

*Aktuelne teme/
Current topics*

MODEL IZAZOVA I REZILIJENTNOST

MODEL OF CHALLENGE AND RESILIENCE

Correspondence to:

Dr sc. med. Vojislav Majkić,
Institut za mentalno zdravlje,
Centar za porodičnu terapiju
Paunova 2, Beograd

Tel. 2664-555
064-27-55-033

E-mail: vojamaj@eunet.rs

Vojislav Majkić

Institut za mentalno zdravlje, Centar za porodičnu terapiju Paunova 2,
Beograd

Ključne reči

Model oštećenja, Model izazova, izazov, životni događaji, porodična izdržljivost, akumulacija problema (pile up).

Key words

Model of damage, Model of challenge, challenge, life events, family resilience, piling up of problems.

Apstrakt

U terapiji, tradicionalno orijentisanoj, dominira Model oštećenja u kome je fokus stavljen na patologiju/bolest. Po ovom modelu dete ili individua, kao nosilac simptoma, posledica je toksičnog delovanja porodice. Ovakav scenario određuje ulogu terapeuta, koji svojim znanjem, treba da neutrališe oštećenja izazvana u problematičnoj porodici. Na suprot njemu, u Modelu izazova ili modelu rezilijentnosti, odnosno zdravlja, disfunkcionalna porodica se sagledava kao opasnost ili faktor rizika za dete ili individu ali za razliku od Modela oštećenja istovremeno se vidi kao šansa i povoljna prilika za promenu.

Centralna pozicija u ovom modelu je rezilijentnost koja perspektivu disfunkcionalne/bolesne porodice pomera ka sagledavanju porodice koja krizu ili problem doživljava kao izazov i priliku da potvrdi svoje potencijale za oporavak i dobrobit za svoje članove kao i sebe celinu. Životni događaji kao izazov jesu značajna komponenta porodične rezilijentnosti, a predstavljaju porodično shvatanje životnih događaja kao stimulatora sopstvenog rasta i razvoja, a ne kao pretnju sopstvenoj bezbednosti. Naši rezultati (CR = 12.4) su pokazali da između disfunkcionalnih i funkcionalnih porodica postoji visoka razlika u stavovima prema životnim događajima kao izazovu. Izazov kao važan proces rezilijentnosti ima skrivenu životnu poruku koja se sastoji u tome da ne možemo unapred odrediti koji će životni događaj biti naša najbolja šansa.

Takođe, naši rezultati CR= 12.9) su pokazali da postoji visoka razlika između disfunkcionalnih i funkcionalnih porodica u odnosu na zajedničku posvećenost problemima, odnosno aktivnom stavu u odnosu na probleme. U teškim životnim okolnostima i disfunkcionalne porodice su aktivne, ali njihova aktivnost ima određene propuste i nedostatke, što na kraju može uzrokovati odustajanje ili stanje koje bi se moglo definisati pasivnim stavom prema problemima. Kao što terapija za većinu porodica vrlo brzo postaje njihov izazov i šansa za napredak i zdravlje, tako i porodični problem može postati izazov koji donosi veliko zadovoljstvo kada se reši. Takođe, od početka treba terapijski insistirati na zajedništvu i aktivnom delovanju svih članova porodice na problem, sprečavati pasivnu poziciju porodice kroz izgrađivanje saradničkog terapijskog odnosa.

1. MODEL IZAZOVA I REZILIJENTNOST

U terapiji, koja je zasnovana na tradicionalnom fokusu na patologiju/bolest dominira Model oštećenja. Po ovom modelu dete ili individua, kao nosilac simptoma, posledica je toksičnog delovanja porodice. Dakle, dete, odnosno individua je oštećena, bespomoćna, preosetljiva i zatvorena unutar porodice. U ovakvoj situaciji osobi jedino preostaje da se izbori sa teškoćama i da savlada štetan uticaj porodice. Napori u prevazilaženju štetnih uticaja porodice neminovno oštećuju pojedinca. Ova akumulirana cena u savladavanju destruktivnih uticaja porodice, rezultira simptomima i problemima u ponašanju individue što ulazi u opšta obeležja patologije/bolesti. U toku života, ova početna patologija narasta i usložnjava se i na kraju takva osoba ne stoji ništa

bolje od svojih roditelja. Ovakav fatalistički scenario određuje ulogu terapeuta, koji svojim znanjem, treba da neutrališe oštećenja izazvana u problematičnoj porodici. Dakle, ovaj model ne sagledava ništa pozitivno u disfunkcionalnoj porodici. Relacije, ispoljavanje emocija i drugi porodični koncepti u ovim porodicama su otuđeni i destruktivni, do neprijateljstva.

U terapiji se insistira na sadržajima iz prošlosti koje su nanele povrede osobi, a ne na kvalitetu života u sadašnjosti. Osim toga, klijent se uvodi u zamku žrtve kroz ohrabivanje u terapiji da stalno i iznova opisuje, analizira i potkrepljuju novim dokazima kako je bila povređena u prošlosti. Na taj način, klijent može da već jednom utemeljenu sliku o sebi kao bespomoćnom u prošlosti prenese na bespomoćnost u sadašnjosti. Ovakvo zanemarivanje snaga i potencijala,

odnosno rezilijentnosti klijenta u terapiji, može ga odvratiti od rada na sopstvenim promenama. Bez obzira što su ove osobe napravile određenu distancu u odnosu na prošlost, ovaj model predpostavlja da se porodični problemi ponavljaju iz generacije u generaciju sa čime klijentu nudi pesimizam, strah i neizvesnost - pa čemu onda promena.

Na suprot njemu, u Modelu izazova ili modelu rezilijentnosti, odnosno zdravlja, disfunkcionalna porodica se sagledava kao opasnost ili faktor rizika za dete ili individu ali za razliku od Modela oštećenja istovremeno se vidi kao šansa i povoljna prilika za promenu. Kao najvulnerabilnijim članovima porodičnog sistema, štetan uticaj roditelja deci ostavlja traume/povrede i stvara problem, ali i izazov da se oporave kroz izgrađivanje i razvijanje novih sadržaja i aktivnosti za sopstveni interes. Ovaj model polazi od predpostavke da svaka individua, odnosno porodica poseduje snage i resurse za savladavanje iznenadnih kriza ili hroničnih nevolja. Centralna pozicija u ovom modelu je rezilijentnost koja perspektivu disfunkcionalne/bolesne porodice pomera ka sagledavanju porodice koja krizu ili problem doživljava kao izazov i priliku da potvrdi svoje potencijale za oporavak i dobrobit za svoje članove i sebe kao celinu. Dakle, umesto da se pažnja usmerava na porodični neuspeh, sada je fokus na tome kako porodica može uspeti. I u najproblematičnijim porodicama ne pomaže se samo „najosetljivijim“, već se u porodici traži ono najbolje što pomaže celom porodičnom sistemu.

Rezilijentnost je sposobnost koju porodica pokazuje u kriznim ili teškim životnim periodima, a ne u odsustvu nevolje ili nesreće. Dakle, suočavajući se sa zahtevima normativnog ili nenormativnog stresa porodica koristi sve resurse koji su joj na raspolaganju kako bi neutralisala/rešila stres, oporavila se i napredovala u zdravlju. Gotovo je nemoguće klasifikovati ili izdvojiti sve strategije koje porodica koristi za prevladavanje stresa, odnosno za rešavanje zahteva koje stres postavlja pred porodicu. Porodično prevladavanje stresa definiše se i kao reakcija na zahteve izazvane stresom. Porodica je prisiljena da se pojačano angažuje kako bi opservirala, doživela i definisala novu situaciju i preduzela posebne akcije za uspostavljanje narušene ravnoteže, odnosno da obezbedi zdravlje svojih članova i sebe kao celine. Porodični resursi čine svi raspoloživi faktori porodičnog funkcionisanja koji joj pomažu u uspešnom prevladavanju nesrećnih životnih okolnosti. U konceptu rezilijentnosti ovakve porodične osobine se definišu kao ključni procesi rezilijentnosti. Zapravo, to su porodični procesi koje porodica koristi na, za sebe, svojstven i moguć način, kako bi uspostavila narušenu ravnotežu i dovela sistem na novi nivo adaptacije koji joj omogućuje da ispunji zadatke i potrebe za sebe i svoje članove. Dakle, od trenutka kada porodica percipira životni događaj koji svojim delovanjem dovodi do uznemirenja, nezadovoljstva ili patnje, porodica pokušava sve kako bi adekvatno odgovorila na zahteve stresnog životnog događaja i ponovo uspostavila sklad i ravnotežu u svom funkcionisanju.

Generalno gledano, ovi napori porodice mogu imati ishod u dobroj adaptaciji, gde porodica ponovo uspostavlja dobru funkcionalnost sistema ali može biti i negativan kada porodica sama ne uspeva u prestrukturiranju sistema na novonastalu situaciju što vodi produbljavanju porodične krize i lošoj adaptaciji. Česta su neslaganja među stručnjacima u određivanju kriterijuma za dobru i lošu adaptaciju. Bilo je pokušaja da se pomoću nedovoljno određenog pojma

„kvalitet porodičnog života“ odredi adaptacija jedne porodice. U nedostatku dobro definisanih i opšteprihvaćenih pokazatelja, adaptiranost se meri u odnosu na zadovoljstvo članova porodice, odnosno na njihove subjektivne procene.

Zbog toga prihvatanjem životnih događaja kao izazova izbegavaju se preokupacije žalbama i starim ranama jer je to najčešće nepotrebno gubljenje vremena i energije. Porodice kroz teškoće uče stičući iskustvo i tako dobijaju snagu za stremljenje ka budućnosti i boljem životu. U nesigurnosti i bolu, koje donose stresni događaji, ovakva verovanja i ubeđenja rezilijentnih porodica dolaze na pravo mesto.

1.1 Životni događaji kao izazov i rezilijentnost

Životni događaji kao izazov jesu značajna komponenta porodične rezilijentnosti, a predstavljaju porodično shvatanje životnih događaja kao stimulatora sopstvenog rasta i razvoja, a ne kao pretnju sopstvenoj bezbednosti. Ovaj kognitivni aspekt porodičnog funkcionisanja povezan je sa bihevioralnim indikatorima koji se manifestuju kroz porodičnu izdržljivost i odvažnost u preduzimanju odlučnih i odlučujućih akcija za uključivanje u životne promene. Takođe, ovaj proces se manifestuje kroz sposobnost porodice da životne događaje transformiše u poziciju iz koje može da uči i stiče nova iskustva. Tako transformisani životni događaji mogu biti inkorporirani u životni plan porodice. U tom smislu ozbiljni problemi i krize koje ih prate mogu u suštinskom smislu za porodicu istovremeno da budu opasnost i šansa. Ukoliko porodica zanemaruje krizu ili izgradi osećaj bespomoćnosti u odnosu na nju, ona može da ugrozi funkcionisanje cele porodice i zdravlje članova porodice, i obrnuto, ukoliko je shvati kao izazov koji angažuje sve njene potencijale i resurse kriza postaje šansa za napredak porodice i njenih članova.

Rezultati (CR = 12.4) su pokazali da između disfunkcionalnih i funkcionalnih porodica postoji visoka razlika u stavovima prema životnim događajima kao izazovu.

Razlike proizlaze iz činjenice da su se disfunkcionalne porodice češće odlučivale za stavove koji pokazuju da nerado prihvataju nove stvari, da ređe prihvataju planiranje aktivnosti na nov ili interesantan način i obično koriste stare, uobičajene i već isprobane obrasce ponašanja. Takođe, manje ohrabruju i podržavaju jedni druge u isprobavanju novih ideja, akcija i sl. Funkcionalne porodice su mnogo spremnije da isprobaju mnoge novine, pa čak i uobičajene, rutinske aktivnosti pokušavaju da osveže novim načinima i pristupima. Funkcionalne porodice iz spoljne sredine donose nove ideje, dok disfunkcionalne porodice žele jednu napetu i često neprijatnu porodičnu atmosferu zameniti nečim drugim, prijatnijim. Prema izrečenim stavovima, disfunkcionalne porodice životne događaje doživljavaju više kao neprijatnost ili pretnju koja ugrožava njihovu sigurnost nego što ih percipiraju kao mogućnosti iz kojih mogu steći iskustva za vlastiti rast i razvoj. Akumulacija problema (pile-up) u disfunkcionalnim porodicama čini ove porodice vulnerabilnim pa se životni događaji teško mogu prihvatiti kao nove mogućnosti i nove faze života.

Budući da roditelji iz disfunkcionalnih porodica znatno češće ne prihvataju novo, a samim tim i promene, i adolescenti su u riziku da razviju slična ponašanja. Ponašanje adolescenata moramo sagledati u porodičnim uslovima odrastanja. Alkoholizam, odnosno zavisnost, je progresivna bolest koja se u toku vremena pogoršava, a samim tim pogoršava

odnose i ukupno funkcionisanje porodice. Na taj način mladi uče da svaka sledeća promena donosi više lošeg nego dobrog, čime se stvara opasnost da se ovakvo iskustvo generalizuje za svaku novinu ili promenu. Tako se promena ne percipira kao mogući izazov nego kao nešto što treba izbeći. Ovakvo stečeno iskustvo može izazvati preterani oprez i neodlučnost kada se radi o promenama ili testiranju novoga. Iz razgovora s adolescentima iz ovog uzorka, a i kroz rad sa mladima iz sličnih porodica, primetno je da neki od njih imaju problem odrastanja, odnosno da ne prihvataju obaveze i odgovornosti odrasle osobe. Biti odrastao za njih nije izazov kome treba težiti i koji im pruža ogromne mogućnosti nego pretnja i moguća neprijatnost. Ovakav stav mladi izgrađuju, između ostalog, i na osnovu iskustva o životu vlastitih roditelja. O svom odrastanju često kažu: "Pomisao da ću se jednog dana udati/oženiti, imati porodicu, svaki dan ići na posao – izgleda mi strašno". Ovakav stav je usko povezan sa prihvatanjem odgovornosti. Ne ulazeći u analizu njihovih konceptata "biti odgovoran i dobar", što je, pak, u vezi sa samoprocenom vrednosti/nevrednosti, pokušaćemo ovo povezati sa njihovim odnosom prema životnim događajima kao izazovima. Većina adolescenata (kao i njihove porodice) u prihvatanju odgovornosti sklona je ekstremima. Dostići najvišu odgovornost je izazov koji je vredan da se prihvati. To se obično manifestuje kroz nerealna očekivanja. Na primer, biti najbolji u svojoj profesiji je jedino vredan izazov. Svako drugo rešenje nije izazov ("dosadno je i neinteresantno"). Pri tome se ovakav nivo odgovornosti idealizuje i doživljava kao nešto što samo po sebi donosi uvažavanje, cenjenje, maksimalno zadovoljstvo, a potpuno se zanemaruju ostale aktivnosti/sadržaji, obaveze, zahtevi i ogromno ulaganje i odricanje koju ovaj vid odgovornosti zahteva. Svaki dobitak podrazumeva ulaganje. Ako je dobitak veći od uloženog ili jednak uloženom, on postaje vredan izazova. Ako se više gubi nego dobija to neminovno vodi preispitivanju i redefinisaju ciljeva. U disfunkcionalnim porodicama, u većoj meri, nedostaje ovo preispitivanje, što ih vodi slepom pridržavanju ustaljenih obrazaca funkcionisanja.

Izazov kao važan proces rezilijentnosti ima skrivenu životnu poruku koja se sastoji u tome da ne možemo unapred odrediti koji će životni događaj biti naša najbolja šansa. Zbog toga ne možemo birati između prijatnih ili neprijatnih događaja, već se prema svakom događaju moramo odnositi aktivno i angažovano, ako želimo da život živimo u svoj njegovoj raznovrsnosti i bogatstvu. Ako nismo spremni da se ovako postavimo prema životnim događajima, onda obično ostaje česta pojava kompulzivnog ponavljanja tužnih priča o životu, prepunih optužbi i žalbi na sve i svašta.

1.2 Zajednička posvećenost problemima (aktivni stav)

Vrlo blizak proces životnim događajima kao izazov je i zajednička posvećenost problemima, odnosno aktivno delovanje porodice na problem. Normativni i nenormativni životni događaji pred porodicu postavljaju zahteve na koje je neophodno naći adekvatne odgovore, kako bi se porodični sistem prilagodio novonastalim promenama. Traženje odgovora na složene zahteve nije ni jednostavan ni lak posao i od porodice traži stalna preispitivanja i isprobavanje novih načina ili odgovora. U traženju odgovora na zahteve život-

nih događaja, važnu ulogu igraju zajedništvo i aktivno delovanje na problem.

Porodična rezilijentnost podrazumeva sposobnost porodice da se fokusira na ostvarljive ciljeve. Rezilijentne porodice u problematičnim situacijama preuzimaju inicijativu, prihvataju ono što se ne može izmeniti i pokušavaju da kontrolišu i ovladaju situacijama na koje mogu delovati (Higgins, 1994). Ova sposobnost porodice da se usmeri na cilj, i da pri tome od njega ne odustaju lako, nije urođena sposobnost već je racionalno zasnovana. Rezilijentnost podrazumeva prihvatanje granica sopstvenih snaga i prihvatanje teškoća koje se mogu promeniti, usmeravanjem svih napora neophodnih za njihovo prevladavanje (F. Walsh, 1998; 2006).

Na svaku pojavu problema, rezilijentne porodice reaguju brzim, zajedničkim suočavanjem i svi članovi raspravljaju o svim aspektima problema - do njegovog rešavanja. Članove rezilijentne porodice u kriznim situacijama odlikuje sposobnost da daju i primaju uputstva, da se samoorganizuju, da razgovaraju o razlikama i da do zaključka dođu efikasno i koherentno (Beavers, Hampson, 1990, 1993, 2003). U disfunkcionalnim porodicama članovi porodice izbegavaju da iznose svoje probleme ili različita mišljenja jer se plaše eskalacije postojećih konflikata što se može odraziti na njihovo zajedničko i aktivno delovanje na problem.

U poslednje vreme insistira se na zajedničkom, saradničkom/kolaborativnom rešavanju problema. To je razumljivo s obzirom na složenost vremena u kojem porodice žive danas i sve složenijih ozbiljnijih problema sa kojim se porodice suočavaju. Zbog toga je i potreba za timskim radom, i porodica i profesionalaca, očekivana i prirodna. Iako je timski rad već duže vreme zastupljen u radu sa porodicama, on još uvek "pati" od određenih slabosti (formalizovani odnos i prihvatanje timskog rada). Važnost ovakvog pristupa u rešavanju problema zahteva drugačiji način mišljenja, a samim tim i ozbiljno, stalno preispitivanje. Saradnički/kolaborativni odnos naglašava ravnopravan, saradnički i partnerski odnos u u kojem porodica/klijent aktivno učestvuju u traženju optimalnih rešenja za aktuelne probleme. Stručni tim/terapeut su eksperti koji svojim znanjem deluju, pomažu da u porodici aktiviraju ono što je najbolje i da koordiniraju složene akcije između različitih sistema u cilju promene porodice/klijenta ka novom nivou adaptacije, odnosno zdravlja. Kroz zajednički razgovor sagledava se problem, (ko)konstruiše i definiše zajednička realnost i plan rešavanja porodičnog problema. Na taj način porodica je aktivni učesnik u rešavanju svojih problema a tim/terapeut je koordinator/ekspert koji svojim znanjem motiviše, pridobija i aktivira ono najbolje u porodici što vodi promenama koje su neophodne da bi porodica uspostavila narušenu ravnotežu u zdravlju za sebe i svoje članove.

Naši rezultati (CR= 12.9) su pokazali da postoji visoka razlika između disfunkcionalnih i funkcionalnih porodica u odnosu na zajedničku posvećenost problemima. To je, na neki način, očekivano i prirodno jer zajednička posvećenost problemima predstavlja sintezu svih ključnih procesa porodične rezilijentnosti. Postignute niže vrednosti na svim prethodnim procesima sistema verovanja doprinele su i najnižem skor u ovom procesu, koji se odnosi na zajedničko i aktivno delovanje na problem.

Svoj odnos prema zajedničkom i aktivnom delovanju na problem, disfunkcionalne porodice često iskazuju stavom:

“Mi nikad ne možemo računati jedni na druge”. Ne može se apriori tvrditi da su disfunkcionalne porodice neaktivne, a funkcionalne porodice aktivne. U teškim životnim okolnostima i disfunkcionalne porodice su aktivne, ali njihova aktivnost ima određene propuste i nedostatke, što na kraju može uzrokovati odustajanje ili stanje koje bi se moglo definisati pasivnim stavom prema problemima.

Analiza odgovora je pokazala da disfunkcionalnim porodicama nedostaje porodično zajedništvo. Ove porodice su ređe prihvatale mišljenja da izlaženje na kraj sa problemima zavisi od porodičnog funkcionisanja, od njihovih zajedničkih napora i međusobnog ohrabririvanja i ispomaganja pa do toga da na rešavanju problema rade svi zajedno. Zbog odsustva zajedništva, pokazale su veću sumnju da se loša događanja mogu nadoknaditi i nečim dobrim, kao i sumnju da su jaki pred velikim problemima. Funkcionalne porodice su, preko pomenutih stavova, pokazale da im je zajedništvo važno i da u teškim životnim okolnostima mogu računati jedni na druge, i u rešavanju i prevazilaženju takvih okolnosti. Zbog toga prihvataju da imaju snage i za velike probleme i pokazuju veće slaganje da se loše stvari mogu nadoknaditi i nečim dobrim. Izostanak zajedništva u disfunkcionalnim porodicama prisiljava članove porodice da individualno pokušavaju da se suoče sa problemima. Individualni pokušaji vode manjoj posvećenosti problemima, bržem iscrpljivanju članova porodice, prefokusiranju na druge ciljeve i čak odustajanjem.

Ozbiljno narušeni porodični odnosi, uz akumulirano nezadovoljstvo svih, ometaju sve porodične procese, neophodno potrebne za rešavanje i prevladavanje problematičnih situacija. Pre svih, nedostaju ispravne komunikacije koje bi omogućile da se stvore uslovi za razgovor, dogovaranje i za kompromis. Umesto toga, komunikacije su često u funkciji dokazivanja sopstvenog prava i sopstvenih istina, ili međusobnog optuživanja, odnosno traži se krivac, uz iscrpljujuće, nepotrebne analize situacije, a ne rešenje problema. Ovakva pozicija, u kojoj svako ima svoju istinu, prirodna je i mogli bismo reći normalna i očekivana. Međutim, uporno zadržavanje sopstvenih istina ili načina kako se vide stvari, bez traženja zajedničke, porodične istine veoma je opasno. U takvoj situaciji niko nikog ne čuje (jer zašto bismo slušali drugog ako smo u pravu), pažnja se sa problema defokusira na međusobna ubeđivanja i prepucavanja, što troši mnogo energije, vodi konfliktima i na kraju prekidu komunikacija, a problem ostaje nerešen. Ovakav obrazac ponašanja u ispitnom uzorku neadaptiranih porodica je čest. Dugotrajno nezadovoljstvo svakog člana porodice “traži” da onaj drugi bude okrivljen za ono što se njemu dešava. I kada se pristupi rešavanju problemu, potreba da se dokaže da onaj drugi nije u pravu ostaje i dalje važna. Zbog toga su česti pokušaji da svako pojedinačno reši nastalu situaciju, što realno nije pozicija “usamljenih strelaca” već pozicija da svako vuče na svoju stranu, što se opet neminovno završava manjom efikasnošću ili čak, potpunim neuspehom u realizovanju nekog porodičnog cilja. Svaki zajednički neuspeh ili neefikasnost predstavlja “dokaz za svakoga” da je bio u pravu i rasprave, odnosno opisani obrazac se nastavlja nesmetanom žestinom, pri čemu se zanemaruje osnovna činjenica da niko nije u pravu i da svi gube.

Dakle, ovim uzajamnim ubeđivanjem u vrednost sopstvene istine članovi disfunkcionalnih porodica često, svesno ili nesvesno, miniraju napore jedni drugih, čime

narušavaju međusobno poverenje, ozbiljno oštećuju porodičnu saradnju i zajedništvo i onemogućuju zajedničku posvećenost problemima koja je neophodna u rešavanju zahteva životnih događaja. Ovakvu situaciju u svojim porodicama dosta njih verbalizuje stavom: “Mi nismo porodica, već više skup stranaca koji je prisiljen da živi zajedno”. Poremećeni odnosi i nedostatak bliskosti stvaraju osećaj otuđenosti između članova, što otežava ili onemogućuje da se u nekim disfunkcionalnim porodicama i u ozbiljnim životnim situacijama ostvari neophodno zajedništvo u delovanju na problem.

Funkcionalne porodice su, svojim odgovorima, pokazale da im je porodično zajedništvo suštinski važna porodična dimenzija. Pri tome pokazuju da su i više tolerantne na razlike svojih članova, poštuju i uvažavaju svaki predlog i pokušavaju da se odluče za ono što procenjuju najboljim za njihovu porodicu. Ova osobina pokazala se i u organizacionim i u komunikacionim obrascima ovih porodica. Posebno su uspešnije u komunikacionim procesima, što znatno olakšava razgovor, dogovor i postizanje kompromisa. U tim porodicama ne postoji jaka potreba za ukazivanje na propuste, već im je važnije da započete stvari dovrše. Pri tome pokazuju više doslednosti i istrajnosti u realizovanju i svakodnevnih obaveza i onih koje proizlaze iz određenih životne situacije. Sklonije su da upozoravaju, ali i podstiču svoje članove da realizuju svoja zaduženja i obaveze. Ovo ne znači da je u ovim porodicama sve idilčno i da ne postoje određeni problemi. Naprotiv, većina njihovih iskaza se odnosi na nezadovoljstva, povremene konflikte, nerazumevanja i sl. Međutim, zbog kvalitetnijih odnosa, veće bliskosti, boljih komunikacija, tolerancije za razlika, kao i uspešnog korišćenja svih ključnih procesa rezilijentnosti, ove nesporazume uspešnije prevladavaju, i to ne ostavlja posledice na porodično funkcionisanje. Dok neke disfunkcionalne porodice deluju kao skup individualaca, neke funkcionalne porodice deluju kao dobro uigran tim u kome se zna šta ko radi i gde mu je mesto.

Budući da su disfunkcionalne porodice pokazale da zajedništvo i posvećenost problemima nije karakteristika njihovog porodičnog ponašanja, adolescenti iz tih porodica su u riziku da i sami preuzmu slične obrasce ponašanja. Naši rezultati ukazuju na to, a to, nažalost, potvrđuje i klinička praksa. Nerazvijen osećaj za zajedništvo, uz niz drugih posledica koje mladi nose iz svojih porodica, pre svega nepoverenje, nedostatak upornosti i istrajnosti, može ozbiljno da utiče na mnoge aspekte njihovog funkcionisanja.

1.3 Terapijske smernice

Terapija predstavlja izazov i za terapeuta i za porodicu. Svaka porodica koja se uključuje u terapiju, terapiju doživljava kao stres i neprijatnost. Međutim, bez obzira na zahtevnost terapije vrlo brzo se opuste i shvate mogućnost dobiti i napredovanja. Već od početka terapeut treba da ovaj početni doživljaj terapije poveže sa negativnim doživljajem problema. Kao što terapija za većinu porodica vrlo brzo postaje njihov izazov i šansa za napredak i zdravlje, tako i porodični problem može postati izazov koji donosi veliko zadovoljstvo kada se reši. Terapijski je loše „pretiti“ porodičnim problemom, na primer, “ukoliko ne rešite problem sin će Vam nastradati zbog zloupotrebe psihoaktivnih supstanci...” Mnogo je bolje izgrađivati poziciju problema kao izazova, „Vi to možete, samo je pitanje da li hoćete...” To nije uvek

lako, pogotovo sa adolescentima iz ovih porodica koji su prihvatili hedonistički stil života, po principu „radimo ono što nam odgovara, a ne prihvatamo obaveze ili ono što nam koristi” (što je između ostalog i konflikt odrastanja). Dakle, problem se terapijski može postaviti kao izazov za porodicu što porodici daje šansu da pokaže ono najbolje što poseduje, odnosno da pokaže svoje snage i potencijale koje po našem dubokom uverenju poseduje svaka porodica. Takođe, od početka treba terapijski insistirati na zajedništvu i aktivnom delovanju svih članova porodice na problem u čemu dosta pomažu terapijski zadaci koje se odnose na zajedničke

aktivnosti porodice. U većini ovih porodica, da bi se održala bilo kakva funkcionalnost, često je preangažovan jedan član (obično su to majke) što vodi nepotrebnom iscrpljivanju i ozbiljnim posledicama po njihovo zdravlje (preangažovanost jednog dela sistema, dezangažuje drugi deo sistema).

Abstract

In the traditionally-oriented therapy the dominant role plays the Model of damage where the focus of interest is placed on pathology/disease. According to this Model a child or an adult person, as a carrier of the symptom is the result of the toxic influence of the family. This kind of scenario determines the role of the therapist, who can with his proficiency neutralize damages caused in a problematic family.

Contrary to this Model, within the Model of challenge or resilience, that is health, dysfunctional family is regarded as a danger or risk factor for a child or an adult, but contrary to the Model of damage this Model is simultaneously seen as a chance and good opportunity for a change. The central place in this Model represents resilience which shifts the perspective of dysfunctional/ill family towards observing the family that experiences a crisis or a problem as a challenge and opportunity to affirm its potentials for recovery and well-being for it and its members as a whole. The life events as a challenge represent a significant component of the family resilience, and also show the family comprehension of life events as a simulator for its own growth and development, and not as a threat to its own security. Our results (CR=12.9) have shown that there is a big difference between dysfunctional and functional families with regard to the joint preoccupation with problems, that is, the active position with regard to the problems. In difficult life circumstances even dysfunctional families are active, but their activity has some failures and shortcomings, which can eventually entail withdrawal or the condition that could be defined as taking a passive stand towards problems. While the therapy very quickly becomes their challenge and a chance for advancement and health, the family problem can in the similar way become a challenge bringing a huge satisfaction when solved. It is also necessary to insist in a therapeutic way on the togetherness and active tackling of the problem by all family members, also to prevent the passive position of the family through building up of joint therapy relationships.

LITERATURA:

1. Anderson, H. (2005). The myth of not-knowing. *Family Process*, 44, 497-504.
2. Anderson, H. (2007). Collaborative Therapy: Relationships and Conversations that make a Difference. New York, Taylor&Fransis Group.
3. Beavers, R. & Hampson, R. (2002). The Beavers System Model of Family Functioning. *Journal of Family Therapy*, 22, 128-143.
4. Beavers, W.R. & Hampson, R.B. (2003): Measuring family competence: The Beavers Systems Model. In F. Walsh (ed.), *Normal Family Processes* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
5. Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing* 14(1):33-55.
6. Boss, P. (2006). *Loss, Trauma and Resilience*. New York: Guilford Press.
7. Brown, J.H. (2001). Youth, drugs and resilience education, *Journal of Drug Education*, 31, 1, 83-122.
8. Carter, B. & McGoldrick, M. (2006): *Family Life Cycle – Inovative Solutions for Healthcare*, Allyn and Bacon: Boston.
9. Cutter, S. L., L. Barnes, M. Berry, C. G. Burton, E. Evans, E. Tate, & J. Webb. 2008. A place-based model for understanding community resilience to natural disasters. *Global Environmental Change* 18(4):598-606.
10. Frederickson, B., Cohn, M. & Brown, S. (2009). *Positive Emotions And Resilience: Emotion*, New York.
11. Gačić, B. & Majkić, V. (2000). Porodična rezilijentnost: ključni procesi. *Psihologija*, 3-4, 329-350. Beograd.
12. Majkić, V. (2003). *Procesi rezilijentnosti adolescentnih porodica u uslovima naše krize*. Doktorska disertacija, Beograd: Medicinski fakultet
13. Majkić, V. (2007). *Sistemski pristup u terapiji poremećaja ponašanja*. Zbornik radova FASPER: Beograd
14. Majkić, V. (2007). *Mladi zavisnici i porodična terapija u Dnevnoj bolnici: Seminar „Ljudi govore...“*. Beograd
15. Majkić, V. (2009). *Zloupotreba psihoaktivnih supstanci i delinkvencija: Seminar FASPER: Zlatibor*
16. Majkić, V. (2009). *A l'ecoute des adolescents: Magazine de l'Association de Prevention en Alcologie et Addictologie*: Paris.
17. Majkić, V. (2010). *L'Experience de l'hospital de jour pour la therapie familiale des adolescents toxicomanes de Belgrade: Magazine de l'Association de Prevention en Alcologie et Addictologie*: Paris.
18. McCubbin, H.I., Thompson, E.A., Thompson, A.I. & Futrell, J. (1997). *The dynamics of resilient families: Qualitative approaches*. Madison: University of Wisconsin System.
19. McCubbin, H.I., Thompson, A.I., et al., (1998). *Stress, Coping and Health in Family Resiliency. Sense of coherence and resiliency*, Sage Publications.
20. McGoldrick, M., Giordano, J. & Garcia-Preto, N. (2005). *Ethnic and family therapie* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
21. Walsh, F. (2003). *Normal Family Processes: growing diversity and complexity*. New York: Guilford Press.
22. Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
23. Wals, F. (2010). *Spiritual Resources in Family Therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.