницира, посебно путем друштвених мрежа се сматрају проблематичним и поједностављеним, стављајући одговорност на појединце како би побољшали своје ментално здравље.

Циљеви

- Повећати улагања у радну снагу за ментално здравље, бригу у заједници и школи, подршку бесплатном или јефтином приступу третманима заснованим на доказима и алатима.
- Проширити приступ интегрисаним, доступним центрима/услугама менталног здравља у стилу „све на једном мјесту“ за младе и њихове породице, засноване на трансдисциплинарном приступу и одговарајућим класификационим дијагностичким

системима за дјецу и адолесценте. Ове услуге треба да буду прихватљиве и доступне за све младе људе, посебно најугроженије, адресирајући културне и језичке различитости, избјегличку и мигрантску омладину и младе особе са коморбидитетом.

- Осигурати приступачан/јефтин третман за дјецу, адолесценте и младе људи, укључујући и оне са сметњама у развоју.
- Осигурати подршку младима кроз кључне транзиције, ван образовног система и кроз системе услуга за дјецу, адолесценте и одрасле.

Активности за разматрање

- Израдити смјернице о реализацији и доступним опцијама за интервенције и програме у зависности од контекста.
- Спровести мониторинг и евалуације програма и услуга ради прикупљања информација за планирање и унапређење служби.
- Ангажовати младе људе и представнике младих у свим аспектима развоја овог радног пакета, укључујући израду комуникацијске и медијске стратегије.
- Израдити регионални план како би службе за дјецу, адолесценте и младе требале да буду организоване и пружане на основу контекста, популације, радне снаге и ресурса.
- Направити репозиториј добре праксе и модела услуга широм европске регије.
- Израдити алат за анализу ситуације за прикупљање релевантних података за размјену и препознавање недостатака у доступности услуга, приступу, квалитету и раду.

9.2.2. Примјери превентивних политика и програма у европским економијама:

9.2.2.1. Програми за школску дјецу

Дјеца проводе много времена у школама и зато су школе идеална мјеста у којим се може утицати на понашање, ментално здравље и развој дјеце и адолесцената. Иницијативе за примјену холистичког школског приступа, попут програма у Бугарској, гдје су „наставници сензибилисани за питања емоционалног здравља дјеце, те постоје иницијативе у школи и околини које елиминишу непријатељска и потенцијално трауматична искуства, као и програми савјетовања за дјецу са специфичним фобијама и сличним проблемима и за њихове родитеље.“ Слични програми се спроводе и у многим другим економијама. Програми који промовишу здраве школе су активни и у промоцији менталног здравља, нпр. „Аустријска мрежа школа које промовишу здравље има за циљ промоцију сомато-психо-социјалног здравља ученика и студената, наставника и родитеља и окупља 120 школа. У центрима здравља пружају се бројне информације, водичи и програми који покривају разне теме, укључујући и оне везане за ментално здравље“. У Ирској су програми који укључују емоционално здравље обавезан дио школских програма након основне школе. Програми превенције вршњачког насиља и злостављања у школама присутни су у многим економијама. У многим француским школама са великим успјехом се примјењује прилагођен амерички програм за смањење насиља у школама. Евалуација „*Olweus bullying prevention programme*“ у Норвешкој је показала смањење самоизвјештавања жртви школског насиља за 42% и насиља над другима за 55%. У неким другим економијама, попут Малте, промоција менталног здравља је интегрисана у школске планове и програме и „сва дјеца од 11 до 15 година имају минимално 1 сат седмично посвећен личном социјалном развоју, гдје се оснажују у изградњи вјештина потребних да буду одговорни чланови друштва, да се успјешно интегришу у вршњачке групе и суочавају са свакодневним стресним животним ситуацијама.“ У неким економијама постоје програми ране детекције менталних проблема у школама (нпр. за поремећаје исхране, анксиозне поремећаје, депресију и

злоупотребу психоактивних супстанци). У Луксембургу су у школама уведени едукативни курсеви за наставнике и особље на повећању свјесности о проблемима менталног здравља у школама, превенцији злоупотребе дрога, превенцији суицида и раном препознавању менталноздравствених проблема.

9.2.2.2. Програми превенције депресије, анксиозности и суицида

Депресија је други узрок онеспособљености у Европској унији, а преваленца анксиозних поремећаја је такође веома висока. Депресија повећава ризик од суицида, који је у Европи већи узрок смрти него саобраћајни удеси, убиства или ХИВ/АИДС. У половини европских земаља постоје политике и програми превенције депресије, анксиозних поремећаја и суицида. На примјер, у Бугарској превенција суицида обухвата „капацитет за процјену суицидалног понашања од стране специјалиста и доктора медицине, специјалиста породичне медицине, сензибилизацију јавности и повезаност менталних поремећаја и суицида.“ Телефонске линије за људе у кризи су присутне у седам земаља, нпр. у Шведској гдје пружају подршку људима у суицидалним кризама, или у Белгији, гдје постоји електронска помоћ за докторе медицине, специјалисте породичне медицине, путем инфо телефона и интерактивног курикулума за превенцију суицида, с циљем промовисања њихове експертизе за депресије и превенцију суицида. У многим економијама, попут Норвешке, постоје иницијативе чији је циљ ограничавање приступа средствима за суицид, као што су оружје, лијекови и отрови. Изгледа да је комбинација неколико активности допринијела редукцији суицида, попут оних предузетих у Норвешкој, Данској и Финској. На примјер, Данска је смањила стопу суицида за 60% у протеклих 25 година, вјероватно захваљујући комбинацији неколико политика и програма, укључујући смањење приступа средствима за покушај суицида, бољем здравственом и психијатријском третману након покушаја суицида, повећању социјалне и културалне стабилности у друштву, већем фокусу на општу превенцију те повећаном приступу телефонском савјетовању.

9.2.2.3. Програми за борбу против сиромаштва и социјалне искључености

Сиромаштво је велики фактор ризика за менталне поремећаје који доводи до депресије и придружених менталних проблема. Сиромаштво такође доводи и до социјалне искључености, као и сметње у менталном здрављу. У скоро двије трећине економија постоје свеобухватне политике и програми за смањење сиромаштва и социјалне искључености. Смањење економских потешкоћа спровођењем мјера као што су подршка породицама у ризику и бескућницима или развојем општег акционог плана против сиромаштва, као нпр. у Латвији.

9.3. Програми у различитим окружењима

Према мјесту гдје се одвијају, програми се могу подијелити у неколико категорија: кућа, школа, радно мјесто, примарна заштита/породична медицина, здравствене установе секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите за сповођење медицинске интервенције у области заштите менталног здравља, установе за старије особе, клубови, цркве, рекреативни центри и др., програми на интернету (Jane-Llopis and Anderson, 2006).

Од посебног значаја су **поруке које шаљу медији** јер могу имати велик утицај на ставове и понашање становништва. „Потребно је спровести медијске кампање које су усмјерене ка позитивним промјенама ставова заједнице о менталном здрављу и сметњама у менталном здрављу, а претходно повећати основна знања медија о менталном здрављу. У сваком случају, медији треба да се користе као једна од компоненти мултистратешког приступа да би се

постигле промјене у ставовима и понашању становништва“ (Стратегија развоја менталног здравља у Републици Српској (2009-2015).

У кантону Фрајбург у Швајцарској главне превентивне активности су усмјерене на програме као што су здрава исхрана, значај физичких активности (на отвореном), зависност о дувану и програми намијењени дјеци и адолесцентима. Програми промоције и превенције углавном се финансирају из федералног буџета који се расподјељује кантонима који спроводе програме. Програми се спроводе у сарадњи са кантоналним организацијама које имају мандат за реализацију програма. Кантони израђују своје кантоналне планове за здравствену превенцију, а не посебно за ментално здравље, који вриједи за све сегменте превенције. Они су формулисани прије као принципи, а не као програми. Федерални фонд добије, на примјер, средства од дуванске индустрије и та средства се усмјеравају за спортске пројекте на кантоналном нивоу, а кантон треба да уложи и дио својих средстава.

9.3.1. Превенција у породичном окружењу

Превентивне интервенције у породичном окружењу могу се разврстати и према томе који чланови учествују и које дијелове породичних интервенција теже да мијењају.

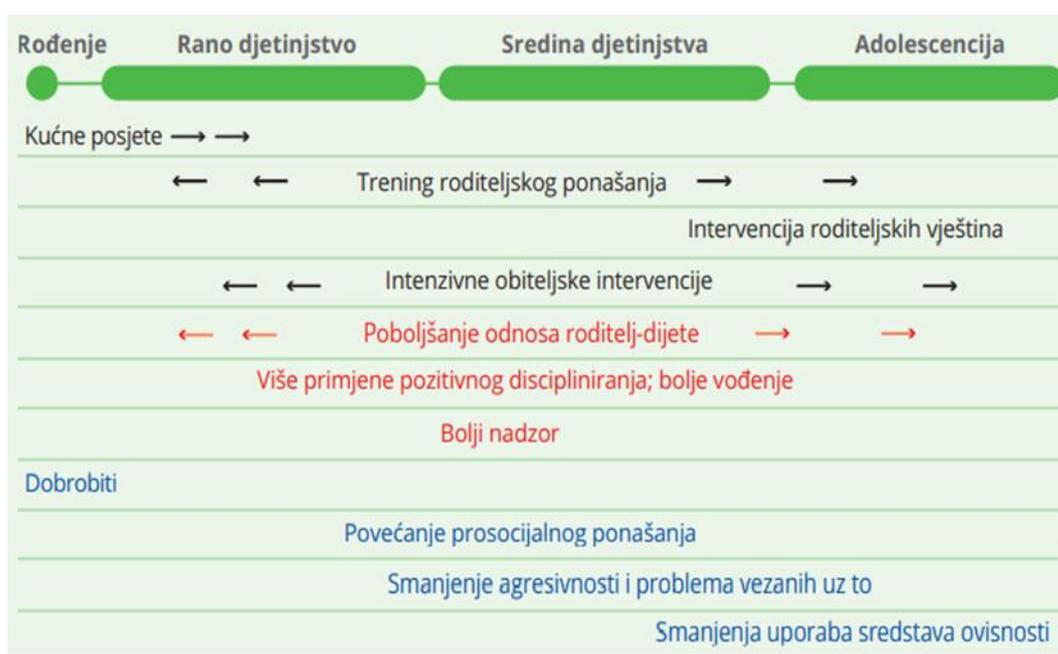
Интервенције за родитеље усмјерене су искључиво на промјену одређених родитељских пракси попут дисциплиновања дјеце или учинковите комуникације и могу укључивати само родитеље. Интервенције за развој породичних вјештина су обично ширег опсега и укључују едукацију родитеља за побољшање и јачање родитељских вјештина, едукацију дјеце у личним или социјалним вјештинама, а обухватају и директно подучавање и увјежбавање вјештина заједно са породицама. Овдје нагласак није искључиво на подручју родитељства, већ се интервенција усмјерава и на то како родитељи и дјеца једни на друге међусобно утичу и како функционишу заједно као породица.

Програми развоја родитељских вјештина се понекад у истој заједници спроводе у комбинацији с другим интервенцијама као дио шире, свеобухватније превентивне стратегије (на примјер с интервенцијама у школском окружењу). У друштву се често примјењују овакве стратегије због много различитих микро и макро фактора који утичу на употребу средстава зависности код младих. Неки докази указују да је таква комбинација приступа учинковита у смањењу употребе средстава зависности унутар популације.

Неке интервенције су интензивне, попут породичне терапије која мијења рана проблематична понашања како она не би ескалирала према употреби средстава зависности и озбиљнијим потешкоћама у понашању. Различити су знакови који указују на то да ће породица можда имати користи од такве интервенције. Понекад се они одражавају у аспектима породичног живота, попут, насиља, а понекад се одражавају у понашањима младих изван породичног окружења, на примјер у школи или заједници. Интензивне породичне интервенције, попут породичне терапије за младе који су већ почели показивати одређене потешкоће такође могу значајно утицати на дјетињство и адолесценцију.

Зависно о доби дјеце у породици, разликују се и обрасци породичних интеракција и родитељске стратегије. Стога ће интервенције за породице с дјецом различите доби морати да укључују подучавање о различитим родитељским и породичним процесима. Исходи породичних програма такође су повезани с развојним фазама. Исходи повезани с ранијим фазама односе се на здравље, добробит и просоцијално понашање. У дјетињству и адолесценцији додатни

видљив učinak биће смањење или превенција проблематичнога понашања попут употребе средстава зависности. Слика 8. приказује учинковите стратегије (црно), циљеве (црвено) и позитивне исходе (плаво) интервенција које се спроводе од рођења до адолесценције. Теорија која стоји иза интервенција у породичном окружењу тврди да ће утицај на породичне процесе, попут родитељства, позитивно утицати на здраво понашање младих и спријечити развој потешкоћа у понашању. Породица врши један од најважнијих микро утицаја на развој личних карактеристика појединца који, у крајњој линији, могу довести до поремећаја и употребе средстава зависности. Породица је важан контекст за развој и ако породица лоше функционише вјероватније је да ће дјеца имати потешкоћа.



Слика 8. Превентивне интервенције у породици према развојним фазама

Неки од најважнијих породичних фактора који утичу на дијете и развој младих наведени су у наставку.

- Дobar однос родитеља и дјеце.
- Учинковите стратегије управљања понашањем.
- Комуницирање вриједности које промовише породица.
- Укљученост у дјечји живот.

Програми који су намијењени нашој старосној групи, а који су показали ефекте у рјешавању породичних односа су:

ЕФЕКТ је интервенција коју регистар *Xchange* оцјењује „корисном“. То је универзална превентивна интервенција за младе у доби између 13 и 16 година. Циљ јој је да се спречи употреба алкохола код адолесцената промјеном ставова њихових родитеља. Родитељи се охрабрују на комуникацију нулте толеранције на алкохол. Информације се родитељима дају на родитељским састанцима на почетку свакога полугодишта те путем редовних писама која им се шаљу током цијеле школске године. Родитељима се такође шаљу каталози с информацијама о активностима које се организују у заједници, како би се њихова дјеца могла у њих укључити и конструктивно проводити слободно вријеме.

Functional Family Therapy (Функционална породична терапија) индицирана је превентивна интервенција за младе у ризику, у доби од 11 до 18 година. У регистру *Xchange* оцијењена је као „вјероватно корисна“. Програм тежи смањењу укљученост у криминал или делинквенцију с циљем превенције употребе средстава зависности и одржавања добрих односа међу учесницима и са родитељима. Циљна промјена у подручју родитељских вјештина, сарадљивости младих и свеобухватног понашања (когнитивног, емоционалног и понашајног) заснива се на израђеним профилима специфичних ризичних и заштитних фактора поједине породице.

Triple P – програм позитивног родитељства превентивна је стратегија усмјерена на родитељство и породичну подршку, осмишљена како би се јачањем знања, вјештина и самопоуздања родитеља спријечили тежи проблеми у понашању, емоционални проблеми и развојне потешкоће код дјеце. *Triple P* интервенција није још уврштена у *Xchange*, но регистар *Blueprints* је оцјењује „обећавајућом“. Иако постоји више верзија програма, пет кључних начела позитивног родитељства чине основу програма и односе се на одређене ризичне и заштитне факторе за које је познато да предвиђају позитивне развојне и исходе везане за ментално здравље дјеце. Та кључна начела су: (1) осигуравање безбједног и подстицајног окружења; (2) стварање позитивног окружења за учење; (3) примјена асертивне дисциплине; (4) реалистична очекивања и (5) брига о себи као родитељу.

9.3.2. Превенција у школском окружењу

Дјечи и адолесцентима су два главна окружења превенције употребе средстава зависности породица и школа. Заиста, много дјеце проводи више времена у школском окружењу, него с оба родитеља или с родитељима генерално. Предност школа је у могућности спровођења интервенције са свом дјецом (као универзалном популацијом), а не само са онима у ризичним групама (селективна популација) или рањивим појединцима (индицирана популација). Сва дјецу могу да имају користи од универзалних интервенција у школама, с обзиром на то да су сва изложена неком степену ризика. Надаље, поруке које преносимо свим младима у школи могу се примити без стигме, јер се интервенције не ослањају на идентификовање и могуће издвајање младих који су већ започели с конзумацијом средстава зависности. Осим тога, изоловање високоризичних младих особа у затворену групу (*Poulin, 2001*) доказано повећава њихово ризично понашање. Школе се разликују по величини и систему, но скоро у свим економијама школе имају задатак да припреме дјецу и младе да постану потпуно интегрисани чланови својих породица, радног окружења и друштва у цјелини. Међутим, школе и образовање постижу знатно више од тога. Извјештај о политикама Свјетске банке из 2007. године (*Hanushek и Wößmann, 2007*) анализом података из система образовања и економских показатеља утврдио је да „Постоје снажни докази како су когнитивне вјештине популације - више од самог школског успјеха - снажно повезане са зарадом појединца, расподјелом прихода и економским растом“.

„Когнитивне вјештине“ су описане као способност ученика да:

- самостално промишља, рјешава проблеме на разуман и добро промишљен начин, било индивидуално или у сарадњи с другима;
- размишља, концептуализује и рјешава проблеме користећи се непознатим информацијама или новим поступцима;
- закључује и проналази рјешења анализирањем односа међу заданим проблемима, питањима или условима.

Школа је, попут породице, једно од микро окружења и кључна је институција која обликује дјечји развој и њихове просоцијалне ставове и понашања. Између биолошких, личних, социјалних и околинских карактеристика које утичу на људско понашање постоје бројне и сложене интеракције. Те интеракције обликују вриједности, увјерења, ставове и понашање дјеце и младих, а посебно су важне за физички, емоционални и социјални развој, како од дјетињства до адолесценције, тако и од адолесценције до одрасле доби. Школа може утицати на то како дјеца и млади перципирају прихватљивост и неприхватљивост различитих позитивних и негативних понашања. Стога, интервенције у школском окружењу могу да утичу на рањивост појединца према ризику од појаве одређених понашања, а посебно употребе средстава зависности. Превентивне интервенције које се спроводе у школском окружењу могу бити занимљиве и за универзитете или установе високог образовања. Студенти су често у ризику од употребе средстава зависности. У тој доби селе из породичног дома у окружење у којем имају већу самосталност и од њих се очекује да контролишу читав низ понашања повезаних са здрављем и друштвеним односима. Осим тога, у том окружењу одређене супстанце су им доступније, а у студентским организацијама и на забавама може превладавати култура која подржава употребу средстава зависности. Иако је посебно значајно створити и одржавати позитивну школску климу, школе такође имају важну улогу у превенцији употребе средстава зависности у најмање три додатна подручја:

- бихевиорални приступи - то значи превенцију или барем одгађање употребе средстава зависности код младих покушајем развијања вриједности, норми, увјерења и ставова против употребе средстава зависности и едукацијом за учинковито одупирање вршњацима који их подстичу на употребу средстава зависности;
- околинске превентивне интервенције - то значи развити и досљедно спроводити разборите и јасне политике према употреби и продаји свих средстава зависности, укључујући алкохол и дуван у подручју око школа и на школским догађањима;
- смањивање штетне посљедице повезане с употребом средстава зависности - школе се према ученицима који користе средства зависности могу односити с осјетљивошћу и саосјећањем те их упутити на савјетовање и службе подршке (и ако је потребно третман) и тиме им помоћи да смање или престану с употребом средстава зависности. Истраживања превентивних интервенција у школском окружењу утврдила су њихову успјешност у побољшању школског успјеха и спречавању прекида школовања (Gasper, 2011) - то су два основна академска циља. Стога координатори превенције морају бити способни да дају аргументе да је у најбољем интересу школе и њених ученика да се пронађе вријеме за спровођење превенције кориштења средстава зависности.

Програми у школском окружењу пружају могућност обухватања великог броја младих на једном мјесту током периода њиховог интензивног когнитивног, емоционалног и социјалног развоја и представљају мјеста гдје се развијају социјалне мреже и модели који утичу на понашање кроз интеграцију са вршњацима и одраслим моделима (наставници, професори, педагози, итд.). Развијање физичког и менталног здравља код младих доводи до побољшања студијских навика, академског успјеха и дугорочно одговорног односа према послу. Добро организовани програми у школама могу довести до превенције ризичног понашања, развоја академских постигнућа и смањења незапослености и посљедичне склоности асоцијалном понашању. Едукација и разговори са младима, наставним особљем и стручним сарадницима могу пружити значајне информације о питањима и проблемима на нивоу школе, те дати смјернице у правцу развоја промотивних и превентивних активности. Досадашња искуства у погледу систематског приступа развоју здравља и менталног благостања у школском окружењу

истичу потребу реализације програма који имају за циљ унапређење здравља и добробити младих на основу истакнутих потреба школског окружења и кроз блиску сарадњу са наставницима и стручним сарадницима. Наведени програми чине искорак од индивидуалног приступа ка развоју прилагођених школских програма који су усмјерени према потребама младих у школском окружењу. Приступ Свјетске здравствене организације (СЗО) усмјерен је на **развој здравих школа** које непрестано настоје да јачају капацитете и услове у циљу здравог начина живота и побољшања здравља. Овај приступ укључује: унапређење школских програма и окружења и активно укључивање породице и цијеле заједнице. Бројна истраживања су утврдила да су традиционални приступи превенцији и промоцији у школама, који су усмјерени само на образовање, ограниченог домета и да би системски програми са дугорочнијим ефектима требало да укључују ширу заједницу, родитеље и буду усмјерени на **развој здравог школског окружења** и **развијање здравих стилова живота**. Школски програми треба да буду усмјерени на развој животних вјештина и развој безбједног окружења што ће допринијети позитивном развоју и осјећају веће повезаности са породицом, школским особљем и институцијама локалне заједнице. Бројни програми из области менталног здравља, који су усмјерени на **развој академских, социјалних и емоционалних вјештина**, значајно утичу на смањење броја дјецe која напуштају школовање као и на смањење ризичних облика понашања.

Промотивно-превентивни програми у школском окружењу, према свом основном приступу, могу имати за циљ:

1. обуку социјалних вјештина - учење и усвајање животних и социјалних вјештина кроз прилагођене планове и програме,
2. цјелокупно школско окружење, тј. холистички приступ развоју здравог и позитивног окружења усмјерен на цјелокупно школско окружење, рад са родитељима и заједницом у циљу развоја и унапређења стимулативног школског окружења,
3. селективни превентивни програми-интервенције међу младим групама повећаног ризика, јачање њихових животних вјештина и смањење ризика од развоја сметњи у менталном здрављу или самоубиства.

Обука усмјерена на **развој социјалних вјештина** осмишљена је тако да младима пружи прилику да усвоје моделе понашања који могу да побољшају комуникацију, асертивност, развију отпорност на негативан утицај вршњака, омогуће успјешно успостављање друштвених односа, итд. Иако је велики број сличних програма био усмјерен на смањење злоупотребе опојних дрога, наведени приступи се користе приликом развијања социјалних вјештина које подстичу самопоуздање, отпорност и промоцију заштитних фактора који позитивно утичу на здравље. Приступ едукацији који се заснива само на пасивним предавањима неће довести до дугорочних ефеката, те је потребно да се ради и на развоју практичних радионица са интерактивним вјежбама које ће омогућити развој и усвајање социјалних вјештина у циљу унапређења здравих стилова живота и боље социјално-емоционалне односе.

Обука из социјалних вјештина заснива се на структурисаном и организованом приступу учењу, а највећи дио обуке је усмјерен на развој бихевиоралних компоненти чији је циљ да особа стекне вјештине важне за успјешно самостално и друштвено функционисање. Основни механизми који се користе у процесу обуке социјалних вјештина су идентификација проблема, постављање циљева, играње улога, позитивна и негативна повратна информација, учење модела, вјежбање, домаћи задатак, итд.

Такође, програми примарне превенције у школском окружењу могу укључивати активности које су надахнуте когнитивистичким и хуманистичким приступом и које комбинују усмјерење на **рјешавање животних криза уз истовремено развијање индивидуалних капацитета и вјештина** у циљу промјене односа према себи и другима.

Програм животних вјештина који су развили Хопсон (*Hopson*) и Скали (*Scally*) (1981) заснива се на претпоставци да се животне вјештине могу научити и да током тог процеса особа развија самосвијест и прихвата одговорност за себе и свој живот. Програм усмјерен на учење животних вјештина првенствено је намијењен младима, ученицима или студентима. Најпогодније мјесто за њихову реализацију је школско окружење са примијењеним техникама заснованим на радионичарском типу рада (драмске секције, дискусионе групе и сл.). Наведени модел промотивно-превентивног рада заснива се на посебном приступу у којем се кроз лично искуство људи развијају, откривају своје снаге и уче да живе боље и боље за себе и друге развијајући животне вриједности које дају предност промјенама, слободи, одговорност и нестереотипну процјену животних могућности.

Међу основним вјештинама потребним за живот истичу се:

1. вјештине потребне за развој и добробит - ЈА,
2. вјештине потребне за успјешну комуникацију са другима - ЈА И ТИ, ЈА И ДРУГИ,
3. вјештине потребне у заједници или у другим животним ситуацијама - ЈА И ЗАЈЕДНИЦА, СПЕЦИФИЧНЕ СИТУАЦИЈЕ.

Основне животне вјештине према горе наведеним јединицама које су дефинисали Хопсон и Скали (према *Thones* и *Green*, 2004 *Промоција здравља: планирање и стратегије*. Лондон: *Sage Publications*. стр. 237).

1. ЈА: читање и писање; како пронаћи информације, конструктивно размишљати о проблемима и рјешавати их; позитиван према себи; како поставити своје циљеве и приоритете; како донијети учинковите одлуке.
2. ЈА И ТИ: конструктивна комуникација; рјешавање сукоба; успостављање и развијање односа; како дати и примити.
3. ЈА И ДРУГИ: асертивност; како подржати друге: како сарађивати у групи; конструктивно изражавање осјећаја, итд.
4. ЈА И ЗАЈЕДНИЦА, СПЕЦИФИЧНЕ СИТУАЦИЈЕ: вјештине потребне за образовање; вјештине потребне за рад; вјештине потребне за дом; вјештине потребне у слободно вријеме; вјештине потребне у заједници (нпр. како развити и представити своја политичка увјерења).

Приступ који је усмјерен на цијелу школу излази из оквира индивидуалног програма и усмјерава се на шире школско окружење, организациону структуру и локалну заједницу. Шири еколошки приступ омогућава укључивање ученика, особља школе, школске управе, родитеља и шире друштвене заједнице у циљу њиховог повезивања и стварања што бољих односа између ученика и особља школе. Наведени програми су усмјерени на школску атмосферу, вриједности, правила и акционе програме, на примјер, питање насиља, рјешавања сукоба и питање различитости ученика у школи. Циљ цјелокупног школског приступа је развијање партнерства са родитељима, заједницом и институцијама које су везане за школу како би се обезбиједила и осигурала доступност системских услуга ученицима, уколико се укаже потреба за подршком.

Основне карактеристике програма који су усмјерени на развој здравих школа дјелују на четири основне области које обухватају: унапређење здравља у непосредном окружењу, подстицање здравља ученика и особља школе, унапређење односа у школи и између школе и заједнице.

- **Подстицање здравља у непосредном окружењу** се односи на унапређење и развој средине која је подстицајна и здрава за учење, живот и рад како физички (простор за игру, освјетљење, гријање, вентилација, водоснабдјевање) тако и организационо (управљање, мјере безбједности).
- **Подстицање здравља ученика** остварује се подршком наставницима да посвете више времена темама од значаја за здраве животне навике кроз холистички приступ и уз кориштење одговарајућих техника учења. Најчешће препоручене теме су: здравље као позитиван концепт, здравље друштвеног окружења, прва помоћ и самопомоћ, односи између људи и полова, сексуално здравље и нежељена трудноћа, ХИВ и друге полно преносиве болести, ментално здравље, физичке вјежбе и физичко здравље и едукација потрошача. Такође је од велике важности примјена одговарајућих техника учења које ће омогућити активно укључивање младих у процес стицања знања кроз играње улога, дискусије у малим групама, студије случаја, групни рад и кроз дјеловање у заједници. Један од важних циљева здравих школа је да се млади људи оспособе да рјешавају проблеме у својим животним околностима и да буду активни у друштву.
- **Подстицање здравог школског особља** је важна компонента која је омогућена развојем здравијих услова рада, специјализованих услуга и програма чији је циљ унапређење физичког, психичког и социјалног потенцијала наставног особља.
- **Унапређење односа у школи и између школе и заједнице** развија се јачањем сарадње између свих чланова школске заједнице (ученика, наставника, родитеља, администрације, итд.), те подстицањем сарадње школе и заједнице као цјелине.

Научно засновани програми превентивне интервенције које представљамо у наставку имали су обећавајуће исходе према резултатима неколико евалуација спроведених у различитим европским економијама. Избор ових програма заснива се на оцјенама регистра Европског центра за праћење дрога и зависности о дрогама - *Xchange*. Наведене су као инспирација за даљње претраживање интервенција које одговарају вашем контексту.

Програм *Unplugged* (програм се у Хрватској спроводи под називом „Имам став“) је школски превентивни програм који садржи компоненте усмјерене на развој критичког мишљења, доношење одлука, рјешавање проблема, креативног размишљања, учинковите комуникације, интерперсоналних вјештина, самосвијести, емпатије, ношења с емоцијама и стресом, нормативним увјерењима и знање о штетности употребе средстава зависности. Курикулум се састоји од 12 једносатних едукативних сусрета који се одржавају једном седмично, а које води учитељ који је претходно завршио едукацију у трајању од два и по дана. Регистар *Xchange* оцјењује *Unplugged* „корисним“, што значи да ће вјероватно бити учинковит у различитим контекстима.

The Good Behavior Game (GBG) је разредна стратегија управљања понашањем за основне школе коју учитељи примјењују уз стандардни наставни план и програм. GBG је оцијењен „вјероватно корисним“ у *Xchange* регистру, што значи да иако постоје налази истраживања који су потврдили његову учинковитост, потребно је да се спроведу додатна истраживања у Европи како би били сигурни. Овај приступ укључује читав разред, тимове и награде како би се дјеца социјализовала у улози ученика и смањила агресивно и ометајуће понашање у разреду, које је ризични фактор за употребу средстава зависности у адолесценцији и одраслој доби те појаву антисоцијалног, насилног и криминалног понашања. У разредима у којима се спроводи, учитељ распореди сву

дјецу у тимове, уравнотежене по полу, агресивном понашању, ометајућем понашању, стидљивости и социјалној изолацији. На видљиво мјесто постављају се и прате основна правила понашања. Приликом играња „игре доброг понашања“, сваки тим добија награду ако чланови тима, у одређеном периоду трајања игре, правила прекрше четири или мање пута. У првих неколико седмица интервенције, игра се игра три пута седмично по десет минута за вријеме мање структурисаних активности у разреду и кад ученици раде самостално, без водства учитеља. Периоди игре се продужавају и постају учесталији у редовним интервалима, до полугодишта, и игра се може играти сваки дан. На почетку, учитељ најави почетак периода игре и даје награде по завршетку игре. Касније учитељ одгађа награђивање до краја дана или седмице. С временом, игра се игра у различито доба дана, током различитих активности и на различитим мјестима, и тако се развија од веома предвидљиве по трајању и учесталости, са тренутном наградом, до непредвидљиве, са одгођеном наградом, тако да дјеца могу да науче како се од њих добро понашање очекује увијек и на сваком мјесту.

KiVa је програм против вршњачког насиља, с охрабрујућим оцјенама из Финске, а који се спроводи и у Естонији. Овај програм је усмјерен на школску дјецу у доби од 5 до 11 година и употребљава универзалне и индициране стратегије. Програмом се покушава повећати просоцијално понашање и емоционална добробит код дјеце. Програм *KiVa* још није уврштен у регистар *Xchange*, али га регистар *Blueprints* оцјењује „обећавајућим“, што значи да су висококвалитетна истраживања потврдила његову учинковитост.

Програм превенције вршњачког насиља „Мирољубиви партнери“ спроведен у оквиру прве фазе Пројекта менталног здравља у Босни и Херцеговини (ПМЗ БиХ, 2010-2014) заснива се на социјално-емоционалном приступу и помаже ученицима да науче вјештине рјешавања сукоба, међусобно сарађују, спријече вербално и физичко злостављање, те поштују различитости и интеграцију различитих друштвених група (етничких, вјерских, културних, социо-економских). Програм је пружио прилику младима да препознају да ли су жртве насиља и да знају да ли су њихова права угрожена, што ствара почетну основу за пружање конкретне помоћи злостављаној дјецу. Програм је осмишљен да спријечи стигматизацију злостављане дјеце. Ученици, као директни корисници програма, су били активни и креативни током извођења, а наставници су примијетили да су ученици врло брзо почели примјењивати стечена знања у спонтаној међусобној комуникацији.

Превентивни програм „Школа за живот“ намијењен је средњошколцима са циљем пружања подршке расту адолесцената. Програм је реализован на два нивоа, екстензивном и интензивном. Опсежним планом обухваћени су сви ученици школе, а интензивним мања група ученика који су се састајали једном седмично. Екстензивним приступом на нивоу школе постављен је велики пано на којем су се мјесечно мијењали поједини садржаји, најчешће у облику стрипа. На садржај, односно на теме на паноима ученици су реаговали путем писама која су стављали у посебну кутију, разговором у мањој групи или цртањем, тј. графичким представљањем садржаја на одређену тему. Током школске године на пануу су представљене различите теме као што су: љубав, пријатељство, толеранција, односи са родитељима и друго. Током великог одмора, преко разгласа су емитоване двије врсте порука: поруке „Школа за живот“ и „Поруке школи за живот“. Тако су поруке емитоване преко разгласа постале један вид комуникације међу ученицима који су се оглашавали путем разгласа, реаговали на садржај паноа, износили своја искуства из мале групе и слали поруке једни другима. Током седмице, мала група ученика се састајала како би разговарали о теми која је тог мјесеца била представљена на пануу. Рад у тој групи одвијао се по принципима психотерапијске праксе. Селективни програми намијењени су ученицима и групама младих који су под повећаним

ризиком, било да се ради о животним околностима или већој изложености стресу. Програми су најчешће усмјерени на дјецу у ризику и организују се кроз сарадњу школског особља, здравствених радника и родитеља с циљем спровођења активности које ће на крају допринијети развоју вјештина рјешавања проблема или когнитивних вјештина које омогућавају превенцију анксиозности, депресије или самоубиства код младих. Иако многи фактори ризика могу допринијети развоју менталних поремећаја, постоје и многи потенцијално заштитни фактори који се могу подржати кроз циљне активности. Наведени фактори могу укључивати индивидуални потенцијал дјетета, његов однос са родитељима, породицом, вршњацима и другим друштвеним мрежама подршке. Процјена потреба дјеце треба да пружи основу за дефинисање потешкоћа на којима треба радити, као и позитивних аспеката које је потребно оснажити.

10. Преглед постојећих превентивних програма са фокусом на ову старосну групу у Босни и Херцеговини, искуства у реализацији и научене лекције

У табели испод су наведени примјери превентивних програма коју су добијени од кључних партнера у реализацији наведених активности намјењених адолесцентима и који су спровођени пробно и/или реализовани у протеклој деценији у Босни и Херцеговини.

У склопу прегледа програма дате су најважније одреднице програма: циљне популације, аутори, резултати евалуације и научене лекције, као и примјери добре праксе.

Циљ прављења прегледа досадашњих успјешно реализованих програма у Босни и Херцеговини је осигуран са сврхом како би програми били доступни свим заинтересованим актерима у Босни и Херцеговини, али и регији, у сврху промоције континуираног превентивног рада са младима и понављања квалитетних програма у наредним годинама.

Табела 1: Преглед успјешно реализованих промотивно-превентивних програма у Босни и Херцеговини за младе узраста од 14 до 18 година старости

Назив програма	Вријеме реализације	Локације за реализацију	Циљне групе програма	Аутори (институције, НВО и појединци)	Резултати евалуације програма	Научене лекције
<p>Пројекат „Иницијатива младића“ (Young Men Initiative – YMI): Промовисање здравијих животних стилова и смањење међуљудског насиља међу младима у Босни и Херцеговини оспоравањем родних стереотипа III</p>	2014-2023.	Босна и Херцеговина (Сарајево, Мостар, Бања Лука) те други градови у Босни и Херцеговини у сарадњи са омладинским организацијама	Млади Наставници и школско особље	ИПД у партнерству са <i>CARE Balkans</i> те организацијом <i>Youth Power</i> Мостар и Перпетум мобиле Бања Лука. Подржан је од стране Владе Швајцарске и <i>CARE</i> Њемачка, Аустријске развојне агенције и <i>Oak</i> Фондације из Швајцарске.	<p>Ефекти образовања по методологији Програма Y и активности „Буди мушко клуба“:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. промјене ставова о насиљу и усвајање ставова који воде ка нижој толеранцији према различитим облицима насиља 2. смањење појаве физичког насиља 3. смањење појаве дигиталног насиља 4. смањење појаве сексуалног насиља 5. повећање степена родно равноправних ставова 6. повећан процент младих који би зауставили насиље којем свједоче 7. већи број младих који би потражили помоћ 8. повећано знање о насиљу, здрављу и здравим животним стиливима <p>Више информација доступно на: https://youngmeninitiative.net/bs/resursi/</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Програм Y је научно заснован образовни курикулум прилагођен специфичним потребама младих који оспособљава младе да се самостално и са адекватним вјештинама носе са изазовима одрастања, доносећи одлуке које су од најбољег интереса за њихово здравље. 2. Квалитетно образовање по методологији Програма Y, уколико се реализује уз системску подршку и у подстицајном

						<p>окурењу, код младих може довести до промјене ставова и понашања, мотивисати их да брину о свом и здрављу својих вршњака, охрабрити истрајност у доношењу одлука које су у најбољем интересу за њихово здравље.</p> <p>3. Програм у доводи до смањења физичког насиља, повећања степена родне равноправности, повећања степена толеранције, смањења појаве дигиталног насиља и повећања процента младих који би зауставили насиље којем свједоче.</p> <p>4. Наставно особље и стручна јавност укључена у</p>
--	--	--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

						<p>ревизију и реализацију Програма у препознаје методологију као квалитетан и важан образовни програм.</p>
<p>Ко заправо побјеђује?</p> <p>(Програм превенције коцкања код младих)</p>	<p>2022 – 2023 (и наставиће се спровођење и у наредним годинама)</p>	<p>Кантон Сарајево</p>	<p>Средњошколци (први и други разред), родитељи и наставници</p>	<p>Удружење за превенцију зависности НАРКО-НЕ</p>	<p>Резултати евалуације показали су да је програм учинковит у подизању и оснаживању заштитних фактора у смислу повећавања нивоа исправног знања ученика/ученица о коцкању и индустрији игара на срећу, те смањивању когнитивних дисторзија везаних уз коцкање.</p>	<p>Програм је преузет из Хрватске која има сличан проблем кад су кладионице у питању, тако да је евалуација програма показала успешним и у Босни и Херцеговини.</p> <p>Садржај и материјали програма су прилагођени и олакшали су учење.</p> <p>С обзиром да постоји потреба за радом на овој теми потребно је што више школа укључити у програм, како у</p>

						Кантону Сарајево тако и изван, у цијелој Босни и Херцеговини.
Тражење професионалне помоћи у школи и заједници			Адолесценти /2. разред средње школе	Белма Жига	/	/
Природа и одреднице секстинга међу адолесцентима и младима: Крос-културално истраживање <i>SextYouth</i>	фебруар 2021.	Хрватска, Босна и Херцеговина	Приручник садржи описане едукативне радионице за адолесценте, наставнике и родитеље/старатеље	<i>Арта Додај Кристина Сесар Мónica Ojeda Pérez Rosario Del Rey Ashton Gerding Speno Dominika Howard Крешимир Пријатељ Наташа Шимић Марко Одак</i>	/	/
Програм М/Промоција родне равноправности и промовисање здравих стилова живота младића, те	од 2008. до 2010. године	Загреб, Сарајево, Бања Лука, Прокупље и Београд	Професори, стручњаци за рад с младима и други стручни радници који раде с младићима; овај приручник представља важан	<i>CARE International SZ Balkan</i> са партнерима	/	/

пропиткивање маскулинитета као друштвене конструкције и стратегије за изградњу нужних животних вјештина младића за вријеме одрастања			допринос онима који пружају подршку здравом развоју младих људи.			
Програм превенције вршњачког насиља у школама	2010.	Бања Лука	Наставници и стручни сарадници у школама, млади	Проф. Ивана Жечевић УГ Здрави да сте	Добијени резултати показују да ученици процјењују да се насиље међу вршњацима смањило за 6,5% на нивоу обје школе. Важно је напоменути да, када се примјењују програми превенције који утичу на промјене у понашању, значајнији статистички подаци о њиховом учинку се могу очекивати тек након неколико година.	Добра страна овог програма је и у томе што не ради само на побољшању квалитета комуникације, већ и на едукацији дјеце и наставника о облицима насилног понашања, што такође представља додатан квалитет у превенцији насиља.
Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини/П	2019-2021.	Босна и Херцеговина	52 професионалца (Ж43, М9) од тога из Федерације Босне и Херцеговине 21 психолог, а из	ИПД/ПМЗ у Босни и Херцеговини	Мјерење опоравка вршено је уз помоћ АСЕМВАСН-АСЕВА упитника које су попунили едуканти и тимови на узорку од 143 корисника за Босну и	Процес одрживости наведене услуге као и продукција новог кадра

<p>МЗ у Босни и Херцеговини је направио два двогодишња програма „Психотерапијско савјетовање за дјецу и адолесценте у центрима за ментално здравље у заједници” у Федерацији Босне и Херцеговине и „Програм едукације за рад са дјецом и адолесцентима у менталном здрављу у Републици Српској”, у сарадњи са медицинским факултетима у Зеници и Бања Луци који су уговорени за њихову реализацију.</p>			<p>Републике Српске 31 професионалац из тимова центара за заштиту менталног здравља; Крајњи корисници - дјеца и млади и њихови родитељи</p>	<p>Федерација Босне и Херцеговине: прим.др. Горан Черкез, прим.др. Марина Бера, дипл. иур. Адиса Мехић, проф. др сц. Кристина Сесар, др. сц. Мирела Бадурин, проф. др Вера Данеш, Мр. сци Ирина Пувача, проф. др. Дубравка Коцијан-Херцигоњ, проф. др. Гордана Буљан-Фландер, проф. др. Мирјана Граовац, др. мед., др. сц. Весна Херцигоња Новковић</p>	<p>Херцеговину, Федерација Босне и Херцеговине/99, Република Српска/44 корисника услуга у дјечју и адолесцентну терапију, изражено по полу 50% М, 50% Ж и доби (до 8 година 19%, од 9-14 година 34% и изнад 15 година 46%).</p> <p>Након поновљеног мјерења (ре-евалуација) присутан је значајан опоравак по свим дијагнозама/потешкоћама.</p> <p>Највећи опоравак је присутан код потешкоћа са пажњом, агресивног понашања те депресивности/анксиозности и повучености.</p>	<p>уколико за то буде потребе се осигурала кроз израду програма и прописа о двогодишњим едукацијама из области рада/психотерапијског савјетовања дјеце и адолесцената о менталном здрављу у оба ентитета те је омогућено реализовање кроз Медицинске факултете у Зеници и Бањој Луци. Још једном је потврђено да највећи успјех у реализацији носи интензивнији процес праћења едукације и залагања водитеља едукацијских процеса у надзору над контролом квалитете, али и</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				Република Српска: Љиљана Иванчић, др. Милан Латиновић, проф. др. Мира Спремо, проф. др. Нада Васелић, др. Ранка Калинић, мр. сц. Татјана Марковић Басара, Виолета Банић, Сања Гидумовић, мр. сци Ирина Пувача		самих носиоца пројеката.
„Повећање благостања адолесцената кроз јачање протективних фактора у школском окружењу“	2017/2018 2019/2020	18 локалних заједница 18 ЦМЗ 40 средњих школа и 1518 ученика	Ученици II разреда средње школе, Професионалци из ЦМЗ, Наставници/психолози и остало школско особље, Родитељи	Завод за јавно здравство у сарадњи са центрима за заштиту менталног здравља и Кантоналним ЗЗЈЗ Донатор Пројекат менталног здравља у	2017. Укупно је 875 ученика прошло програм, од чега 480 женског пола и 395 мушког пола. Програм је спроведен у укупно 41 разреду. Свака заједница је имала по 4 разреда унутар своје заједнице, док је Зеница имала 5 разреда (један су добровољно укључили додатно у програм). 2019. Укупно је 643 ученика прошло програм, од чега 383 женског пола и 260 мушког пола. Програм је спроведен у укупно 32	Унапријеђена сарадња између Завода за јавно здравље и ЦМЗ-у области превентивног рада у школама. Унапређени капацитети ЗЗЈЗ, ЦМЗ-ова за креирање и спровођење и евалуацију

				Босни и Херцеговини/ИПД	разреда, односно свака заједница је имала по 4 разреда.	превентивних програма.
Оснивање Психолошког савјетовалишта Универзитета у Бањој Луци	2022 -	Бања Лука, Филозофски факултет, Одсјек за психологију	Професори и наставно особље ФФ, Психотерапеути – лиценцирани и у едукацији, студенти	Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини, ИПД и Филозофски факултет, Универзитета у БЛ	Оснивањем оваквог савјетовалишта студенти кроз организован приступ добијају бесплатну и адекватну психолошку помоћ и третман, могућност стицања адекватних знања, подстицања личног развоја и јачања властитих потенцијала, доприносе промовисању значаја менталног здравља.	
„Превенција коцкарске зависности нагласком јачања протективних фактора школском окружењу“	Мостар 2017. Жепче 2018.	Мостар (3 разреда у 3 ОШ); Жепче (16 разредних одјела седмих и осмих разреда)	Ученици, ЦМЗ Мостар, ЦМЗ Жепче, Школско особље	Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини/ИПД	У Мостару број обухваћених ученика је 309 ученика (153 М и 156 Ж) . У Жепчу број обухваћених ученика је 226 ученика (Ж 112 и М 114)	Резултати овога превентивно-промотивно-истраживачког пројекта могу послужити као основа за развој и реализацију даљњих сличних пројеката будући се увиђа да, већ у раној адолесценцији присутно, проблематично коцкање омета породично, школско, лично и социјално функционисање

						младе особе, тј. отежава постизање очекиваних развојних исхода, што дугорочно, уз озбиљне личне и породичне посљедице, представља трошак и за саму економију. Стога је потребан континуирани рад на развоју критичних ставова према играма на срећу и развоју одговорног понашања у овом подручју код дјеце и адолесцената.
„Због тебе, због нас“ интерактивни превентивни програм намијењен дјецы средњошколског узраста.	2021-2022.	8 локалних заједница (Бања Лука, Прњавор, Фоча, Источно Сарајево, Тузла, Босанска Крупа, Сарајево	-ученици средњих школа -школско особље -особље ЦМЗ -родитељи -кантонална министарства образовања у Федерацији Босне и Херцеговине	Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини, Институт за популацију и развој (ИПД)	-Унапријеђене међусекторска сарадња и превентивни рад у области менталног здравља са образовним сектором -Успјешно тестиран материјал за обуку програма -23 професионалца завршила ТоТ (Ж=22, М=1), од тога 14 професионалаца из ЦМЗ и 9 особа из средњих школа.	-ЦМЗ и представници изабраних школа коју су прошли едукацију од стране ИПО и спровели превентивни програм да регионално буду ТОТ едукатори за ЦМЗ/школе који су

		<p>Нови Град, Вогошћа и Столац), 8 ДЗ/ЦМЗ и 8 средњих школа: УТТ школа Бања Лука, ЈУ Гимназија Прњавор, Средња школа Столац, Средњошколс ки центар „Фоча“, Хемијска школа у Тузли, ЈУ СШ 28 ЈУНИ, Трећа гимназија Сарајево и ЈУ Опћа гимназија Босанска Крупа.</p>	<p>-Федерално министарство здравства -Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске -Министарство образовања Републике Српске</p>	<p>-Програм је успјешно спроведен два пута, а обухватио је 350 ученика/ице (Ж 191, М 159) из 8 средњих школа.</p> <p>-Велико задовољство учесника програма, додатна мотивација професионалаца да спроводе програм у наредним школским годинама.</p> <p>-Ученици изузетно позитивно оцјењују нова научена знања у функционалним начинима превазилажења младалачких проблема и тешкоћа. Као и бољој емоционалној писмености.</p> <p>- Ученици програма су информисани о постојању ресурса (ЦМЗ-ова) у локалним заједницама гдје могу потражити помоћ/савјетовање.</p> <p>-Програм је примјењив (испробан) и на завршне године основношколског узраста.</p>	<p>им у околини и њиховим изабраним школама/психолози, педагози, социјални радници.</p> <p>-Програм спроводити са ученицима деветих разреда основних школа.</p> <p>- Увезивање више школа у заједничкој реализацији, односно 2 партнерске школе које би заједно пројекат реализовале и тиме омогућиле упознавање дјецe, размјену искустава и учењу богатства различитости (школе из два ентитета).</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Програм превенције вршњачког насиља „Мирољубиви партнери“</p>	<p>2012-2013.</p>		<p>Ученици ОШ (420) наставници, школски педагози. Пројектни тим је обучио особље 4 ЦМЗ-а (Кључ, Бугојно, Нови Град, Брчко), они су током извођења програма обучили и надгледали наставнике и школске педагоге у 10 ОШ у 4 локалне заједнице, наставници и педагози су спроводили програм у директном раду са ученицима (420) током једне школске године. Прије и послије спровођења програма ученици тестирани путем УШН-Упитника школског насиља.</p>	<p>Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини, I фаза, Асоцијација ХУ/ИПД</p>	<p>Резултати евалуације указују на добробит спровођења оваквог програма међу ученицима, као и запосленима у школи, ученицима и њиховим родитељима, задовољство садржајем програма. Ученици који учествују у програму препознају различите ситуације које су по природи сада насилне у већој мјери, а које су раније као такве доживљаване у мањој мјери. Највећа промјена се може видјети у перцепцији сексуалног насиља (код 83,9% испитаника) у односу на почетну вриједност (65,3% испитаника). Промјена се може уочити у перцепцији вербалног насиља као вербалног вријеђања, а ученици сада у великој мјери препознају увредљиво прозивање као насилно понашање (87% испитаника) у поређењу са почетном вриједношћу (65,3% испитаника). Према основном истраживању може се видјети да се физичко насиље (91,9%) у великој мјери препознаје као насиље, и то се не разликује значајно у односу на финално истраживање (95,2%), али је дошло до промјене у разумијевању појма насиља, на што се сада гледа другачије и не само са тачке</p>	
-------------------------------------------------------------------------	-------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

					физичког контакта. Ови резултати истраживања поклапају се са резултатима великог истраживања које је недавно спровео Омбудсман за дјецу Републике Српске (2012-13) о значајној присутности свих облика вршњачког насиља у основним и средњим школама и великој потреби за превентивним дјеловањем у школи.	
Слон у соби Креирање и дистрибуција психоедукативног материјала о утицају пандемије COVID-19 на ментално и физичко здравље заједно са основним препорукама за самозаштиту менталног здравља кориштењем техника КБТ-а	2020.	Босна и Херцеговина	Интернет /ФБ и Инстаграм	ИПД/ПМЗ у Босни и Херцеговини и Домино	У току овог периода припремљен је и прилагођен писани материјал који садржи описаних 30 техника самопомоћи које ће се објављивати на платформи <i>#slonusobi</i> . <i>On-lajn</i> сесије мотивишућег савјетовања са грађанима. (индикатор: 50 обављених разговора). Досадашње статистике показују да су све објаве досегле више од 500 особа (колико је договорено кроз индикаторе).	
Пројекат Медица Високо за ученике,	1998-2005.	Високо	Повезивање ученика, наставника и	Швајцарска амбасада у оквиру	План и програм тих едукација у комбинацији са искуственим радом је био усмјерен на	Пројекат је показао своју велику корист.

наставнике и родитеље			родитеља. Рад се одвијао у засебним групама и по неколико тросатних сесија.	Дезе, а који је оцјенио др. Дејвид Бекер (<i>David Becker</i>), њемачки психолог	комуникацију, асертивну комуникацију, конфликт, стрес, трауму и насиље.	
Пројекат Инспирацијске картице			Инспирацијске картице у школама кроз различите предмете, а примјењивали су их професори језика за анализу књижевних дјела и извлачење важних поука за ученике. Такође их користе за разредне часове за отварање комуникације и приближавање ученицима.	Нермина Вехабовић Рудеж	Ово је поткријепљено позитивним оцјенама од професора као и од ученика, али и студената јер их и професори на факултету користе.	
Рад са дјецом и младима, као и наставницима кроз Центре за међуљудске односе	2007.		Рад са дјецом и младима, ако и наставницима кроз Центре за међуљудске односе који би били унутар школе који су саставни дио		Овај приједлог активности је описан у приручнику ТПО Фондације „Превенција вршњачког насиља: Јачање компетенција наставника у раду са дјецом“, стр. 137	

			школа и гдје се уче комуникацијске вјештине, вјештине рјешавања конфликта, разрјешавају сукоби настали међу вршњацима, итд.			
Виртуалне кризне интервенције „Овдје и сада“	2020.	Босна и Херцеговина	Професионалци из центара за социјални рад, центара за заштиту менталног здравља и васпитно-образовних установа у Босни и Херцеговини	БХиДАПА	Оснаживање професионалаца у примјени виртуелних/телефонских кризних интервенција у раду са дјецом и младима. Професионалци су оснажени са различитим психолошким и терапијским техникама које су онлајн или телефонским путем могли да примјењују у циљу заштите менталног здравља дјеце и младих породица током пандемије Covid-19.	
Први едукацијски програм из интегративне психотерапије и савјетовања дјеце и адолесцената	Од 2015.	Босна и Херцеговина	Професионалци из области менталног здравља	БХиДАПА	2016. године у Антверпену едукацијски програм постаје равноправни члан европског интердисциплинарног терапијског савеза за дјецу и младе – EIAATSCYP и први европски акредитовани едукацијски програм из области интегративне психотерапије и савјетовања за дјецу и младе.	Програм се показао потребним и неопходним за наше друштво гдје постоји велика потреба за стручним оснаженим кадром за рад са дјецом и адолесцентима.

					2017. године, Босна и Херцеговина добија првих девет европски лиценцираних дјечјих и адолесцентних психотерапеута. 2018. године, БХиДАПА отвара први Интердисциплинарни терапијски центар за заштиту дјеце, младих и породица у Босни и Херцеговини.	
Центар за сигурни интернет	Од 2010.	Босна и Херцеговина	Дјеца, наставници, родитељи, грађани	MFS-EMAUS, УНИЦЕФ, <i>Save the Children</i>	Платформа, бесплатна онлајн помоћ за жртве насиља намијењена родитељима, дјеци, грађанима.	Успостављена сарадња са међународном организацијом <i>Insafe</i> - европском мрежом центара за подизање свијести и промоцију безбједног и одговорног кориштења интернета и мобилних уређаја међу дјецом и младима.
Плави телефон	Од 2013. године	Босна и Херцеговина	Дјеца и адолесценти	УНИЦЕФ, Удружење „Нова генерација“ Бања Лука	Пружање <i>on-lajn</i> савјетодавне подршке дјеци и адолесцентима као и платформа за пријаву насиља.	Позиви су се повећали у току и након пандемије.
Програм секундарне превенције неприхватљиви	Од 2016. до 2020.	Кантон Сарајево, Унско-Сански Кантон,	Основне школе	УНИЦЕФ, ЦПРЦ	Рана детекција и превенција дјеце у ризику и пружање стручног третмана, успостављање рефералних механизма у	Овај Програм је укључен у систем подзаконским

х облика понашања и заштите ученика у оквиру програма „Правда за свако дијете“		Кантон 10, Република Српска			заједници са циљем пружања психолошке и социјалне подршке дјеци и породици.	актима и има јаку одрживост. Програм омогућава да се на нивоу Босне и Херцеговине успостави јединствена база гдје би се прикупљали нумерички подаци о насиљу над и међу дјецом, те о начину и облику пружене стручне помоћи на нивоу Босне и Херцеговине.
Превенција вршњачког насиља	2010.	Босна и Херцеговина	Основне школе у Босни и Херцеговини	<i>Save the Children</i>	Објављен курикулум за Одјељенске заједнице од 1. до 9. разреда.	
Онлајн подршка менталном здрављу наставника и ученика	Период пандемије Covid-19	Босна и Херцеговина, дијаспора	Наставници и ученици, школе у Босни и Херцеговини и дијаспори	<i>COI Step by Step</i>	Пружање психолошке помоћи у кризном периоду.	
Траума оријентисани мировни рад у Босни и Херцеговини	2022.	Босна и Херцеговина	Наставници, ученици (1500)	Удружење „Прогрес“	Креирање траума-сензитивних школа и организација цивилног друштва.	Препознавање и реаговање наставника на трауму код ученика.

Правда за свако дијете – програм у правосуђу	2011 - 2020.	Босна и Херцеговина	Дјеца у сукобу са законом, дјеца свједоци и жртве казних дјела	УНИЦЕФ	Унапређење приступа дјете правди на нивоу Босне и Херцеговине.	Програм је дао допринос бољем спровођењу Закона о заштити и поступању са малољетницима у кривичном поступку; заговарању и запошљавању стручних сарадника психолога при судовима и тужилаштвима.
Социјализација с правом	2017-2018.	Федерација Босне и Херцеговине, Брчко дистрикт	Ученици који похађају 26 основних и средњих школа	<i>PH International</i>	Помоћ свим актерима у настојањима да ојачају владавину права и смање стопу малољетничке делинквенције у Босни и Херцеговини.	
Превенција говора мржње у медијској онлајн сфери	2022.	Брчко дистрикт	Едукација свих категорија друштва с акцентом на дјецу и младе (више од 200 ученика завршних разреда основне школе и средњошколаца).	Друштво психолога Брчко дистрикта Босне и Херцеговине, Влада Брчко Дистрикта Босне и Херцеговине, Одјељење за стручне и административне послове	Успостављање дијалога унутар локалне заједнице између представника медија те законодавне и извршне власти, представника тијела за контролу јавног информисања, те превенција говора мржње путем едукација свих категорија друштва с акцентом на дјецу и младе.	Оснаживање младих да пријављују говор мржње, увидјело се да је велики број ученика био потенцијална жртва говора мржње на интернету као и да велики број ученика користи такав говор у онлајн простору.

11. Завршна размишљања/закључци:

За разлику од ранијих пракси које су прије свега биле усмјерене на дијагностику и третман људи који пате од менталних поремећаја, данас се много више пажње посвећује промоцији менталног здравља и превенцији менталних сметњи.

Цјелокупна заједница треба да континуирано развија ресурсе који унапређују и штите ментално здравље становништва и умањују ризичне факторе за развој поремећаја.

Кроз овај приручник представљене су специфичности развојног периода адолесценције, односно младих узраста од 14 до 18 година, што у пракси одговара ученицима завршних разреда основне школе и ученицима средње школе, као и заштитни и фактори ризика који постоје у тој доби, а који могу утицати на ментално здравље адолесцената. Такође, представљена су и упуства за реализацију превентивних програма за младе овога узраста, као и примјери појединих успјешних програма који су се спроводили у одређеним дијеловима Федерације Босне и Херцеговине или Републике Српске, а који, на основу својих успјешних исхода и резултата, могу да се примијене и у осталим дијеловима Босне и Херцеговине.

Исходи промотивних и превентивних иницијатива у менталном здрављу обично нису видљиви првих неколико година након реализације, јер је потребно вријеме да дође до промјене ставова и да се успоставе нови обрасци понашања грађана и дјеловања институција.

Кроз приручник су представљени резултати истраживања о проблемима и потребама које имају дјеца и млади у Босни и Херцеговини, што може послужити као основа за владине и невладине институције да сврсисходно усмјере своје програме. Оно што се, на основу досадашњег спровођења програма за младе, показало изузетно успјешним и ефикасним приступом јесте вишесекторалност у раду на превенцији. Истина је да је најлакше спроводити програме на нивоу школе, гдје дјеца проводе велики дио времена, али саме школе не могу одагнати факторе ризика или ојачати протективне факторе уколико у то није укључен здравствени систем, социјални систем, безбједносни сектор. Оно што програме чини одрживим јесте мониторинг, израда подзаконских аката на основу пробног спровођења програма, као и континуирана едукација и супервизија стручњака који учествују у изведби програма.

Акције у заједници могу бити усмјерене на процесе чији је циљ да се унаприједи социјални ресурси у најширем смислу, а који су повезани са физичким и менталним здрављем, не усмјеравајући се уско на ментално здравље. (нпр. редукација пушења, смањење социјалне изолације, борба против сиромаштва, унапређење васпитно-образовног процеса, његовање здравих стилова живљења, хуманизација радних и животних средина, поштовање људских права и др.)

Од посебног значаја су поруке које шаљу медији јер могу имати велик утицај на ставове и понашање становништва. Потребно је спроводити медијске кампање које су усмјерене ка позитивним промјенама ставова заједнице о менталном здрављу и менталним поремећајима, а претходно повећати основна знања медија о менталном здрављу. У сваком случају, медији се требају користити као једна од компоненти мултистратешког приступа да би се постигле промјене у ставовима и понашању становништва.

Овим приручником покушало се прикупити што више информација о изазовима са којима се сусрећу млади узраста од 14 до 18 година, као и могућностима превазилажења изазова и добрим праксама, како би се обезбиједила што адекватнија психосоцијална подршка адолесцентима, односно брига о њиховом менталном здрављу.

12. Прилози: Примјери добре праксе

Примјер 1.

1. Програм секундарне превенције у Кантону Сарајево¹

„Програм препознавања и заштите дјецe од фактора ризика од друштвено неприхватљивих облика понашања“ је програм секундарне превенције малољетничког преступништва који има за циљ да препозна и пружи подршку ученицима основних и средњих школа који су у ризику да почине насиље или да буду жртве или свјedoци неког од облика насиља.² Настао је као резултат значајног пројекта током чије је реализације израђена група индикатора на основу којих су наставници и стручни сарадници препознавали одређене факторе ризика код дјецe и адолесцената. Индикатори су разврстани у осам фактора и то: А: Потешкоће у учењу и понашању, Б: Однос са вршњацима, В: Однос ученика и наставника, Г: Однос родитеља и ученика, Д: Однос родитеља према школи, Ђ: Способност ношења с проблемима, Е: Интернализована понашања, Ж: Друштвено неприхватљиво понашање. Ради заштите приватности ученика, Програм координише стручна служба школе која је овлаштена да брине о менталном здрављу дјецe у школи. Програм подразумијева едукован наставни кадар који ће имати обавезу да, уколико примијети нека од недозвољених понашања код ученика, усмено комуницира с разредником или стручним сарадником у школи, а након тога, уколико процијене да постоји потреба, разредник или стручни сарадник у сарадњи с родитељем и учеником осмишљавају индивидуални план подршке за дијете. Циљ тог плана је да се путем различитих интервенција у оквиру школе или породице заједнички отклоне фактори ризика који постоје у дјететовом окружењу као и да се ојачају заштитни фактори. У ситуацијама када и поред процијене стручних сарадника о постојању ризика родитељ одбија сарадњу са школом, школа укључује центар за социјални рад и израђује се индивидуални план бриге за дијете. Уколико стручна служба школе процијени да се ради о већем ризику за дијете, који захтијева клинички третман или процијену, стручни сарадник укључује центар за ментално здравље у датој општини, уз сагласност родитеља. Комплетна методологија Програма подразумијева тимски приступ стручних особа које учествују у раду с дјецом у пружању подршке дјетету и активну улогу дјетета и родитеља у креирању и реализовању те подршке.

Као што је и видљиво, поред образовног сектора у спровођењу Програма учествовали су и здравствени и социјални сектор, те је осмишљен реферални механизам међусекторске сарадње који је имао за циљ повећавање дјелотворности реакције система на препознате факторе ризика за малољетничко пријеступништво.

Комплетан програм уређен је подзаконским актима и то – Правилником о начину и облику спровођења васпитно-образовне подршке и стручног третмана ученика у основним школама у

¹ https://www.cprc.ba/files/ugd/b112e0_34746b7a8146486bbf4a98f4b110ff57.pdf

² Министарство за образовање, науку и младе Кантона Сарајево и Центар за истраживање политике супротстављања криминалитету (ЦПРЦ) су, уз подршку УНИЦЕФ-а, током двије школске године (2016/17. и 2017/18) тестирали „Програм препознавања и заштите дјецe од фактора ризика од друштвено неприхватљивих облика понашања“. Програм је у првој пилот-фази (2016/17. школска година) обухватио 13 школа у Кантону Сарајево (девет основних и четири средње школе), а у другој фази све основне и средње школе с подручја Кантона Сарајево. Након пробног спровођења пројекта и примјене програма, програм је преименован у „Програм (секундарне) превенције и неприхватљивих облика понашања и заштите ученика у основним школама Кантона Сарајево“. Тренутно се примјењује само у основним школама у Кантону Сарајево, док су у току припреме за његову примјену и у средњим школама односно у осталим кантонима у Федерацији Босне и Херцеговине. Више: <https://j4c.ba/blog/program-prepoznavanja-i-zastite-djece-od-faktora-rizika-2/> (страница посјећена 19. 7. 2020).

Кантону Сарајево и Правилником о вођењу евиденције о неприхватљивим облицима понашања и заштити ученика (Плех, Омерсофтић, 2020).

Примјер 2.

2. Примјер програма превенције малољетничке делинквенције за средњу школу

Мјесец	Садржај рада	Носилац активности	Начин организације рада и реализације
IX	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Предметни наставници, разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици, сарадници Служби за социјални рад.	Препознавање ученика у ризику од друштвено неприхватљивих понашања, идентификација фактора ризика.
	Анализа социо-економске структуре и здравственог статуса ученика I разреда у циљу адекватне подршке.	Педагог, психолог и социјални радник	Анализа података добијених примјеном упитника за родитеље. Упитник је сачињен у сврху прибављања основних података о социо-економским и здравственим приликама ученика а с циљем индивидуализације рада и пружања адекватне подршке.
	Стручна служба у функцији задовољавања дјечјих потреба	Педагог, психолог, социјални радник у сарадњи са разредницима (посјете часовима ОЗ)	Упознавање ученика одјељења I-IV разреда о врстама подршке коју могу остварити у оквиру Стручне службе школе и начинима сарадње.
	Безбједност ученика у дигиталном окружењу	Разредници	Ученици I-IV разреда ће се упознати са мјерама заштите безбједног кориштења ИКТ технологије и обиљежјима сајбер насиља.
	Унапређење сарадње школе и родитеља	Родитељи, разредници, предметни наставници, директор, помоћник директора и стручне сараднице школе	Општи родитељски састанак за I разреде Родитељски састанци по разредима Информативни састанци Консултације са наставницима Сарадња са стручним сарадницама Сарадња са Управом школе
	Унапређење сарадње школе и родитеља ученика I разреда	Педагог, психолог и социјални радник школе	Предавање за родитеље ученика I разреда: „Сарадња школе и родитеља - партнерски однос и континуитет као предуслова успјеха ученика“
	Сарадња Стручне службе школе са разредницима и предметним наставницима	Сараднице Стручне службе школе, разредници и предметни наставници	На почетку школске године стручне сараднице ће организовати разговоре са разредницима у циљу информисања о социо-економским, здравственим и др. приликама ученика с циљем евентуалне индивидуализације васпитно-образовног рада и пружања адекватне подршке. Иницирање и учешће на сједницама одјељенских вијећа одјељења I разреда (а по потреби и одјељења II-IV разреда) у циљу упознавања чланова са релевантним информацијама за оне ученике код којих постоје специфичне здравствене/ развојне и друге тешкоће које се могу одразити на савладавање наставног градива и учешће у васпитно-образовном процесу.

X	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Предметни наставници, разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици и по потреби сарадници Служби за социјални рад, ЈУ Васпитни центар и ЦМЗ и КЦУС.	Препознавање ученика у ризику од друштвено неприхватљивих понашања, идентификација фактора ризика и пружање васпитно-образовне подршке или стручног третмана (родитељ, ученик, разредник, Стручна служба школе а по потреби и сарадници ваншколских институција).
	Сарадња школе и родитеља	Разредници, предметни наставници, директор, помоћник директора и стручни сарадници школе	Информативни састанци Консултације са наставницима По потреби сарадња Управе школе и стручних сарадница са родитељима ученика Кућне посјете - по потреби
	Јачање ученичких компетенција	Педагог	Предавање за ученике I разреда: „Методе ефикасног учења и планирања времена“ и реализација у склопу часова одјељенских заједница.
	Превенција насиља- „Сигурна школа – нулта стопа толеранције на насиље“	Стручни сарадници ЈУ Васпитни центар Кантона Сарајево у сарадњи са стручним сарадницама школе и разредницима	Предавања за ученике I – IV разреда: Сарадници Васпитног центра ће реализовати предавања за ученике I-IV разреда.
	Превенција коцкања	Сарадници удружења НАРКО НЕ и разредници	Предавање за ученике II разреда у оквиру часа ОЗ (1 час).
	Стоп дрогама	Сарадници удружења Нарко НЕ, стручне сараднице и разредници	Предавање за ученике I разреда у циљу превенције злоупотребе психоактивних супстанци (1 час).
	Сарадња сарадница Стручне службе са разредницима и предметним наставницима	Сараднице Стручне службе ће континуирано сарађивати са разредницима и предметним наставницима с циљем размјене релевантних информација о ученицима и родитељима те актуелним дешавањима у одјељењима и предузимању адекватних васпитних мјера.	
XI	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Разредници, предметни наставници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици и по потреби сарадници Служби за социјални рад, ЈУ Васпитни центар и ЦМЗ и КЦУС.	Пружање васпитно-образовне подршке или стручног третмана (родитељ, ученик, разредник, Стручна служба школе а по потреби и сарадници ваншколских институција) ученицима код којих су препознати фактори ризика.
	„Оружје не штити, оружје убија“	Службеници МУП-а и разредници	Предавање за ученике IV разреда (1 час)
	Сарадња школе и родитеља	Разредници, предметни наставници, директор, помоћник директора, стручне сараднице школе	Родитељски састанци по разредима Предавање за родитеље ученика I разреда Информативни састанци Консултације са наставницима По потреби сарадња Управе школе и стручних сарадница са родитељима ученика
	Заштита психофизичког здравља ученика	Стручни сарадници ЈУ Васпитни центар и сараднице Стручне службе школе	Предавања за ученике I-IV разреда у циљу подстицање добробити ученика, развоја резилијентности и развој позитивне слике о себи

	Сарадња сарадника Стручне службе са разредницима и предметним наставницима	Сараднице Стручне службе школе, разредници и предметни наставници	Сараднице Стручне службе ће континуирано сарађивати са разредницима и предметним наставницима с циљем размјене релевантних информација о ученицима и родитељима те актуелним дешавањима у одјељењима, предузимање адекватних васпитних мјера.
XII	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Предметни наставници, разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици, по потреби сарадници Служби за социјални рад, ЈУ Васпитни центар и ЦМЗ и КЦУС.	Васпитно-образовна подршка или стручни третман за ученике код којих је препознат ризик од друштвено неприхватљивих понашања (у складу са Планом подршке ученика).
	Сарадње школе и родитеља	Разредници, предметни наставници, директор, помоћник директора и стручни сарадници школе	Информативни састанци Консултације са наставницима По потреби сарадња Управе школе и сарадница Стручне службе са родитељима ученика
	Сарадња Стручне службе школе са разредницима и предметним наставницима	Сараднице Стручне службе школе, разредници, предметни наставници, директор и помоћник директора	Сараднице Стручне службе школе ће континуирано сарађивати са разредницима и предметним наставницима с циљем размјене релевантних информација о ученицима и родитељима те актуелним дешавањима у одјељењима, предузимање адекватних васпитних мјера.
	Пројекат „Превенција трговине људима“	Разредници и сараднице Стручне службе школе	Предавања за ученике III разреда: „Шта је то трговина људима (облици, како је препознати, фактори ризика из околине, фактори ризика везани за саму особу)“ – 1 наставни час
	Пројекат „Превенција трговине људима“	Разредници I, II и IV разреда	„Шта је то трговина људима“ – 3 наставна часа током којих ће ученици сами истраживати кроз пројектне задатке шта је то трговина људима и како је спрјечити
I	Пројекат „Јачање ученичких компетенција у остваривању бољих резултата у учењу и владању“	Разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици, предметни наставници а по потреби директор и помоћник директора.	Групни и индивидуални рад са родитељима ученика и ученицима који су на крају I полугодишта постигли недовољан успјех (три и више недовољне оцјене), имали велики број неоправданих изостанака и/или лоше владање
	Оснаживање наставничких компетенција	Педагог и психолог	Колективно стручно усавршавање „Курикуларна реформа - захтјеви у погледу реализације наставе и оцјењивања“
II	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Предметни наставници, разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици а по потреби сарадници Служби за социјални рад, ЈУ Васпитни центар и КЦУС.	Васпитно-образовна подршка и стручни третман за ученике код којих је препознат ризик од друштвено неприхватљивих понашања - у складу са Планом подршке ученика.
	Безбједност ученика у дигиталном окружењу	Службеници МУП-а у сарадњи са стручним сарадницама школе и разредницима.	Службеници МУП-а ће ученике I-IV разреда упознати са мјерама заштите безбједног кориштења ИКТ технологије, обиљежјима сајбер насиља и процедуром пријаве насиља (1 час)

	Превенција насиља - „Сигурна школа – нулта стопа толеранције на насиље”	Разредници	Тема ОЗ (2 часа) I – IV разреда: „Врсте насиља и како га превенирати“ – пројектни задаци и презентације
	Дан борбе против вршњачког насиља у Кантону Ссарајево	Разредници	1 наставни час видео и дискусија
	Дан ружичастих мајица - превенција вршњачког насиља	Разредници и Савјет ученика	1 наставни час
	Сарадње школе и родитеља	Разредници, предметни наставници, директор, помоћник директора и сараднице Стручне службе школе	Родитељски састанци Информације Консултације са наставницима По потреби сарадња Управе школе и стручних сарадница са родитељима ученика Кућне посјете по потреби
	Сарадња сарадница Стручне службе са разредницима и предметним наставницима	Сараднице Стручне службе школе, разредници и предметни наставници	Сараднице Стручне службе ће континуирано сарађивати са разредницима и предметним наставницима с циљем размјене релевантних информација о ученицима и родитељима те актуелним дешавањима у одјељењима и примјене адекватних васпитних мјера.
	Активност „Јачање ученичких компетенција у остављавању бољих резултата у учењу и владању“	Разредници, предметни наставници, педагог, психолог и социјални радник.	Групни и индивидуални рад са ученицима I-IV разреда који су на крају I полугодишта постигли недовољан успјех (три и више недовољне оцјене), велики број неоправданих изостанака и/или лоше владање.
III	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Предметни наставници, разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици, по потреби сарадници Служби за социјални рад, ЈУ Васпитни центар, ЦМЗ и КЦУС.	Васпитно-образовна подршка и стручни третман за ученике код којих је препознат ризик од друштвено неприхватљивих понашања.
	Заштита психофизичког здравља ученика	Разредници	Час ОЗ (3 часа) I-IV разреда у циљу подстицање добробити ученика, развоја резилијентности и развоја позитивне слике о себи кроз пројектне активности и презентације.
	Сарадња школе и родитеља	Разредници, предметни наставници, директор, помоћник директора и стручни сарадници школе	Информативни састанци Консултације са наставницима По потреби сарадња Управе школе и сарадница Стручне службе са родитељима ученика
	Сарадња сарадница Стручне службе са разредницима и предметним наставницима	Сараднице Стручне службе школе и разредници и предметни наставници, директор и помоћник директора	Сараднице Стручне службе ће континуирано сарађивати са разредницима и предметним наставницима с циљем размјене релевантних информација о ученицима и родитељима те актуелним дешавањима у одјељењима и предузимања адекватних васпитних активности.

	Пројекат „Професионална оријентација ученика“	Педагог, социјална радница школе и разредници, психолог	Предавање за ученике IV разреда: „Потребе тржишта рада и процедура пријаве на евиденцију незапослених особа“; Презентација: Како направити добар <i>curriculum vitae</i> и пријаву на конкурс Анкетисање ученика у склопу два истраживања „Професионална оријентација - задовољство школом“ (у склопу часова одјељенске заједнице)
IV	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Предметни наставници, разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици а по потреби сарадници Служби за социјални рад, ЈУ Васпитни центар, ЦМЗ и КЦУС	Васпитно-образовна подршка и стручни третман за ученике код којих је препознат ризик од друштвено неприхватљивих понашања Праћење постизања циљева Евалуација планова подршке По потреби препознавање ученика код којих су тек уочени фактори ризика
	Сарадња са родитељима	Разредници, предметни наставници, директор, помоћник директора и стручне сараднице школе	Информативни састанци Родитељски састанци Консултације са наставницима Континуирана сарадња са Управом школе и стручним сарадницама
	Сарадња сарадница Стручне службе школе са разредницима и предметним наставницима	Сарадници Стручне службе школе, разредници, предметни наставници, директор и помоћник директора	Сараднице Стручне службе школе ће континуирано сарађивати са разредницима и предметним наставницима с циљем размјене релевантних информација о ученицима и родитељима те актуелним дешавањима у одјељењима и предузимања адекватних васпитних активности
	Пројекат професионалне оријентације ученика-сарадња са универзитетима	Сарадници УНСА, сарадници приватних универзитета, разредници, предметни наставници и сараднице Стручне службе школе	Презентације универзитета и факултета ученицима IV разреда
	Пројекат „Задовољство ученика школом“ и „Професионална оријентација“	Сараднице Стручне службе школе	Анализа резултата „Професионална оријентација - задовољство школом“
V	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Предметни наставници, разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи, ученици, по потреби сарадници Служби за социјални рад, ЈУ Васпитни центар, ЦМЗ и КЦУС	Васпитно-образовна подршка и стручни третман за ученике код којих је препознат ризик од друштвено неприхватљивих понашања
	Сарадња школе и родитеља	Разредници, предметни наставници, директор, помоћник директора и сараднице Стручне службе школе	Информативни састанци Консултације са наставницима По потреби сарадња Управе школе и сарадница Стручне службе са родитељима ученика.
	Сарадња сарадница Стручне службе са разредницима и предметним наставницима	Сараднице Стручне службе школе и разредници и предметни наставници	Сараднице Стручне службе школе ће континуирано сарађивати са разредницима и предметним наставницима с циљем размјене релевантних информација о ученицима и у циљу пружања подршке.
VI	Подршка ученицима који су у ризику од друштвено неприхватљивог понашања	Предметни наставници, разредници, сараднице Стручне службе школе, родитељи и ученици	Евалуација планова подршке

Сарадња школе и родитеља	Директор, разредници, помоћник директора, сараднице Стручне службе школе	Сарадња директора, помоћника директора, разредника и сарадница Стручне службе школе са родитељима – по потреби
Презентација истраживања	Сараднице Стручне службе школе	Презентација резултата истраживања „Професионална оријентација/задовољство школом“ на сједници Наставничког вијећа

Литература:

- Ајдуковић, М. (2001). Еколошки мултидимензионални приступ сагледавању чинитеља ризика и заштите у развоју поремећаја у понашању дјеце и младежи. У: Ј. Башић и Ј. Јанковић (Ур). Ризични и заштитни фактори у развоју поремећаја у понашању дјеце и младежи. Загреб. Повјеренство Владе Републике Хрватске за превенцију поремећаја у понашању дјеце и младежи и заштиту дјеце с поремећајима у понашању
- American Psychological Association, (2002). *Developing Adolescents: A Reference for Professionals*. 1st ed. [ebook] Washington DC: AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Available at: <<http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>> [приступљено 24. априла 2015]
- Америчка психијатријска удруга. (2014). Дијагностички и статистички приручник за душевне поремећаје (DSM 5). Јастребарско : Наклада Слап
- Бадурина, М., Кафеџић, Л., Бјелан-Гуска, С., Османгић, Л. и Омерсофтић, Е.(2021). Резилијентне школе – школе које дјеца воле. Удружење Центар за истраживање политике супротстављања криминалитету, Сарајево
- Башић, Ј. (2001). Ризични и заштитни фактори у развоју поремећаја у понашању дјеце и младежи: теоријско мотриште. У: Ј. Башић и Ј. Јанковић (Ур). Ризични и заштитни фактори у развоју поремећаја у понашању дјеце и младежи. Загреб. 52 Повјеренство Владе Републике Хрватске за превенцију поремећаја у понашању дјеце и младежи и заштиту дјеце с поремећајима у понашању (стр. 33-45)
- Башић, Ј., Ферић, М., Кранжелић-Тавра, В. (2001). Од примарне превенције до раних интервенција. Загреб. Едукацијско-рехабилитацијски факултет Свеучилишта у Загребу
- Башић, Ј. и Кранжелић-Тавра, В. (2004). О понашањима ученика и њиховој појавности у школском окружењу. У: Ј. Башић, Н. Коллер-Трбовић и С. Узелац (Ур). Поремећаји у понашању и ризична понашања: приступ и појмовна одређења. Загреб. Едукацијско-рехабилитацијски факултет Свеучилишта у Загребу. (стр. 107- 118)
- *Beautrais AL et al. (1997). Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36: 1543-1551*
- *Calley, N., G. (2010). Comprehensive Program Development in the Mental Health Professions. In: Program Development in the 21st Century: An Evidence-Based Approach to Design, Implementation, and Evaluation. University of Detroit – Mercy: SAGE Publications, 1-28*
- *Carris MJ, Sheeber L, Howe S. (1998). Family rigidity, adolescent problem-solving deficits and suicidal ideation: a mediational model. Journal of adolescence, 21(4): 459-472*
- *Cassidy, W., Faucher, C. i Jackson, M. (2013). Cyberbullying among youth: A comprehensive review of current international research and its implications and application to policy and practice. School Psychology International, 34(6), 575 – 612*
- *CDC Unified Process Practices Guide: Risk Management UP Version: 11/30/06. Availabe at: http://www2.cdc.gov/ncdcup/library/practices_guides/CDC_UP_Risk_ManagemenPractices_Guide*
- *Centers for Disease Control. (1994). CDC recommendations for a community plan for prevention and containment of suicide clusters. Morbidity and mortality weekly report, Suppl.: 1-12*
- *CIDA Logical Framework: Making it Results-Oriented*
- *Cohen-Sandler R, Berman AL, King RA. (1982). Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21: 178-186*

- Commonwealth Department of Health and Aged Care. (2000). *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health-A Monograph*. Mental Health and Special Programs Branch, Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra
- Цуцић Б. (2000). Планирање за здравље, Социјална медицина. Београд: Савремена администрација, 344-352
- Dahl, R. E., Allen, N. B., Wilbrecht, L. & Suleiman, A. B. (2018). *Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective*. *Nature*, 554 (7693), 441–450
- Davison, G. C., Neale, J. M. (2002). Психологија абнормалног доживљавања и понашања. Јастребарско: Наклада Слап
- De Wilde EJ et al. *The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence*. *American Journal of Psychiatry* 149: 45-51
- Дувњак, И. (2018) Уобичајене тешкоће и поремећаји у адолесценцији. У: Велки, Т. и Ромстеин, К. (ур.) *Приручник за рад с ученицима с тешкоћама у развоју у средњим школама*. Осиек, J. J. Strossmayer University of Osijek, Faculty of Education, стр. 53-76.
- Erskine, R.G. (2015). *Relational patterns, Therapeutic presence, Concepts and Practise of Integrative Psychotherapy*, London: Karnac
- Erikson, EH. (1994). *Identity, Youth and Crisis*. New York, Norton.
- Esrkinе, R., Moursund, J.P., Trautmann, R. (1999). *Beyond Empathy: A therapy of contact-in-relationship*. Philadelphia: Brunner/Mazel
- Еуропски превенцијски курикулум: приручник за доносиоце одлука, креаторе јавног мишљења и креаторе политика у подручју знанствено утемељене превенције кориштења средстава зависности. (2020). Загреб: Хрватски завод за јавно здравство; Едукацијско-рехабилитацијски факултет Свеучилишта у Загребу
- Eurostat. (2017). Being young in Europe today. Преузето са [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Being young in Europe today](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Being_young_in_Europe_today)
- Fallon BJ, Bowles T. (1999). *Adolescent help-seeking for major and minor problems*. *Australian Journal of Psychology* ;1:12-18
- Garofolo R et al. (1998). *The association between health risk behaviours and sexual orientation among a school-based sample of adolescents*. *Pediatrics*, 101(5): 805-902
- Голијанин, Д. и сарадници (2014). Генерација 3, Интернет и образовање. *Paper presented at Sinteza 2014 - Impact of the Internet on Business Activities in Serbia and Worldwide*. doi:10.15308/sinteza-2014-506-509
- Gould MS, et al. (1999). *Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9): 915-923.
- Heller, cit. u: Tudor, K., *The adult is parent to the child, Transactional analysis with children and young people*. Russel House Publishing, Dorset, 2008, str. 42.
- Hill, T. (2017). *Should mental health professionals understand intergenerational trauma?* London: The Association for Child and Adolescent Mental Health <https://www.acamh.org/blog/intergenerational-trauma/>
- Holinger PC, Klemen EH. (1982). *Violent deaths in the United States, 1900-1975*. *Social Science and Medicine*, 16: 1929-1938
- Извјештај са фокус група Округлог стола на тему: „Заштита менталног здравља младих у Босни и Херцеговини“, Ирина Ризван, Биљана Лакић, Елма Омерсофтић. Сарајево 22.12.2022. године, РЦЦ

- Jane-Llopis E, Anderson P. (2006) *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg, European Communities; 11-20
- Jilek-Aall L. (1988). *Suicidal behaviour among young: a cross-cultural comparison*. *Transcultural psychiatry research review*, 25: 87-105.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and United Nations Children's Fund (2022). *On My Mind: How adolescents experience and perceive mental health around the world*, JHU and UNICEF, Baltimore and New York
- Кафеџић, Л. , Бјелан Гуска, С., Омерсофтић, Е., Османагић, Л. и Муратбеговић Е. (2019). Програм (секундарне) превенције неприхватљивих облика понашања и заштите ученика у основним школама Кантона Сарајево. Министарство за образовање, науку и младе Кантона Сарајево
- Коллер-Трбовић, Н., Миросављевић, А. и Јеђуд Борић, И. (2017) Процјена потреба дјеце и младих с проблемима у понашању - концептуалне и методичке одреднице. Загреб, Уред УНИЦЕФ-а за Хрватску
- Коллер-Трбовић, Н., Жижак, А., Башић, Ј. (2001). Одређење, превенција и третман поремећаја у понашању дјеце и младих. Дијете и друштво. III (3). стр. 319-343
- Лакић, Б., Бургић-Радмановић, М. (2011). Превенција и контрола менталног здравља. У хроничним незаразним болестима (Ед. Вулић, Д., Бабић, Н). Бања Лука: Медицински факултет, 241-257
- Лакић Б, Поповић Т, Дробац М. (н.д.). Програм превенције вршњачког насиља „Мирољубиви партнери“. Необјављени финални наративни извјештај за пројектне активности. Бања Лука: Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини
- Лакић,Б. (ур.), Вучина И., Рамић-Чатак А., Нишкановић Ј. ,Стркић,Д., Џонлић С. и др. (2017). Спровођење промотивних и превентивних активности у области менталног здравља – теоријски и практични оквир. Институт за јавно здравство Републике Српске и Завод за јавно здравство Федерације Босне и Херцеговине, Бања Лука, Сарајево
- Латић, А, Вицић, Д, Кадић, Е. (2010). Родитељ, дијете и школа, КЈУ Породично савјетовалиште, Сарајево, 2010. година.
- Лебедина Манзони, М. (2007). Психолошке основе поремећаја у понашању. Јастребарско: Наклада Слап
- Лисек, Ј. и Бркљачић, Т. (2012) Тко нам то долази? Кориштење информацијске и комуникацијске технологије (ИЦТ) и стилови учења код новоуписане генерације студената ФЕР-а. Вјесник библиотекара Хрватске, 55 (3/4), 29-52
- Litman R.E. (1989). *Psychological autopsies of young suicides*. In: *Report of Secretary's Task Force on Youth Suicide. Vol. 3: Prevention and Interventions in Youth Suicide*. DHHS Publ. No. (ADM) 89-1623. Washington, DC, US Government Printing Office
- Malley PB, Kusk F, Bogo RJ. (1994). *School-based adolescent suicide prevention and intervention programs: a survey*. *School Counsellor*, 42: 130-136.
- Marcelli, D. (1998). *Suicide and depression in adolescents*. *Revue du Praticien*, 1998, 48:1, 419-423.
- McKey PW, Jones RW, Barbe RH. (1993). *Suicide and the School: a Practical Guide to Suicide Prevention*. Horsham, PA, LRP Publications
- McGoldrick M, Walsh F. (1983). *A systematic view of family history and loss*. In: *Aronson Med. Group and Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel

- Мешчић-Блажевић, Љ. (2007). Педагошка превенција поремећаја у понашању адолесцената. *Педагогијска истраживања*, 4 (2), 301-306. Преузето с <https://hrcak.srce.hr/11830>
- Нишкановић Ј. (2017) Промотивно-превентивне активности у пракси. У: Провођење промотивних и превентивних активности у области менталног здравља – теоријски и практични оквир. Лакић, Б. (уредница), Вучина,И., Рамић-Чатак,А., Нишкановић,Ј., Стркић, Д., Џонлић, С. и др. Институт за јавно здравство Републике Српске и Завод за јавно здравство Федерације Босне и Херцеговине, Бања Лука, Сарајево
- *Prensky, M. (2001). Digital Natives, Digital Immigrants Part 1. On the Horizon, 9(5), pp.1-6*
- Омерсофтић, Е. (2017), Детерминанте изложености млађих адолесцената насиљу у заједници, (Необјављен магистарски рад), Филозофски факултет, Сарајево.
- Омерсофтић, Е., Звиздић, С. (2019). Детерминанте изложености млађих адолесцената насиљу у заједници у виду директне жртве насиља. *Радови Филозофског факултета у Сарајеву*, бр. 22, 229-252.
- *Papenfuss RL et al. (1983). Teaching positive self-concepts in the classroom. Journal of school health, 53: 618-620*
- Павлековић, Г., Кузман, М., Јуреша, В. (2001). Промоција здравља у школи. Загреб: Факултет јавног здравља „Андрија Штампар“, Медицински факултет Свеучилишта у Загребу, Уред УНИЦЕФ-а за Хрватску.
- *Pew Research Center. (2018). Newspapers Face a Challenging Calculus | Pew Research Center. [online] Доступно на: <http://www.pewresearch.org/2009/02/26/newspapers-face-a-challenging-calculus/> [приступљено 07.03.2023.]*
- Плех, В., Омерсофтић Е. (2020). Превенција малољетничког преступништва и Програм секундарне превенције неприхватљивих облика понашања и заштите ученика у основним школама Кантона Сарајево. Друштвене девијације: Вол.5 бр.1
- *Pommereau X. (1997). Quand l'adolescent va mal.[When things don't go well for adolescents]. Ed. J'ai lu. 123*
- Пројекат менталног здравља у Босни и Херцеговини. (2023). Нацрт „Регионално истраживања у области рада са дјецом и адолесцентима“, Сарајево
- Радна група Министарства здравља и социјалне заштите. (2010) Стратегија развоја менталног здравља у Републици Српској (2009-2015). Министарство здравља и социјалне заштите Републике Српске, Бања Лука ;12:58; 12:55-56
- Раић, Л. (2016). Ризични и заштитни чимбеници у појави развоја поремећаја у понашању. Завршни рад. Пула: Факултет за одгојне и образовне студије
- *Rhimer Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. Curr Opin Psychiatry 20:17–22*
- *Rickwood DJ, Braithwaite VA. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. Social Science and Medicine:4:563-572*
- *Schaffer D, Fisher P. (1981). The epidemiology of suicide in children and young adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 20: 545-565.*
- *Scholte, E. (1995). Longitudinal studies on the effectiveness of care services for juveniles. U: Colton, M, Hellinckx, W., Ghesquiere, P, Williams, M. (eds): The Art and Science of Child Care. Arena. 103-130*
- *Scottish Executive, Health Department Women and Children's Unit (2004).Children and Young People's Mental Health: A Framework for Promotion, Prevention and Care. Edinburg: Scottish Executive.*
- *Smith J. (1986).Coping with Suicide. New York, Rosen*

- *Spruijt E, de Goede M. (1997). Transitions in family structure and adolescent well-being. Journal of adolescence, 32(128): 897-911*
- *Sudak HS, Ford AB, Rushforth NB. (1984). Adolescent suicide: an overview. American journal of psychotherapy, 38: 350-363*
- Шарац, Н., Бранковић, И., Живанић, С. (2018). Смјернице за примјену програма подршке породици дјеце укључене у живот и/или рад на улици и дјеце у ризику; Save the Children in North West Balkans
- Шмиговец, И. (2011). Улога примарне превенције у очувању менталног здравља дјеце и адолесцената. Хрватски часопис за јавно здравство 28 (7), 1-3
- Штркић, Д. (2017) Планирање промотиво-превентивних активности. У: „Провођење промотивних и превентивних активности у области менталног здравља – теоријски и практични оквир. Лакић,Б. (уредница), Вучина,И., Рамић-Чатак,А., Нишкановић,Ј., Стркић,Д., Џонлић,С. и др. Институт за јавно здравство Републике Српске и Завод за јавно здравство Федерације БиХ, Бања Лука, Сарајево
- *The Health Communication Unit at the Center for Health Promotion, University of Toronto (2001). Introduction to Health Promotion Program Planning Version 3.0. April 2001.*
- *Tones, K., Green, J (2004). Health Promotion: Planning and Strategies. London: Sage Publications*
- *Turner, A. (2015). Generation Z: Technology and Social Interest. The Journal of Individual Psychology, 71(2), стр.103-113*
- Узелац, С. (1995). Социјална едукологија. Основе социјалне едукологије младих с поремећајима у социјалном понашању. Загреб: САГЕНА
- *Vandivort DS, Locke BZ. (1979). Suicide ideation, its relation to depression, suicide and suicide attempt. Suicide & life-threatening Behavior, 9: 205-218*
- *Veen, Win; Ben Vrakking. Homo Zappiens: Reshaping learning in a digital age. London: Network Continuum Press, 2006*
- Вејмелка, Л., Страбић, Н. и Јазво, М. (2017). Онлине активности и ризична понашања адолесцената у виртуалном окружењу. Друштвена истраживања, 26(1), 59 – 78
- Велки, Т. и Ромстеин, К. (2018). Национално истраживање ризичног понашања и знања рачуналних корисника. У Т. Велки и К. Шолић (ур.), Приручник за информацијску сигурност и заштиту приватности. Осигек: Факултет за одгојне и образовне знаности Свеучилишта Јосипа Јурја Строссмауера у Осигеку
- Влајковић Ј. (2003) Превенција менталних поремећаја. У књизи: Клиничка психологија. Уредници: Биро М., Butollo W. Катрдра за клиничку психологију. Ludwig Maximillians Universitat и Футура публикације, Нови Сад: 358-364
- Врцел, Софија; Анита Клапан; Сениша Кушић. Хомо Заппиенси – креатори нове школе. // Изворник: Будућа школа – школа будућности: 2. дио / Поткоњак, Н. ур. Београд: Српска академија образовања 23.-24. 01. 2009. Стр. 753.
- Вучина, И. (2017) Стање и потребе за провођењем промотивних и превентивних програма у менталном здрављу у БиХ. У: Провођење промотивних и превентивних активности у области менталног здравља, теоријски и практични оквир. Лакић,Б. (уредница) Рамић-Чатак, А., Скалоња, Е., Којовић, М., Грбеша, Л., Першић, З., Мехмедих-Џонлић, С., Марјановић, М., Шиљак, С., Штркић, Д., Нишкановић, Ј., Завод за јавно здравство Федерације БиХ и Институт за јавно здравство Републике Српске; Сарајево/Бања Лука
- *Vyskocilova, J., Prasko, J. (2012). Social skills training in psychiatry. Activitas Nervosa Superior Rediviva 54 (4), 159-170*

- Wasserman D. (1998). *Depression - en vanlig sjukdom [Depression - a common illness]*. Stockholm, Natur och Kultur
- Weissman MM и други (1999). *Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grow up*. *Archives of general psychiatry*, 56: 794-801
- Weissman MM, Fox K, Klerman GL. (1973). *Hostility and depression associated with suicide attempts*. *American journal of psychiatry*, 130: 450-455
- World Health Organization (2000) *Preventing suicide. A resource for teachers and other school staff*. WHO, Geneva, (Wasserman D, Narboni V, Beautrais A., Ramsay R, Soubrier JP, Zhai S, et al.)
- World Health Organization Regional Office for Europe (2022). *First meeting of the pan-European Mental Health Coalition: from debate to action*. WHO Copenhagen. Licence: CC BY-NC-SA 3.0.IGO
- World Health Organization (2001) *Strengthening mental health promotion*. WHO Geneva
- World Health Organization (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO Geneva
- World Health Organization (2004). *Promoting Mental Health: Concept, Emerging Evidence and Practice*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Victorian Health Promotion Foundation, The University of Melbourne
- World Health Organization (2004) Dept. of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Center of the Universities of Nijmegen and Maastricht. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Geneva: WHO
- Zenere FJ, Lazarus PJ. (1997). *The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme*. *Suicide & life-threatening Behavior*, 27(4): 387



WBYL

WESTERNBALKANSYOUTHLAB