

Medicinska edukacija/ KONCEPT REZILIJENTNOSTI I
Medical education INTEGRATIVNI PRISTUP U PORODIČNOJ
TERAPIJI

Correspondence to:

Dr sc. med. **Vojislav Majkić**,
Institut za mentalno zdravlje,
Centar za porodičnu terapiju
Paunova 2, Beograd
Tel. 011/ 2664-555
064/ 27-55-033
E-mail: vojamaj@eunet.rs

RESILIENCE CONCEPT AND INTEGRATIVE
APPROACH IN FAMILY THERAPY

Vojislav Majkić

Institut za mentalno zdravlje, Centar za porodičnu terapiju, Beograd

Key words

resilience concept, strengths, potentials, resources, individual resilience, family/relationship resilience, multi/ecosystem resilience, integrative approach, holistic approach, adolescent, family.

Ključne reči

koncept rezilijentnosti, snage, potencijali, resursi, individualna rezilijentnost, porodična/relaciona rezilijentnost, multi/ekosistemska rezilijentnost, integrativni pristup, holistički pristup, adolescent, porodica.

Abstract

Sposobnost ljudi da se suoče i prevladaju teške i krizne životne okolnosti odavno je prepoznata. Međutim, ova sposobnost, nazvana rezilijentnost, bila je sve do pre dve decenije, zvanično zanemarena. Rezilijentnost predstavlja nov način razumevanja i tretiranja humanih problema, novu paradigmu u oblasti mentalnog zdravlja, odnosno suštinski zaokret od tradicionalne orijentacije na patologiju/bolest (*model oštećenja*) ka savremenom pristupu fokusiranom na snage i potencijale (*model izazova*). Iako su prva istraživanja rezilijentnosti bila usmerena na individualne – biološke, psihološke i druge protektivne faktore koji štite pojedinca od destruktivnih uticaja krize i perzistentnog stresa, prepoznato je da se rezilijentnost, čak biološki uslovljena, razvija u relacionom kontekstu. Zbog toga, u ovom radu interesovanje za rezilijentnost smo pomerili sa porodične/relacione rezilijentnosti na multi/ekosistemski nivo, pri čemu smo koncept rezilijentnosti definisali multipli, holistički na više nivoa. Teško je zamisliti uspešnu porodičnu terapiju bez sagledavanja porodice kroz faze životnog ciklusa. U ovoj fazi porodica mora da uspostavi kvalitativno drugačije granice koje sada moraju biti propustljivije u oba pravca, što zahteva stalno menjanje adolescenta i roditelja. Bilo koje ponašanje adolescenta, svojstveno za ovu razvojnu fazu, može da frustrira roditelje kroz prepoznavanje vlastite nemoći u pokušajima da uspostave kontrolu zbog čega napor roditelja treba da je fokusiran na uspostavu fleksibilnih granica koje adolescentu dopuštaju zavisnost od porodice ali mu omogućuju i iskustvo van porodice. Terapija porodice sa adolescentom mora da uzme u obzir razvojne dimenzije adolescenta, životnu fazu ciklusa porodice sa adolescentom i kontekst u kojem se porodica razvija i realizuje zdravlje svojih članova i sebe kao celine. Multisistemski model rezilijentnosti uključuje u terapiju porodice sa adolescentom najvažnije sisteme u razvoju adolescenta, koji su interaktivni, i bez kojih je nemoguće razumeti i rešavati njegove probleme. Integrativni, holistički pristup u terapiju uključuje adolescenta i njegovu užu porodicu (važne članove šire porodice) predstavnike škole, vršnjake saradnike (prosocijalno orijentisani) kao i predstavnike drugih sistema (Centar za soc. rad, sud policija, profesionalne, sportske, verske i dr.organizacije) kada je to potrebno).

UVOD

Od početka svog postojanja ljudi poseduju sposobnost da savladaju ekstremno nepovoljne životne okolnosti i da u njima opstanu. Bezbroj je primera, individualnih i kolektivnih, koji pokazuju neverovatnu snagu ljudi da se suprotstave nevolji, prevladaju je, oporave se od nje, i postanu čak jači. Za prepoznavanje ove sposobnosti nisu nam potrebni tuđi primeri jer smo svi bili izloženi ekstremnim, katastrofičnim životnim događajima, koji su po dužini i intenzitetu trajanja bili nezabeleženi. Decenijska neizvesnost i perzistentni stres izazivali su sumnju u naše snage ali smo opstajali, izdržavali i uspevali da se oporavimo od ovih događaja, ojačani, bogatiji za iskustvo i znanje koje svako od nas može ugraditi u svoje buduće životne planove.

Ovaj fenomen, koji individua ili porodica poseduje i koji dolazi do izražaja pri savladavanju nepovoljnih životnih okolnosti, nazvan je rezilijentnošću. Zvanična medicina i humane nauke su sve do pre dvadeset godina isključivo istraživale slabosti ili uzroke bolesti pojedinca i porodice, potpuno zanemarujući njihove snage i potencijale, odnosno zdravlje. Zbog toga koncept rezilijentnosti predstavlja suštinski zaokret od tradicionalnog fokusa na defekt i patologiju ka savremenom fokusu na snage i potencijale. Dakle, koncept rezilijentnosti predstavlja novu paradigmu u oblasti mentalnog zdravlja, novi pristup i način mišljenja – od «modela oštećenja» ka «modelu izazova».

I sami smo se u svom profesionalnom razvoju suočili sa neminovnošću menjanja profesionalnih uverenja ali smo bili i još smo uvek svedoci koliko jednom izgrađena profesiona-

Ina verovanja mogu biti ozbiljna smetnja u svestranijem sagledavanju humanih, odnosno porodičnih problema. U radu sa mladima i njihovim porodicama, odnosno porodičnom terapijom zloupotrebe psihoaktivnih supstanci, svakodnevno smo se suočavali sa otporima, pa i otvorenim suprotstavljanjem tradicionalno orijentisanih profesionalaca. Neki od ovih profesionalaca su perfektno, moglo bi se reći briljantno sagledavali i analizirali slabosti, odnosno patologiju individue ili porodice. Pri tome su otvoreno zanemarivali ono što je dobro, zdravo u njima i što jedino može da ostvari pozitivnu promenu. Iako smo uvek bili svesni slabosti, odnosno patologije porodice, koju nismo nikad zanemarivali, istovremeno smo svakodnevno bili fascinirani snagama i potencijalima porodica da izdrže i da se bore sa zaista ogromnim problemima i teškoćama i da, pri tome, ipak nađu snagu za promene, da prevaziđu probleme i da održe kontinuitet porodičnog razvoja. Prve profesionalne informacije o konceptu rezilijentnosti prihvatili smo kao potvrdu naših profesionalnih ubeđenja, jer smo istinski verovali da u rešavanju porodičnih problema mogu pomoći različite terapijske tehnike/intervencije, ali ih suštinski omogućuju snage i potencijali za promene, koje po našem dubokom uverenju, poseduje svaka porodica.

1. Istorijski okvir koncepta rezilijentnosti

Prva istraživanja rezilijentnosti, početkom 80-tih godina, bila su usmerena na individue preživele u problematičnim i disfunkcionalnim porodicama. Dakle, prvi istraživači rezilijentnosti negirali su porodičnu rezilijentnost zadržavajući tradicionalni stav o "toksičnosti" porodice na razvoj deteta. Ovako shvaćena rezilijentnost isticala je lične osobine i strategije prevladavanja (koping strategije) koje pomažu detetu ili odrasloj osobi da savladaju teška i destruktivna životna iskustva. Rezilijentnost se shvatala kao urođena osobina koja se ne gubi u toku razvoja, a rezilijentna osoba kao osoba koja ima "pravi material", odnosno boljšku snagu i izdržljivost. U tom smislu, Anthony i Cohler⁽¹⁾ prvi koriste izraz "nevulnerabilno dete", sa kojim su opisali dete otporno na stres, koje poseduje unutrašnju čvrstinu i "karakterni oklop" koji ga štiti od uslova destruktivne porodične sredine. Zbog shvatanja porodične sredine kao najvećeg faktora rizika u nastanku i razvoju bolesti, izvor rezilijentnosti se, pored otpornosti "nevulnerabilnog deteta", tražilo u pozitivnim "surogatima" izvan porodice, kao što su nastavnici, mentori ili terapeuti "koji su svojim pozitivnim delovanjem umanjivali štetu nastalu u problematičnoj porodici. Zapravo, termin "nevulnerabilno" (neranjivo, "super dete") odražavao je zapadni mit o snažnoj, moćnoj individui, individui kao heroju sa kojom se preneglašavaju lične osobine i koping strategije pojedinca. Naglašavanjem moći individue ("Rambo sindrom") potpuno je zanemarena mogućnost učenja, menjanja, razvijanja i napredovanje individue kroz interakciju sa drugim sistemima. Posledica ovakvog etosa je prezriv stav prema onima koji ne uspeavaju jer su slabi i nisu u stanju da prevaziđu sopstvene probleme. Takođe, postojala je opasnost da se neprirodan pojam "nevulnerabilnost" identifikuje kao rezilijentnost.

Ova početna istraživanja individualne rezilijentnosti vrlo brzo su zamenjena shvatanjem da se svaka individua razvija u određenom kontekstu koji ima snažan, često presudan uticaj na njen razvoj i zdravlje. Mnoge kulturološke studije,

koje su istraživale uslove odrastanja u južnoafričkim kam-povima, brazilskim naseobama stračara ili u crnačkim getoima, pokazale su, uprkos predviđanju stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, da su mnoga deca razvila sposobnosti da se izdignu iznad ovakvih teških i nesretnih okolnosti, bez kasnijeg efekta "tempirane bombe". U tom smislu, Felsman i Vasllant⁽²⁾ istraživali su živote visoko rizičnih osoba iz crnačkih getoa, odraslih u siromaštvu i socijalno obezvređenim porodicama. Odrastajući u porodicama koje su dodatno bile opterećene zloupotrebom supstanci, mentalnim bolestima, nasiljem i kriminalom, većina muškaraca iz ovih porodica hrabro se suočavala sa životom, demonstrirajući pri tome snagu, ali znanje i kompetentnost. Pokazivali su inicijativu u toku vlastitog života, bez obzira na povremene krize i brojne negativne faktore. Ovi autori su zaključili da je rezilijentnost samo pokazala da nas "loši događaji u sopstvenom životu ne čine zauvek prokletim".

Jedna od najambicioznijih studija o rezilijentnosti⁽³⁾ dokumentovana je podacima na osnovu četrdesetogodišnjeg praćenja skoro 700 dece odgajanih u teškim uslovima na ostrvu Kauai. Sva deca poticala su iz siromašnih porodica nekvalifikovanih radnika na plantažama šećerne trske. Trećina dece (210) bila je klasifikovana kao "rizična grupa" jer su pre druge godine života bila izložena uticaju najmanje četiri dodatna faktora kao što su ozbiljni zdravstveni problemi u porodici, alkoholizam, nasilje, razvodi i mentalne bolesti. Do svoje osamnaeste godine dve trećine mladih iz rizične grupe potvrdila su loša predviđanjem svojim ponašanjem (rane trudnoće, ukazivanje psihijatrijske pomoći, problemi u školi, problemi sa zakonom). Međutim, jedna trećina mladih iz rizične grupe razvila se u kompetentne, odgovorne, pouzdane i brižne mlade ljude sposobne da dobro rade i odgovorno ispunjavaju svoje obaveze, da se raduju i uživaju u životu ali i da vole na pravi način⁽⁴⁾. Međutim, u istraživanju individualne rezilijentnosti pojavio se veliki broj istraživača koji su fokus sa istraživanja faktora rizika pomerili na istraživanje protektivnih faktora. Istraživanje individualnih crta i dispozicija pokazala je da su neke osobine kao što je blaga narav, visoka inteligencija veoma pomažu, iako ne presudno, u izgrađivanju rezilijentnosti. Pokazalo se da je za individualnu rezilijentnost veoma važan veći stepen samopoštovanja koga karakteriše realističan smisao za nadu i samokontrolu. Rutter⁽⁵⁾ je naglasio da jako samopoštovanje i osećaj samoeфикаsnosti čini koping strategije uspešnim i izvesnijim a osećaj bespomoćnosti povećava mogućnost da se jedna nesreća zameni drugom. Kobasa, sa svojim saradnicima⁽⁶⁾ dokazala je hipotezu da osobe koje poseduju čvrstu ličnost takođe poseduju i tri opšte karakteristike: veruju da mogu kontrolisati uticaj životnih događaja na vlastito iskustvo, sposobni su da se duboko angažuju ili da se aktivno odnose prema svom životu i da menjanje u životu, odnosno promene prihvataju kao uzbudljiv izazov za sopstveni razvoj.

Takođe, pokazalo se da su izvor moralnih i duhovnih vrednosti, verovanja koja održavaju život, često presudna snaga koja pomaže u prevazilaženju životnih teškoća. Istražujući rezilijentnost dece, neki autori⁽⁷⁾ opisali su "optimističke predrasude". Murphy je primetila da se mnoga deca u teškim okolnostima hvataju za tračak nade i vere u oporavak pri čemu su aktivno mobilisali sve misli i sredstva koja doprinose oporavku. Koliko snaga pozitivnih misli i emocija,

kroz humor i smeh, može da bude lekovita, najupečatljivije je opisao Norman Cousins⁽⁸⁾ kome je u savladavanju teške kolagenске bolesti pomoglo gledanje starih komedija.

Posebno treba istaći bračni par Wolin⁽⁹⁾ koji su ispitivali "preživeli" u poremećenim, alkoholičarskim porodicama. Izdvojili su sedam osobina rezilijentne dece, koja su prevladala ozbiljna zanemarivanja i zlostavljanja u svojim porodicama, a to su: uvid, nezavisnost, odnos, humor, inicijativa, kreativnos i moralnost.

Primetno je da ova istraživanja nisu potvrdila presudan značaj nekih osobina ličnosti, pa i inteligenciju, u nastanku i razvoju rezilijentnosti, uprkos do tada dominantnom profesionalnom stavu da su ove osobine presudne u prevladavanju nesretnih okolnosti. Zapravo, istraživanja su potvrdila važnost drugih osobina ličnosti za individualnu rezilijentnost, kao što su: samopoštovanje, osećaj kontrole, posvećenost, redefinisane nepovoljnih životnih događaja u izazov, pozitivno mišljenje, odnosno optimizam i nada itd.

2. Porodična rezilijentnost

Razumevanje i izgrađivanje porodične rezilijentnosti uveliko su olakšani proučavanjem individualne rezilijentnosti, mada su pomenuti autori otvoreno zanemarivali snage i potencijale porodice. Postepeno se shvatilo da se rezilijentnost, čak i biološka, genetski uslovljena, mora razvijati u relacionom kontekstu, tj. u socijalnim uslovima. To znači da postoji relaciona, odnosno interakcijska dimenzija rezilijentnosti. Dakle, koncept porodične rezilijentnosti se razvija od individualnog do interakcijskog nivoa porodičnog sistema, pre svega fokusiranog na relacije rezilijentnosti u porodici kao funkcionalnoj jedinici. Perspektiva porodičnog sistema omogućava identifikaciju i jačanje ključnih procesa rezilijentnosti u savladavanju krize ili prolongiranih teškoća. Kada se porodica suoči sa događajima koji remete njeno funkcionisanje, ona teži da amortizuje stres, da se efikasno reorganizuje, mobilise svoje resurse i da napreduje, delujući tako na dugotrajnu adaptaciju svojih članova i sebe kao celine.

U početku istraživanja rezilijentnosti bilo je malo studija koje su sagledavale porodični doprinos kao potencijalni izvor rezilijentnosti u uslovima stresa i krize^(10, 11). Ovi su se autori fokusirali na istraživanje emocionalne klime u porodici, naglašavajući važnost topline, ljubavi, emocionalne podrške, kao i razumnih struktura i granica. Ako roditelji nisu sposobni da obezbede ovakvu pozitivnu klimu, odnosi sa drugim članovima porodice mogu da posluže ovoj funkciji (stariji brat, sestra, baka, deda i šira rodbina).

Upadljiva je činjenica da je koncept porodične rezilijentnosti u bliskoj vezi sa definisanjem normalnosti. Da bi smo bolje razumeli koncept rezilijentnosti potrebno je sagledati shvatanja razvoja porodične normalnosti u proteklom periodu. U definisanju porodične normalnosti neminovno su se javljale poteškoće jer na odgovor „šta je normalno?“ utiču multipli faktori kao što su istorijski, socijalni, ekonomski, kulturni, religiozni, profesionalni i dr. Otuda je i definicija normalnosti varirala zavisno od vremenskog perioda u kom je nastajala i dominacije određenih profesionalnih orijentacija koje su određivale profesionalne kriterijume za normalnost. Bez obzira na multiple varijable koje su stvarale poteškoće u određivanju porodične normalnosti pojavile su se različite definicije i različite klasifikacije normalnosti

čijom sintezom su dobijene četiri glavne perspektive normalnosti u mentalnom zdravlju:

Normalnost kao zdravlje, nastala je u okviru medicinsko-psihijatrijskog modela i zasnovana je na kriterijumu odsustva simptoma, odnosno patologije. Osoba ili porodica smatraju se normalnim/zdravim ako nijedan član porodice nema simptom poremećaja/bolesti. Međutim, zdravo/normalno porodično funkcionisanje uključuje i porodične probleme. Saglasni smo sa Minuchin-om koji je naglasio da nema porodice bez problema („no families are problem free“⁽¹²⁾). Takođe, pogrešna je pretpostavka da je individualni poremećaj simptom porodične disfunkcije, jer svaki individualni problem nije posledica porodične disfunkcije. Mnoge studije rezilijentnih individua su pokazale da su ove individue savladale ozbiljne probleme odrastajući u problematičnim porodicama, što je veliki broj profesionalaca prihvatio i nazvao Modelom izazova⁽⁹⁾.

Normalnost kao prosek, razvio se u okviru socioloških i bihevioralnih studija. Shvatanje porodične normalnosti kao „tipično porodično funkcionisanje“ u okviru socijalno-bihevioralne pretpostavke smatra porodicu normalnom, ako je tipična, tj. odgovara obrascu koji je opšti i očekivan za jednu tipičnu porodicu. Ovde je zastupljen statistički model gde se, u normalnoj raspodeli, srednji rang na kontinuumu obrađuje kao normalan, a oba ekstrema kao devijantnost. Dakle, svako odstupanje od norme definiše se kao nenormalno i vodi patologizaciji. Po ovako definisanom „proseku“, tipično funkcionisanje porodice bi bilo isto tako nenormalno, kao i disfunkcionalno.

Normalnost kao utopija, nastao je u okviru psihoanalitičkih i humanističkih teorija. U okviru ovog shvatanja normalnosti, zdrava porodica se definiše terminima optimalnog funkcionisanja ili idealnih osobina, što je utopija. Optimalna porodica se sagledava kao uspešna u realizaciji svojih primarnih zadataka, promocije rasta, razvoja i dobrobiti svojih članova. Međutim, optimalno porodično funkcionisanje varira zavisno od razvojnih dimenzija ili životnog ciklusa porodice i prožimajućih kulturnih ideala koji utiču na definisanje normalnosti i zdravlja porodice. Socijalne norme koje se odnose na ideal porodice jesu vrednosti konstruisane određenom kulturom. Ideali variraju u određenim etničkim zajednicama i određuju se socijalnim, etničkim, kulturnim, rasnim, religioznim i drugim varijablama.

Normalnost kao proces: Humane sisteme karakterišu sistemski zasnovane orijentacije porodične normalnosti za razmatranje prosečnog ili normalnog funkcionisanja osnovnih porodičnih procesa. Transakciono gledište je zasnovano na porodičnim procesima u toku vremena, nasuprot ranijem shvatanju u kojima se identifikuju fiksirane osobine „normalne porodice“ kao statičkog „vanvremenskog entiteta ili kao ukršteno presecanje pojedinačnih tačaka u vremenu“⁽¹³⁾.

Proučavajući normalne porodične procese Walsh⁽¹³⁾, proširuje i redefiniše ove procese u ključne procese porodične rezilijentnosti u svojoj prvoj knjizi iz porodične rezilijentnosti⁽¹⁴⁾. Skorašnji radovi pomogli su boljem razumevanju ključnih procesa u porodičnoj rezilijentnosti^(15, 13, 14, 16).

Sve do devedesetih godina prošlog veka većina studija o porodici bavili su se porodičnom disfunkcionalnosti, odnosno onim što porodice ne bi trebale da rade. Pionirske studije o modelu multidimenzionalnih procesa funkcionalnih porodica više su unapredile naše znanje nego što je to slučaj s

izučavanjem disfunkcionalnih porodica. Uprkos razlikama u konstrukciji i metodologiji tih istraživanja, postoji izvanredna konzistentnost u nalazima navedenih studija kada su u pitanju internacionalni, ključni porodični procesi, kao što su: kohezija, fleksibilnost, otvorene komunikacije, rešavanje problema i sistem verovanja, koji se u okviru porodičnih procesa identifikuju kao kritični elementi rezilijentnosti. Koncept porodične rezilijentnosti zasniva se na stanovištu da sve porodice poseduju potencijale za rezilijentnost, koje uključuje različite pristupe i raznovrsne puteve rezilijentnosti (14, 15, 17). Porodično-relaciona rezilijentnost je suštinski napredak u odnosu na individualni pristup. Individua se više ne sagledava odvojeno od porodičnog konteksta, a ni porodica od socijalnog konteksta. U praktičnom radu ovaj koncept je još uvek nedovoljno realizovan i nedovoljna je povezanost porodice s unutrašnjim podsistemima/članovima i vanporodičnim sistemom društvene zajednice kao socijalne rezilijentnosti.

3. Ekosistemski pristup rezilijentnosti

Kao što se individua ne razvija i ne raste u vakumu tako i porodica nije izolovana već se razvija i egzistira u određenom društvenom kontekstu, povezana sa drugim sistemima u zajednici koji utiču na njen rast, razvoj i zdravlje. Zbog toga, razvoj koncepta rezilijentnosti nameće potrebu sistemskog stanovišta. Sistemske teorije proširuju naše gledište individualne rezilijentnosti na procese u širim porodičnim i socijalnim sistemima/kontekstima, što uključuje ekološko i razvojno sagledavanje rezilijentnosti. Neophodni procesi za uspešno funkcionisanje porodice, suočene sa krizom, bitno zavise i od socio-ekonomskog konteksta i razvojnih izazova. Ovi multipli, rekursivni uticaji potvrđuju potrebu za sistemskom/relacionom-interakcijskom perspektivom u toku krize.

Među prvim autorima koji su isticali značaj ekološkog pristupa u humanom razvoju bio je Branfenbrenner (18). On naglašava da porodica, roditeljska grupa, škola ili radno mesto i širi socijalni sistem treba da budu sagledani kao grupni kontekst socijalne kompetencije. Dick Auerswald (19) može se smatrati pionikom ekosistemskog pristupa, jer je ekosistemske ideje primenjivao u porodičnoj terapiji. Rutter (5, 16) upozorava da, za razumevanje i ohrabrivanje psihosocijalnih protektivnih mehanizama rezilijentnosti, moramo imati u vidu i ono što se dešava u politici, ekonomiji, društvu ili klasnoj klimi u kojoj pojedinac, odnosno porodica, napreduje ili nazaduje. Garmezy (20), u istraživanju rizičnih grupa, ističe tri tipa bioloških i psihosocijalnih faktora u adaptaciji na stres: vulnerabilnost (ranjivost, osetljivost); aktivni događaji ili potencijalni izvori stresa i protektivni stresotporni faktori rezilijentnosti, koji igraju važnu ulogu u adaptaciji na stresne okolnosti. Razvojna perspektiva implicira multigeneracijske brojne forme stresa, kopinga i orijentacije na prošlost, sadašnjost i budućnost.

Raspoloživi resursi društvene zajednice i sposobnost porodice da ih koristi, suštinski su faktori rezilijentnosti. Izostanak odgovora zajednice može poremetiti porodicu, bez obzira na snagu intraporodičnih kapaciteta⁽¹¹⁾. Sistemske perspektive porodične rezilijentnosti rezonantan je multidimenzionalni – ekološki pristup (21, 22, 23). Falicov predlaže kombinaciju karakteristika multiplih varijabli socijalno-kulturnih konteksta i porodičnog života, kao što su:

etničke, socio-ekonomske, religijske, porodične strukture, pol, uloge, seksualna orijentacija i životne faze. I drugi autori svoja interesovanja sve više usmeravaju na sagledavanje porodice u širem socio-ekonomskom i kulturnom kontekstu (15, 24.). Ovakav pristup omogućuje sagledavanje različitih porodičnih formi i netradicionalnih porodica kao i uzajamne povezanosti procesa rezilijentnosti s ekološkim, socijalnim i ekonomskim faktorima.

Sistemske pristupe ukazuje na potrebu da se koncept rezilijentnosti operacionalizuje na više nivoa, multipli i holistički, koji su u povezanom odnosu (17) (Majkić, V. 2003). Zanimljivo je da je poslednji kongres o rezilijentnosti (Halifax, 2011) imao naziv “*Rezilijentnost i socijalna ekologija*” sa čime je prihvaćen ekološki i razvojni nivo rezilijentnosti. Beogradski integrativni biopsihosocijalni (eko)sistemske pristup, koji primenjujemo više od tri decenije, primenljiv je na koncept rezilijentnosti. Dakle, ovaj pristup prihvata biopsihosocijalni model bolesti. Možemo reći, multi-sistemska rezilijentnost se odvija na pet nivoa:

Individualni nivo rezilijentnosti – fokusiran na pojedinca. Dakle, na individualnom planu razmatra se rezilijentnost od biološki određene (25) pa do individualnih potencijala i resursa koje pomažu individui u prevladavanju teških životnih okolnosti.

Bračno/porodični nivo rezilijentnosti – uključuje potencijale i resurse članova porodice (bračni par i decu) i proširene porodice.

Socijalna mreža (network) – lokalna zajednica, prijatelji, susedi, radno mesto, škola, zdravstvene i socijalne službe i druge institucije u lokalnoj zajednici su bogati izvori rezilijentnosti, često presudni u rešavanju porodičnih problema..

Kontekst država/nacija – socijalno-kulturni, ekonomski, politički, etnički i drugi faktori u društvu su esencijalno važni kao raspoloživi resursi porodične rezilijentnosti. Ovi faktori odlučujuće utiču na život pojedinca i porodice. Treba napomenuti da na ovom nivou već duže vreme dolazi do hroničnog konflikta između mikrosistema u kome se nalazi porodica sa svojim pojedincima, mrežom (networkom) i makrosistema, tj. društva/države koja porodicu zanemaruje i prepušta samoj sebi.

Internacionalni nivo – važan je i iz teorijskih i iz praktičnih razloga. Poznato je da danas, u međuzavisnom svetu, mnogi problemi prelaze državne granice. To znači da je ekosistemska orijentacija bazirana na stalnoj interakciji svih bioloških, psiholoških i socijalnih kompetencija, što omogućuje jedinstven koping stil i raznolike puteve organizacije na stres i krizu.

Tako, bez međunarodne saradnje mnogi problemi ne bi mogli da se reše na lokalnom, pa i državnom nivou (brojni socijalni problemi, bolesti kao što je AIDS, savremeni kriminal terorizam i sl.). Svi su postali svesni da je današnji svet samo jedno “globalno selo”. Pojmovi «daleko» ili «blizu» su relativizirani. Pomisao da se nešto dešava negde daleko, na drugom kontinentu i da nas se to ne tiče, više ne stoji. Brzi prenos i protok informacija (posebno Internet) doprinosi upoznavanju svega onoga što je važno u današnjem svetu. To je nesumnjivo korisno, s jedne strane, ali to unosi nemir, nesigurnost, pa i strah, s druge strane. Internacionalni nivo rešavanja problema je praktičan i neophodan. Ma koliko jedna zemlja posedovala moć, probleme ne može da rešava bez uključivanja svih.

4. Multi/ekosistemski pristup u terapiji adolescentne porodice

Teško je zamisliti uspešnu porodičnu terapiju bez sagledavanja porodice kroz faze životnog ciklusa. Faza porodice sa adolescentom predstavlja jednu od najturbulentnijih faza koja je teška ali izazovna i za adolescenta i porodicu ali i za terapiju. Ova faza često se označava kao „faza lansiranja“ čime se naglašavaju suštinske promene koje porodicu „izbacuju“ na novi, viši nivo porodične organizacije i funkcionisanja. Prilagođavanje predstavlja kritični zahtev koji porodicu transformiše iz jedinice koja štiti i hrani svoje najmlađe članove u jedinicu koja postaje pripremni centar za ulazak adolescenta u svet obaveza i odgovornosti odraslih generacija.

U ovoj fazi porodica mora da uspostavi kvalitativno drugačije granice koje sada moraju biti propustljivije u oba pravca, što zahteva stalno menjanje adolescenta i roditelja. Adolescent je otvoren za spoljni svet iz koga donosi nove ideje i nove vrednosti u porodicu, što često postaje predmet ozbiljnih problema i konflikata u porodici. Pokušaj da se spreče ove nove ideje i vrednosti „zaglavljaju“ porodicu već u ranom periodu ove faze. Nerazumevanje i razlike postaju još veće, kada adolescent u pravljenju svojih prioriteta, u prvi plan stavi grupu vršnjaka, odnosno drugove i/ili prijatelje, potrebu za većom autonomijom, kao i druge potrebe važne za adolescenta u ovom periodu, što dovodi do usloznavanja, odnosno spirale problema⁽²⁶⁾ (Majkić, V. 2010). Uobičajeno nezadovoljstvo i žalbe ovih porodica jesu da njihov adolescent provodi mnogo više vremena sa prijateljima i ne pokazuje interesovanje za svoju porodicu. Roditelji mogu pokušati da kontrolišu svaki aspekt života svog adolescenta, ali sa aspekta razvoja to je nemoguće učiniti uspešno. Bilo koje ponašanje adolescenta, svojstveno za ovu razvojnu fazu, može da frustrira roditelje kroz prepoznavanje vlastite nemoći u pokušajima uspostave kontrole. Dakle, napor roditelja treba da je fokusiran na postavljanju fleksibilnih granica koje adolescentu dopuštaju zavisnost od porodice ali mu omogućuju i iskustvo van porodice neophodno za povećavanje stepena nezavisnosti i buduće separacije kada adolescent za to postane spreman. Takođe, ovo je period kada adolescent uspostavlja nezavisne odnose sa članovima proširene porodice što zahteva posebno prilagođavanje roditelja i njihovih roditelja, koji trebaju da ojačaju i podrže ove nove obrasce, veštinu pregovaranja, prilagođavanja i reorganizacije.

Kada je u pitanju seksualnost, odnosno seksualna uloga adolescenta, često se javlja stereotip - čak veći nego kod njihovih roditelja ili nastavnika. Važno je nepodržavati ili ojačavati ove stereotipove već umesto njih devojčici, na primer ponuditi da razvije svoje vlastito mišljenje ili stavove o seksualnosti, sopstvenim vrednostima, aspiracijama i interesima kako bi se izbegla razvojna kompetitivnost koju nude druge devojčice. S druge strane, dečake treba ohrabriti u komunikacijama, izražavanju emocija i poštovanju a nedozvoliti dosađivanje, svadalaštvo ili obezvređivanje devojčica kao i bilo koje druge osetljive osobe. U okviru socijalnih normi naše kulture, devojčice definišući sebe kroz uspostavljanje intimnijih odnosa sa drugim, mogu izazvati konfuziju identiteta. U isto vreme dečacima je potrebno pomoći u razumevanju odnosa, naročito u diferencijaciji

seksualne intimnosti. Izražena potreba dečaka za atraktivnim devojčicama koje se doživljavaju kao „posebne“, što proizlazi iz sopstvene posebnosti, može se kanalisati usmeravanjem adolescenta na sport i druge prihvatljive, zdrave sadržaje, a što može biti i dobro rešenje za nisko samopoštovanje. Nesposobnost dečaka da izrazi ili pokaže samog sebe, vodi ih u visoko rizična ponašanja koje se manifestuju kroz negativne aktivnosti: agresiju, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, neadekvatan seks i dr.

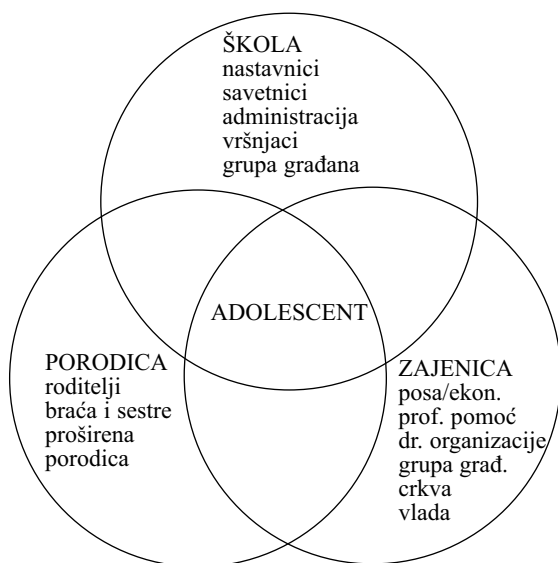
Kada je u pitanju identifikacija adolescenta sa roditeljima mogu se javiti određeni problemi. U ovom životnom periodu kćerke mogu da imaju problem u izboru identifikaciji sa majkom ili sa ocem. Kod sinova problem može da bude distanciranost između majke i sina zbog negativne poruke u našoj kulturi o vezi majka – sin („mamin sin“ u pežurativnom smislu). Takođe, odnos adolescenta i roditelja u ovoj fazi porodičnog ciklusa može da bude izložen nepotrebnoj patologizaciji koja proizlazi iz profesionalnih usmerenja ili uverenja. Jača veza adolescentne kćerke ili sina sa roditeljem suprotnog pola može da se dijagnostikuje kao Edipov kompleks sa mogućim daljim komplikacijama porodičnih odnosa. Odnos otac-kćerka u periodu adolescencije može da postane problematičan. Očevi mogu da postanu neugodni u odnosu sa kćerkama zbog straha koji proizlazi iz pojačane seksualnosti kćerki, odnosno njihove zainteresovanosti za suprotni pol. Kroz svakodnevno kritikovanje načina oblačenja i drugog novog ponašanja svoje kćerke, očevi mogu preterano seksualizirati njihov odnos. Neuspevajući u tome, očevi se mogu povući sa osećanjem iritiranosti ili ljutnje, praveći distancu u situacijama kada je ekspresija i emocionalno razumevanje neophodno. S druge strane, interakcija sa sinovima može da se odvija mnogo lakše kroz sudelovanje u zajedničkim aktivnostima kao što je sport, pri čemu se dozvoljava prijateljski odnos bez mnogo pritiska. Ova nevezina očeva prema kćerkama može kod njih izgraditi pogrešne predstave o muškarcu, odnosno nerealan imidž muškarca, muškarac kao „romantični stranac“ nepoverljivost i dr., što sve može otežati kasniji izbor partnera. Nevezine očeva sa sinovima mogu doprineti konfuziji identiteta sinova i pogrešne slike o sebi kao muškarcu.

5. Multi/ekosistemski/integrativni pristup u porodičnoj terapiji porodice sa adolescentom

Svaka terapija porodice sa adolescentom mora da uzme u obzir razvojne dimenzije adolescenta, životnu fazu ciklusa porodice sa adolescentom i kontekst u kojem se porodica razvija i realizuje zdravlje svojih članova i sebe kao celine. Da bi se postigao ovaj cilj neophodan je integrativni, holistički pristup u terapiji porodice sa adolescentom. Bez obzira što koncept rezilijentnosti još uvek nema razvijene i definisane tehnike i intervencije, ovaj pristup se preporučuje i posebno je zahvalan za rad sa porodicom u ovoj fazi životnog ciklusa. Osnovni razlog je što rezilijentnost u prvi plan stavlja snage i potencijale, pri čemu ne zanemaruje slabosti, što je za adolescenta preosetljivog na preteranu patologizaciju, veoma prihvatljivo. Dakle, svojom sveobuhvatnošću i humanom orijentacijom, oslabljuje porodicu straha od preterane psihijatrizacije i daje joj pozitivnu orijentaciju, nadu i optimizam prema sopstvenim multiplim problemima u ovo vreme nesigurnosti, nepredvidljivosti i dramatičnih socijalnih promena.

Multisistemski model rezilijentnosti (slika 1.) ilustruje najvažnije sisteme, koji su interaktivni, i bez kojih je nemoguće razumeti i rešavati probleme mladih.

Slika 1. Multisistemski model rezilijentnosti



Adolescent: Primena biopsihosocijalnog modela bolesti zahteva razumevanje sve tri dimenzije problema/bolesti: biološku, psihološku i socijalnu dimenziju. Biološka dimenzija zahteva razumevanje svih aspekata biološke determinisanosti problema. To znači istraživanje hereditarnog, genetskog nasleđa pa do organskog deficita koji struktuiru problem. Takođe, fokus mora biti i na istraživanju biološki određene rezilijentnosti sa čime se poslednjih godina bavi dosta istraživača⁽¹⁶⁾. Tradicionalno orijentisani terapeuti često u prvi plan stavljaju biološki aspekt problema što dovodi do opasnosti od preterane patologizacije i medikamentizacije problema. Na taj način zanemaruju se druge dimenzije problema/bolesti, odnosno kontekstualna dijagnoza. Svima koji rade sa adolescentima poznato je da u ovom periodu simptomatologija mladih može da bude dramatična, sa mnogo ozbiljnih pokazatelja na biološku osnovu problema, ali smirivanjem situacije u porodici i pozitivnim menjanjem porodičnog sistema, dolazi do nestajanja ovakvih simptoma.

U adolescenciji se javljaju nove potrebe koje zahtevaju neophodne promene koje omogućuju njihovo zadovoljavanje. Od tih potreba ističemo seksualnost kao *transformaciju fizičkog bića*, koja započinje pubertetom. To nisu samo izolovane fizičke promene nego i signal da je započela tranzicija od detinjstva ka odrasloj osobi. Dolazi do formiranja identiteta, odnosno do *transformacije psihološkog bića* u kojoj ličnost adolescenta prolazi kroz svoju najintezivniju transformaciju, a koju prate intezivne kognitivne i emocionalne promene. I na kraju potreba za većom autonomijom, što predstavlja *transformaciju socijalnog bića*. Zapravo to su počeci separacije adolescenta, koji često donose ozbiljne probleme u porodični sistem, a koja treba da se završi konačnom separacijom kada adolescent ulazi u svet odraslih kao samostalna i kompetentna osoba⁽¹⁷⁾ (Majkić, V. 2003).

Sve ove promene adolescenta se dešavaju u određenom socijalnom kontekstu koji može biti ometajući ili podržavajući za zdrav razvoj adolescenta.

Porodica: Osnovni sistem svakog pojedinca. Ona je jedini sistem koji nove članove dobija rođenjem, a članovi porodice mogu da žive u ovom sistemu do smrti. Dakle, porodica predstavlja najintimniju i najvažniju sredinu koja predstavlja fizičko, emocionalno i psihološko utočište. Principijelni zadatak svake porodice je da obezbedi razvoj svojih članova. Sve porodice moraju da ispune osnovne zadatke koji se odnose na obezbeđivanje ishrane, skloništa, brige i drugih potreba izvan razvojnih zadataka (uključujući i jačanje individualnog i porodičnog razvoja). Takođe, porodica rešava i posebne zadatke koji se odnose na krize kao što je bolest, smrt ili rođenje hendikepiranog deteta i dr. Zbog svoje esencijalne važnosti za razvoj mladih, adolescencija je period u kojoj se razotkrivaju sve slabosti i propusti u njenom sistemu. Adolescent svoje neslaganje pokazuje otvoreno, burno ili specifično - preuzimajući simptom neadekvatnim ili problematičnim ponašanjem. Zbog toga, naš terapijski sistem uključuje celu porodicu kao i druge članove šire porodice, kada je to neophodno. Terapijski treba da se otklone ometajući faktori u porodici za pravilno odrastanje adolescenta. Naglašavamo, da mi ne prihvatamo raniji stav o „toksičnosti“ porodice, već smatramo da svaka porodica ima potencijal za promenu. U tom smislu, terapijski je važno nevidljive snage i potencijale porodice učiniti vidljivim, koristeći sve resurse uže i šire porodice, što je često presudno za pozitivno menjanje porodice.

Škola: Drugi najvažniji sistem u odrastanju mladih je škola. Pošto najveći deo dana pored porodice, adolescent provodi u školi, izuzetno je važno kako se mlada osoba snalazi i prilagođava zahtevima škole. Nažalost, zbog dugogodišnje krize školskog sistema, pada njenog autoriteta, odnosno daljeg produbljanja negativnog trenda u ovom sistemu zbog nerazumevanja makrosistema, škola ne može uvek da adekvatno prati potrebe adolescenta. U predhodnom periodu, škola kao sistem, svojom organizacijom i autoritetom mogla je da kompenzuje određenu disfunkcionalnost porodice. Sada je obrnuto, probleme koje adolescent ima zbog disfunkcije porodice, često se u školi produbljuju. Međutim, bez obzira sa kakvim se problemima školski sistem suočava, on i dalje ostaje moćan resurs u rešavanju adolescentovih problema. Terapijski je neophodno uključiti predstavnike ovog sistema, pre svih psihopedagošku službu ali i predstavnike administracije, kada je to neophodno (izostanci, disciplinski prekršaji, mogućnost izbacivanja iz škole) sa kojim se pravi plan rešavanja školskih problema adolescenta. Treba naglasiti, da se ovim planom ne traže posebne povlastice u savladavanju nastavnog plana i programa za adolescenta uključeno u terapiju već se traže najefikasniji putevi za rešavanje nagomilanih problema adolescenta u školi. Kroz ovakav saradnički odnos sa školama iznalaze se rešenja za bolje potvrđivanje adolescentovih potencijala u školi kroz različite školske sekcije. Savet roditelja u školi može da bude moćan resurs u pokretanju različitih aktivnosti i sadržaja za zdrav stil života mladih, odnosno za prevenciju bolesti zavisnosti u adolescenciji.

Grupa vršnjaka: U adolescenciji grupa vršnjaka predstavlja nezamenljivu i esencijalno važnu dimenziju za funkcionisanje svakog adolescenta. Zbog još uvek neformirane ličnosti grupa vršnjaka za adolescenta predstavlja alter ego bez koga mlada osoba teško može da samostalno deluje i preduzima akcije. Koji će uticaj grupa vršnjaka da ima na adolescenta zavisi od osnovnog obeležja ponašanje grupe.

Treba da imamo u vidu da adolescent često bira grupu na osnovu stečenog dobrog ili lošeg iskustva u vlastitoj porodici. Tako, doživljaj nerazumevanja u porodici može da zamene „razumevanjem“ vršnjaka koji npr. „duvaju“ marihuanu ali to onda znači da će i sam početi sa zloupotrebom marihuane. Ovakve vršnjačke grupe se najčešće formiraju u školi ili okolini mesta stanovanja („smaranje pred ulazom“). Terapijski je veoma važno neadekvatna druženja zameniti korisnim i za adolescenta kvalitetnijim. Kroz terapiju adolescent treba da obezbedi vršnjake koji neguju zdrav stil života, koji na taj način za njega postaju most za prosocijalne sadržaje ali i mogućnost izgrađivanja kvalitetnijeg druženja i prijateljovanja.

Bolest zavisnosti u adolescenciji zahteva uključivanje i drugih profesionalnih sistema (Centar za soc. rad, policija, sud, druge zdravstvene organizacije) ili organizacija (sportski klubovi, udruženja, verske organizacije) što se procenjuje od slučaja do slučaja⁽²⁷⁾ (Majkić, V. 2009). Međutim, terapijski je esencijalno važno razotkriti i razviti sposobnosti adolescenta da koristi ogromne potencijale i resurse koje ima grad. To znači da adolescent treba da prihvati da njegova moć delovanja zavisi od njegove otvorenosti za potencijale i resurse u zajednici.

Ovakav terapijski koncept treba da se bazira na saradničkom/kolaborativnom odnosu prema problemu adolescenta i njegove porodice. Tradicionalna, hijerarhijska i formalizovana pozicija stručnog tima, gde je česta pojava nametanje jednog profesionalnog stava uz nametanje moći stručnjaka/eksperta, ograničava kvalitet i opseg mogućih rešenja. Saradnički/kolaborativni odnos naglašava ravnopravan, saradnički i partnerski odnos 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.

Abstract

The ability of people to face difficulties and crises in life has been recognized a long time ago. However, this ability, named resilience, had been until two years ago, officially neglected. Resilience represents a new way of understanding and treating people's problems. That is a new paradigm in the field of mental health, a profound turning away from the traditional orientation on pathology/illness (*the damage model*) towards a modern approach focused on strengths and potentials (*the challenge model*). Although, the first research of the resilience was focused on the individual-biological, psychological and other protective factors that shield the individual from the destructive influences of crisis and continual stress. It was recognized that resilience, even biologically conditioned one was developed in context with a relationships. That is the reason why we have, in this work, moved our interest in resilience from the family/relationship resilience to the multiple/ecosystem level, defining the resilience concept in a multilevel, holistic way. It is difficult to imagine a successful family therapy without perceiving the family through the phases of the life cycle. In this stage, the family needs to establish essentially different boundaries which now have to be more flexible in both directions, and that demands a constant change of the adolescent and the parents. Any adolescent behavior, characteristic for this stage of development, can frustrate parents, aware of their own impotence in the attempts to establish control, so the parents' effort should focus on creating flexible boundaries which allow the adolescent to be dependent on the family, but also enable him to acquire experiences outside of the family. The therapy of the family with an adolescent needs to take into account the development dimensions of the adolescent, the life cycle of the adolescent's family and the context in which the family develops and realizes the health of its members and itself as a whole. The multisystem resilience model includes in the adolescent's family therapy is the most important systems in the development of the adolescent, which are interactive and without which it is impossible to understand and solve his problems. The integrative, holistic approach includes in the therapy the adolescent and his immediate family (important extended family members), school representatives, collaborating peers (socially oriented), as well as representatives of other systems (social services, courts, police, professional, sport, religious and other organizations, when necessary.)

LITERATURA

1. Anthony, E.J. & Cohler, B.J. (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.
2. Felsman, J.K. & Vaillant, G. (1987): *Resilient children as adults: A 40-year study*. In Anthony, E.J. & Cohler (Eds), *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.
3. Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992): *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
4. Werner, E.E.: *Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study*. *Development and Psychopathology*. 1993; 5, 503-515.
5. Rutter, M.: *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders*. *British Journal of Psychiatry* 1985; 147, 598-611.
6. Kobasa, S. et al. (1985): *Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness*. In A. Monat & R. Lazarus (eds) *Stress and coping* (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
7. Murphy, I. (1987): *Further reflections on resilience*. In E.J. Anthony & B. Cohler (Eds), *The invulnerable child*, New York: Guilford Press.
8. Norman, C. (1989): *Anatomy of an illness*, in the *Journal of the American Medical Association*.
9. Wolin, S.J. & Wolin, S. (1993): *The resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity*. New York: Villard (prevod: Volin i Volin, *Rezilijentna ličnost*, Beograd, Prosveta, 1996).
10. McCubbin, H.I. & Patterson, J.M. (1983): *The Family stress process: Social stress and the family: Advances in family stress and research*. New York, Haworth Press.
11. Walsh, F. (1995): *From family damage to family challenge*, in R. Mikesell (eds). *Integrating Family therapy: Handbook of family psychology and system theory*. Washington DC: American Psychological Association.
12. Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
13. Walsh, F. (2003). *Normal Family Processes: growing diversity and complexity*. New York: Guilford Press.
14. Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
15. McCubbin, H.I., Thompson, E.A., Thompson, A.I. & Futrell, J. (1997). *The dynamics of resilient families: Qualitative approaches*. Madison: University of Wisconsin System.
16. Rutter, M. (2004): *The Promotion of Resilience in the Face of Adversity*: Cambridge University Press: New York & Cambridge.
17. Majkić, V. (2003). *Procesi rezilijentnosti adolescentnih porodica u uslovima naše krize*. Doktorska disertacija, Beograd: Medicinski fakultet.
18. Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
19. Auerswald, D.: *Interdisciplinary versus ecological approach*. *Family Processes* 1968; 10, 236-280.
20. Garmezy, N.: *Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty*. *American Behavioral Scientist*. 1991; 34, 416-430.
21. Falicov, C.J.: *Training to think culturally: A multidimensional comparative framework*. *Family processes* 1995; 4, 373-388.
22. Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). *Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27(4), 651-688.
23. Liddle, H. A.. *Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs*. *Addiction*, 2004; 99(s2), 76-92
24. Gačić, B. (1995): *Beogradski ekosistemski model u alkoholizmu*, *Alkoholizam*, XXIX, 3-4.
25. Rutter, M. (2003): *Genetic influences on risk and protection: Implication for understanding Resilience*. New York, Cambridge University Press, 489-509.
26. Majkić, V. (2010): *Rezilijentnost adolescentne porodice-snage i potencijali, posebno izdanje*. Zadužbina Andrejević, Beograd.
27. Majkić, V. (2009). *A l'ecoute des adolescents*: Magazine de l'Association de Prevention en Alcologie et Addictologie: Paris.