

## МАЛАДАПТИВНЕ РЕАКЦИЈЕ НА БУЛИНГ КОД АДОЛЕСЦЕНАТА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

**Весна Жунић-Павловић, Ненад Глумбић**

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

*Буллинг се означава употреба физичких, психолошких или директних вербалних акција, од стране појединца или групе, како би се другој нанела физичка или психичка бол (Reynolds, 2003). Реакције на булинг могу да варирају, од благе анксиозности и неадекватности до екстремног дистреса.*

*Циљ овог рада је да утврди ниво анксиозности и стреса повезаних са насиљем у школи код испитаника исподпросечног интелектуалног функционисања. Узорак се састоји од 118 испитаника са лакоим интелектуалном ометеношћу, оба пола, узраста између 12 и 20 година, који похађају тзв. специјалне школе у Београду, Крагујевцу и Сомбору.*

*Анксиозност повезана са доживљајем школе као несигурног и претећег окружења испитана је Скалом анксиозности повезане са насиљем у школи. Димензије психолошког дистреса проистеклог из булинга испитане су применом Скале дистреса повезаног са вршњачким насиљем и виктимизацијом, чијом се применом могу добити скорови интернализације, екстернализације и композитни скор.*

*Установљено је да нешто више од 25% испитаника има повишен ниво анксиозности условљене насиљем у школи. Интернализација психолошких потешкоћа много је чешћа од екстернализације. Клинички сигнификантан ниво оба облика маладаптивног реаговања утврђен је код 13(11%) испитаника.*

*Имајући у виду да виктимизација може да има дуготрајне негативне ефекте на психичко благостање појединца, потребно је да се креирају адекватни превентивни програми који би били усмерени ка изразито вулнерабилној популацији адолесцената са интелектуалном ометеношћу.*

*Кључне речи: виктимизација, булинг, анксиозност, последице*

## УВОД

Прошло је више од тридесет година од када је Олвеус започео са истраживањима булинга у скандинавским земљама. Пионирски радови овог аутора привукли су пажњу великог броја научника и практичара из читавог света који су усмерили своје напоре ка разумевању феномена вршњачког насиља и проналажењу ефективних превентивних програма. Захваљујући обимној литератури из ове области, као и организованим медијским кампањама, унапређена су сазнања стручне и лаичке јавности о природи и типовима, распрострањености, етиолошким факторима и негативним последицама булинга у општој популацији. Са друге стране, на многа питања о карактеристикама булинга код ученика са интелектуалном ометеношћу још увек нема одговора.

Булингом се означава употреба физичких, психолошких или директних вербалних акција, од стране појединца или групе, како би се другоме нанела физичка или психичка бол (Reynolds, 2003:4). Полазећи од тога да је булинг специфичан облик агресије, издвајање појавних облика булинга засновано је на уобичајеној типологији агресивног понашања, па се прави разлика између директног (физичког и вербалног) и индиректног булинга (Lagerspetz, Bjorkqvist, Peltonen, 1988). У литератури се булинг често описује као „систематска злоупотреба моћи“ (Smith, Sharp, 1994:2). Другим речима, за булинг је карактеристично да физички или психички супериорније особе или групе угрожавају оне који су, на неки начин, слабији и да се такав образац понашања понавља и траје током одређеног времена.

У раним радовима ситуација булинга се посматрала као дијадна интеракција у којој учествују насилник и жртва. Касније долази до извесног проширивања дијадног приступа. На пример, прави се разлика између агресивног насилника, који иницира и води виктимизирање друге деце и анксиозног насилника, који га прати (Olweus, 1993). Такође се уводи нова категорија под називом насилник-жртва, јер је примећено да су нека деца истовремено актери и жртве вршњачког насиља (Reynolds, 2003). Савремени аутори критикују дијадни приступ и сматрају да је булинг групни процес у коме, директно или индиректно, учествује већина ученика. Тако посматрано, поред насилника и жртве, могу се уочити и друге улоге у булингу, као што су: подстрекач насилника, помоћник насилника, бранилац жртве и аутсајдер (Salmivalli et al., 1996). И поред оваквог проширивања перспективе, насилник и жртва представљају језгро булинг ситуације, па је у литератури највише пажње посвећено проучавању ових улога. У складу са темом овог рада, у наредном делу биће речи о карактеристикама жртава булинга.

Већина аутора налази да виктимизација показује стабилност током времена, на основу чега се изводи закључак да жртве имају неке карактеристике које служе као „сигнал другима да су несигурне и безвредне особе које неће узвратити уколико их неко нападне или увреди“ (Olweus, 1993:32). У досадашњим истраживањима идентификоване су бројне карактеристике према којима се жртве булинга разликују од друге деце, а то су: академске карактеристике (нпр. слабије развијене интелектуалне способности и слабији школски успех), социјалне карактеристике (нпр. блиски односи са родитељима и непопуларност у вршњачкој групи), менталне карактеристике (нпр. недостатак самопоштовања и анксиозност), физичке карактеристике (нпр. мања физичка привлачност и снага) и интерперсоналне карактеристике (нпр. неадекватна социјална подршка) (Ма, 2004).

Међутим, жртве булинга нису хомогена група, већ се може издвојити неколико типова жртава. Класична типологија подразумева разликовање пасивних или субмисивних жртава и провокативних жртава (Olweus, 1993). Пасивне жртве су анксиозне, несигурне, имају лошу слику о себи, усамљене су и немају ниједног доброг друга, имају негативне ставове према насиљу, а њихове реакције на агресивно понашање друге деце су субмисивне, без пружања отпора. За разлику од њих, код провокативних жртава срећу се и анксиозни и агресивни обрасци реаговања. Сматра се да ова деца имају проблеме са концентрацијом, због чега су хиперактивна и испољавају иритирајуће понашање које може испровоцирати негативне реакције већег броја ученика у одељењу, тако да имају најнеповољнији статус у вршњачкој групи. Посебно је интересантна типологија жртава где су критеријуми класификације три основна елемента булинга – виктимизација, агесија и одбацивање од стране вршњака (Perry, Kusel, Perry, 1988). На тај начин издвојена су три основна типа жртава: жртве одбачене од вршњака због виктимизираности (виктимизирани жртве), жртве одбачене од вршњака због агресивног понашања (агресивне жртве) и жртве одбачене од вршњака због виктимизираности и агресивног понашања (виктимизирани и агресивне жртве).

Изложеност вршњачком насиљу представља озбиљан стрес за дете и може оставити бројне негативне последице које се задржавају и у одраслом добу. У савременој литератури постоји велики број радова у којима се разматрају ефекти виктимизације на различите аспекте животног функционисања. Систематизације ради, неки аутори предлажу груписање последица булинга у одређене категорије и у литератури се може наћи неколико таквих класификација.

Према Рејнолдсу, индивидуалне тешкоће које настају због изложениости насиљу вршњака могу бити интернализоване и екстернализоване, по својој природи (Reynolds, 2003). Код интернализованих тешкоћа примаран симптом је експресија понашања, афекта и когниције која је усмерена ка себи. Ту се убрајају различити проблеми и поремећаји, као што су: забринутост, малодушност, осећања безвредности и беспомоћности, ниско самопоштовање, усамљеност, депресија, анксиозност, суицидалне идеје, соматизација психичких потешкоћа и др. Екстернализоване тешкоће имају за примаран симптом уочљиве бихејвиоралне испаде и поремећаје. Ту се убрајају: љутња, различити облици насилног и импулсивног понашања, опозиционо-пркосни поремећаји и поремећаји понашања.

Ригби наводи четири категорије негативних последица булинга по физичко и ментално здравље:

- низак ниво психичког задовољства, односно непријатна ментална стања праћена нерасположењем, ниским самопоштовањем, бесом и тугом
- лоша социјална прилагођеност, која укључује аверзију према неком социјалном окружењу (школи), усамљеност, изолацију и изостајање из школе
- психолошке тешкоће, које су озбиљније у односу на претходне категорије и најчешће подразумевају висок ниво анксиозности, депресије и суицидалних идеја
- физичке болести, односно медицински дијагностиковани поремећаји који могу бити и психосоматске природе (Rigby, 2003).

Неки аутори сматрају да треба правити разлику између краткорочних и дугорочних ефеката виктимизације (Smokowski, Kopasz, 2005). У краткорочне ефекте убрајају се осећање изолованости и неуспешности, као и неки ментални поремећаји (анксиозност, депресија, поремећаји исхране и др.). Поред тога, жртве булинга често изостају из школе, имају слабији школски успех, усамљене су или одбачене и имају изражен страх од одласка у школу који може довести до развоја психосоматских симптома. У зависности од врсте булинга којој су изложене, жртве могу задобити физичке повреде или им може бити уништена имовина. Понекад жртве крше правила понашања како би избегле сукоб са насилником (нпр. краду, носе оружје и сл.) и тако долазе у ситуацију да буду дисциплински кажњене. Дугорочним негативним ефектима виктимизације сматрају се ниже академско и професионално постигнуће, дуготрајни ментални поремећаји, као и

проблеми у успостаљању квалитетних интерперсоналних односа у одраслом добу.

И поред знатног напретка сазнања о последицама булинга, још увек су присутне бројне дилеме. Рецимо, још увек није познато који облик булинга оставља најтеже последице. Уобичајено мишљење је да највећу опасност носи релациони булинг којим се кидају социјалне везе, мада нека истраживања откривају негативни кумулативни ефекат различитих форми булинга (Rigby, 2003). Надаље, поједини аутори изражавају сумњу у погледу доприноса виктимизације у настајању психолошких проблема код жртава и полемишу о томе да ли су ментални поремећаји узрок или последица виктимизације (Arseneault et al., 2006). Полазећи од тога да насилници не бирају жртве случајно, оправдано је претпоставити да нека деца својим понашањем изазивају виктимизацију, што посебно важи за децу са симптомима менталних поремећаја. Каснији проблеми у прилагођавању ове деце могу бити наставак проблема који су постојали и пре виктимизације. Очигледна је потреба за даљим истраживањима која ће дати одговоре на оваква питања.

На самом почетку је истакнуто да булинг у популацији ученика са интелектуалном ометеношћу није довољно истражен. Претходна разматрања базирају на резултатима истраживања у општој популацији, па је оправдано очекивати извесне разлике код ученика са интелектуалном ометеношћу. Раније описане типичне карактеристике жртава булинга умногоме важе за ученике са интелектуалном ометеношћу, на основу чега се изводи логичан закључак о њиховој већој вулнерабилности и учесталијој виктимизацији. На основу истраживања у општој популацији, већина аутора износи податке да је око 30% ученика некада било жртва булинга, а да је 5-10% било виктимизирао током дужег временског периода (Olweus, 1993; Perry, Kusel, Perry, 1988). Сличне податке налазимо и у истраживањима која су рађена у Србији (Павловић, Жунић-Павловић, 2008; UNICEF, 2010). Преглед савремене литературе открива да је мало емпиријских података о виктимизацији ученика са интелектуалном ометеношћу, јер су досадашња истраживања углавном рађена на општијој категорији ученика са различитим врстама ометености. Према неким ауторима, учесталост виктимизације у популацији ученика са ометеношћу износи преко 50% (Doren, Bullis, Benz, 1996). Резултати компаративних студија откривају два до три пута учесталију виктимизацију ученика са ометеношћу у односу на остале ученике (O'Moore, Hilleri, 1989; Whitney, Smith, Thomson 1994). Ипак, није установљено да су ученици са интелектуалном ометеношћу чешће жртве вршњачког насиља у односу на ученике са другим облицима ометености (Sveinsson, 2005). Недавно, у једном нашем истраживању је, при-

меном Рејнолдсове скале за процену насиља и виктимизације у школи (*Reynolds Bully Victimization Scales for Schools*, Reynolds, 2003), испитан 61 ученик са интелектуалном ометеношћу (Глумбић, Жунић-Павловић, 2010). Клинички ниво виктимизације, који обично укључује изложеност физичком насиљу у комбинацији са другим облицима булинга, откривен је код четири ученика (6,5%).

Иако је мало емпиријских података о специфичним ефектима булинга на ученике са интелектуалном ометеношћу, чињеница да су они чешће изложени виктимизацији оправдава претпоставку о истим или чак тежим негативним последицама вршњачког насиља у односу на општу популацију. Ово истраживање је предметно усмерено ка сагледавању различитих последица булинга код ученика са интелектуалном ометеношћу, односно интернализованих и екстернализованих тешкоћа, као и анксиозности која настаје због страха од насиља у школи.

## МЕТОД

### Узорак

Узорком је обухваћено 118 испитаника са лако интелектуалном ометеношћу, старости између 12 и 20 година ( $AC = 16,65$ ;  $CD = 1,765$ ). Сви испитаници похађају основне или средње школе за децу са интелектуалном ометеношћу у Београду, Крагујевцу и Сомбору. Несразмерно велики број испитаника мушког пола (89 – 75,4%) у односу на испитанике женског пола (29 – 24,6%), одсликава диспропорционалну заступљеност адолесцената мушког пола у тзв. специјалним школама. Велики број испитиване деце (45 – 38,1%) живи у дому, док остали испитаници живе у својим примарним породицама. Из узорка су искључени испитаници са дуалним дијагнозама.

### Инструмент и процедура испитивања

За процену психолошких реакција на вршњачко насиље коришћене су две скале: Скала анксиозности повезане са насиљем у школи (*School Violence Anxiety Scale*, SVAS, Reynolds, 2003) и Скала дистреса повезаног са вршњачким насиљем и виктимизацијом (*Bully-Victimization Distress Scale*, BVDS, Reynolds, 2003). Обе скале су Ликертовог типа, са четворостепеним системом оцењивања.

Доживљај школе као несигурног и застрашујућег окружења и анксиозност која из тог доживљаја проистиче мери се SVAS-ом. Ова скала

се састоји из 29 ајтема којима су покривена сва три домена анксиозности: когнитивни, физиолошки и бихејвиорални. Ниво анксиозности се изражава кроз композитни скор који се добија сабирањем скорова на појединачним ајтемима. С друге стране, на BVDS се, осим композитног скорa, могу добити и скорови интернализације (21 ајтем) и екстернализације (14 ајтема) чија вредност указује на облике дистреса условљеног вршњачким насиљем.

Сирови скорови на SVAS-у, BVDS-у у целини, као и на подскалама интернализације и екстернализације, конвертовани су у Т скорове. На основу вредности Т скорова за сваку од наведених скала и подскала испитаници су груписани у четири категорије које ће бити презентоване у поглављу о резултатима истраживања.

Иако се наведене скале обично користе за групно тестирање, у овом истраживању оне су попуњаване на основу разговора са сваким испитаником током кога је испитивач, по потреби, објашњавао значење појединих ајтема. Индивидуално испитивање било је неопходно с обзиром на ограничене когнитивне потенцијале и низак ниво писмености адолесцената са лако м интелектуалном ометеношћу.

Подаци о узрасту, полу, степену интелектуалне ометености и начину становања преузети су из школске документације.

Добијени подаци приказани су облику бројева и процената, док је повезаност између Т скорова утврђена израчунавањем Пирсоновог коефицијента корелације.

## РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

У Табели 1 приказани су резултати испитаника на коришћеним скалама у односу на степен испољавања анксиозности и дистреса.

**Табела 1 – Степен анксиозности и дистреса**

нивои	SVAS		BVDS интернализација		BVDS екстернализација		BVDS укупно	
	n	%	n	%	n	%	n	%
нормалан	88	74,6	86	72,9	103	87,3	84	71,2
клинички значајан	15	12,7	8	6,8	10	8,5	13	11,0
умерено тежак	7	5,9	9	7,6	2	1,7	10	8,5
тежак	8	6,8	15	12,7	3	2,5	11	9,3
Σ	118	100,0	118	100,0	118	100,0	118	100,0



Нешто више од четвртине испитаника (25,4%) има повишен ниво анксиозности која се може довести у везу са школским насиљем. Клинички значајан ниво анксиозности испољава 15 (12,7%), умерено тежак 7 (5,9%), а тежак 8 (6,8%) адолесцената са лакоом интелектуалном ометеношћу. Истраживања других аутора показују да је ниво анксиозности мерене SVAS-ом значајно већи код испитаника ометених у развоју у односу на контролну групу испитаника из опште популације (Saylor, Leach, 2009). Анализа појединачних ајтема показује да су когнитивни аспекти анксиозности, испољени у облику забринутости и страха, најизраженији код испитаника са лакоом интелектуалном ометеношћу. Половина испитаника је нервозна у контакту са „злом децом“, док се 40% њих брине због лоших ствари које би им се могле догодити у школи. Од физиолошких аспеката анксиозности највише је изражено знојење шака (код сваког трећег испитаника), док су бихејвиоралне манифестације стреса, које укључују избегавање анксиогених стимулуса, врло ретке. Претпостављамо да испитаници снижених когнитивних способности немају у довољној мери развијене социјалне вештине које би им помогле у превазилажењу стреса изазваног вршњачким насиљем, удаљавањем из окружења које такав стрес генерише.

Судећи према резултатима приказаним у Табели 1 испитаници са лакоом интелектуалном ометеношћу далеко су склонији интернализацији, него екстернализацији психолошких проблема условљених булингом. Висок ниво интернализације уочен је код 32 (27,1%) испитаника, при чему је чак 15 (12,7%) испитаника склоно најтежим формама интернализације потешкоћа. Детаљнијом анализом појединачних ајтема долазимо до закључка да осећања туге и незадовољства због задиркивања и малтретирања, али и забринутост да ће друга деца говорити нешто лоше о њима представљају најчешће форме интернализације. Екстернализација психолошких потешкоћа детектована је код 15 (12,7%) испитаника. Ајтем анализа показује да на композитни скор у овој области највише утицаја имају ајтеми који се односе на испољавање љутње и беса због насиља у школи (преко 50% испитаника), док је губитак стрпљења и жеља да се насилницима узврати истом мером забележена код сваког трећег испитаника. Бројчин (2007) детектује повишен ниво екстернализовања проблема код 38,33% испитаника са лакоом интелектуалном ометеношћу узраста између 8 и 16 година. Исти аутор налази да у функцији узраста опада број испитаника са израженим склоношћу ка екстернализацији психолошких потешкоћа. С обзиром на то да су испитаници обухваћени нашим узорком нешто старији, логично је очекивати и мању учесталост екстернализованих форми маладаптивног понашања.



На укупну вредност скорa на BVDS најзначајнији утицај имају скорови на подскали интернализације. Тотални скор на овој скали указује на глобални степен дистреса који има натпросечне вредности код 34 (28,8%) испитаника.

Корелација Т скорова остварених на појединачним скалама и подскалама приказана је у Табели број 2.

**Табела 2 – Корелација Т скорова на SVAS-у и BVDS-у (n=118)**

	Интернализација	Екстернализација	BVDS у целини
SVAS	0,780	0,621	0,758
Интернализација		0,747	0,939
Екстернализација			0,928

Корелација између свих коришћених тестова је позитивна, висока и статистички сигнификантна ( $p < 0,01$ ). Анксиозност условљена вршњачким насиљем очекивано нешто више корелира са степеном интернализације, него са степеном екстернализације психолошких проблема. Корелација сваке од подскала на BVDS у односу на скалу у целини указује на солидну конструктивну валидност коришћеног теста. Оно што донекле изненађује је висока, позитивна, статистички значајна корелација између Т скорова на Скали интернализације и Скали екстернализације. Истраживања италијанских аутора на адолесцентима са интелектуалном ометеношћу не указују на значајније интеркорелације у овој области (Masi et al., 2002). На овако високу вредност коефицијента корелације највећи утицај имају ниски скорови, у оквиру нормалних вредности за обе форме испољавања дистреса. Међутим, скорови испитаника приказани у форми табеле контингенције отварају могућност и за додатне интерпретације.

Анализа резултата приказаних у Табели 3 показује да 84 испитаника има ниске скорове на обе подскале; да су високе вредности скорова на Скали интернализације забележене код 19 испитаника, док само два испитаника имају класичне форме екстернализације психолошких потешкоћа. Занимљиво је, међутим, да 13 (11%) испитаника има високе скорове на обе подскале. Код ових испитаника се осећање мање вредности, безнадежности и субјективно искуство анксиозности и стреса комбинују са бесом, физичким насиљем, „acting-out“ понашањем и осталим облицима екстернализације психолошких потешкоћа.

Табела 3 – Однос нивоа интернализације и екстернализације

Нивои интернализације	Нивои екстернализације				
	нормалан	клинички значајан	умерено тежак	тежак	∑
нормалан	84	2	0	0	86
клинички значајан	6	2	0	0	8
умерено тежак	7	2	0	0	9
тежак	6	4	2	3	15
∑	103	10	2	3	118

### ЗАКЉУЧАК

Спроведено истраживање показује да сваки четврти адолесцент са лаком интелектуалном ометеношћу испољава повишен ниво анксиозности која се може довести у директну везу са вршњачким насиљем. Маладаптивне реакције на вршњачко насиље чешће се испољавају у форми интернализације психичких потешкоћа (туга, незадовољство, забринутост, страх, губитак самопоштовања...), него у облику екстернализације проблема (напади беса, осветничке акције и сл.). Код 11% испитаника забележени су високи скорови у оба домена маладаптивног понашања.

Дугорочне последице вршњачког насиља које су детаљно описане у релевантној литератури и специфична вулнерабилност адолесцената са лаком интелектуалном ометеношћу указују на наопходност превенције вршњачког насиља и креирања програма усмерених на ублажавање његових последица.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Arseneault, L., Walsh, E., Trzesniewski, C., Newcombe, R., Caspi, A., Moffitt, T. E. (2006). Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: A nationally representative cohort study. *Pediatrics*, **118**(1), 130-138.
2. Бројчин, Б. (2007). Прагматска компетенција деце са лаком менталном ретардацијом, Докторска дисертација, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд.
3. Doren, B., Bullis, M., Benz, M. (1996). Predictors of victimization experiences of adolescents with disabilities in transition. *Exceptional Children*, **63**(1), 7-18.

4. Glumbić N., Žunić-Pavlović V. (2010). Bullying behavior in children with intellectual disability, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, **2**(2), 2784-2788.
5. Lagerspetz, K. M. J., Bjorkqvist, K., Peltonen, T. (1988). Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11- to 12-year-old children. *Aggressive Behavior*, **14**(6), 403-414.
6. Masi, G., Brovedani, P., Mucci, M., Favilla, L. (2002). Assessment of anxiety and depression in adolescents with mental retardation, *Child Psychiatry and Human Development*, **32**(2), 227-237.
7. Ma, X. (2004). Who are the victims?. In C. E. Sanders, G. D. Phye, *Bullying: Implications for the classroom* (pp. 20-35). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
8. Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Malden, MA: Blackwell Publishers.
9. O'Moore, A. M., Hillery, B. (1989). Bullying in Dublin schools. *Irish Journal of Psychology*, **10**(3), 426-441.
10. Павловић, М., Жунић-Павловић, В. (2008). Планирање школских програма превенције вршњачког насиља. *Настава и васпитање*, **57**(3), 318-337.
11. Perry, D. G., Kusel, S. J., Perry, L. C. (1988). Victims of peer aggression. *Developmental Psychology*, **24**(6), 807-814.
12. Reynolds, W. M. (2003). *Reynolds Bully Victimization Scale for Schools Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
13. Rigby, K. (2003). Consequences of bullying in schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **48**(9), 583-590.
14. Salmivalli, C., Lagerspetz, K. M. J., Björkqvist, K., Österman, K., Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, **22**(1), 1-15.
15. Saylor, C. F., Leach, J. B. (2009). Perceived bullying and social support in students accessing special inclusion programming, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21:69-80.
16. Smith, P. K., Sharp, S. (1994). *School bullying: Insights and perspectives*. London, UK: Routledge.
17. Smokowski, P. R., Kopasz, K. H. (2005). Bullying in school: an overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies. *Children and Schools*, **27**(2), 101-110.
18. Sveinsson, A. V. (2005). School bullying and disability in Hispanic youth: Are special education students at greater risk of victimization by school bullies than non-special education students? *Doctoral Dissertation*. Tuscon, AZ: University of Arizona.
19. UNICEF. (2010). *Школа без насиља*. [www.unicef.rs/skola-bez-nasilja.html](http://www.unicef.rs/skola-bez-nasilja.html), приступљено 14.5.2010.
20. Whitney, I., Smith, P. K., Thompson, D. (1994). Bullying and children with special educational needs. In P. K. Smith, S. Sharp (Eds.), *School bullying: Insights and perspectives* (pp. 213-240). New York: Routledge.

## MALADAPTIVE RESPONSES TO BULLYING IN ADOLESCENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITY

VESNA ŽUNIĆ-PAVLOVIĆ, NENAD GLUMBIĆ  
Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

### SUMMARY

Bullying refers to the use of physical, psychological, or direct verbal means either individually or in a group, to cause physical or psychological distress to others (Reynolds, 2003). Responses to bullying can vary from mild anxiety and discomfort to extreme distress.

The objective of this article is to determine severity level of anxiety and distress related to school violence in students with sub average intellectual functioning. The sample consisted of 118 participants with mild intellectual disability, of both sexes, aged from 12 to 20. All of them attended so called special schools in Belgrade, Kragujevac and Sombor.

Students' anxiety about schools as unsafe or threatening environments was determined by the School Violence Anxiety Scale. Dimensions of students' psychological distress specific to being bullied was determined using the Bully-Victimization Distress Scale, which provides Internalizing distress score, Externalizing distress score as well as composite score.

It was revealed that slightly more than 25% of the participants experienced elevated level of anxiety related to school violence. Internalizing problems occurred more frequently than externalizing ones. However, clinically significant levels of both, internalizing and externalizing maladaptive responses, were found in 13 (11%) participants.

Having in mind that victimization could have long-lasting negative impacts on psychological wellbeing, it necessary to provide adequate preventive programs directed to highly vulnerable population of adolescents with intellectual disability.

KEY WORDS: victimization, bullying, anxiety, consequences

## КЛИНИЧКА ИСПОЉАВАЊА, ДИЈАГНОЗА И ТРЕТМАН ДЕПРЕСИЈЕ КОД ОСОБА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

*Ивона Милачић Видојевић, Нада Драгојевић*

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

*Циљ:* Циљ овог рада је приказ релевантних истраживачких и прегледних радова о депресији код особа са интелектуалном ометеношћу публикованих у периоду 1980-2010.

*Резултати:* Последњих година нагласак је био на препознавању симптома депресије код особа са ИО и мерењу на свим нивоима ИО. Насупрот томе, мало пажње је поклоњено изучавању узрока и психосоцијалних фактора депресије или психолошком третману депресије.

*Закључак:* Овај рад осветљава важна питања клиничких манифестација, дијагнозе и третмана депресије у популацији особа са интелектуалном ометеношћу.

*КЉУЧНЕ РЕЧИ:* интелектуална ометеност, депресија, дијагноза, третман

### УВОД

Депресија је један од најчешћих психијатријских поремећаја, а ипак је често непрепозната, недијагностикована и нетретирана код особа са интелектуалном ометеношћу (ИО). Један од разлога тежег препознавања депресије код особа са ИО, нарочито код особа са тежим облицима ИО, лежи у томе што неки дијагностички критеријуми депресије (нпр. осећање безнадежности, осећање кривице, суицидална идеација и сл.) зависе од развојног нивоа и не могу се установити код особа које имају ограничене језичке и концептуалне способности. Питања да ли особе са ИО имају јединствену и различиту симптоматологију

и да ли манифестују кључне симптоме депресије карактеристичне за општу популацију дуго година су доминирала у истраживањима. Истраживања специфичних симптома или „бихејвиоралних еквивалента“ била су ограничена проблемима валидности који су проистицали из модификација стандардних дијагностичких критеријума, као и проблемима конструисања поузданих инструмената процене. Напредак у овом подручју зависи од постизања сагласности међу истраживачима о томе како се депресија манифестује код особа са ИО и како се може поуздано установити и проценити.

### Депресија и интелектуална ометеност

О депресији код особа са интелектуалном ометеношћу (ИО) писало се још у 19. веку (Wilbur, 1877; Clouston 1883). Hurd (1888) је истраживао заједничко појављивање ИО и депресије. Ипак, од краја 19. века до средине 20. века клиничари су указивали да се депресија не појављује код особа са ИО (Earl, 1961). Ово веровање се заснивало на психоаналитичкој традицији, доминантној традицији у области психијатрије и психологије у то време. Према психоаналитичкој теорији супереего је нужан услов за појаву депресије, а како је код особа са ИО супереего неразвијен, сматрало се да не могу доживети ни депресију. Ипак, развијавши се са психоаналитичком традицијом, Меноласкино (Menolascino, 1969) је указивао на појаву депресије код особа са ИО. Од 1980. до данас психијатријски поремећаји код особа са ИО су добили заслужену пажњу у литератури (Sturmer&Sevin, 1993). Већина истраживања са популацијом особа са ИО, фокусирали су се на клиничке манифестације афективних поремећаја, нарочито депресије (Bergman, 1991; Campbell&Malone 1991; Meins, 1995).

### Преваленција депресије

Преваленција депресије код особа са ИО тек треба тачно да се утврди. Постојећи подаци се морају примити с мером опреза, због могућих методолошких грешака од којих су неке: непрецизно коришћење термина „депресија“ (у значењу сниженог расположења, једне депресивне епизоде или биполарног афективног поремећаја), питање репрезентативности узорка или потенцијалне грешке у примени дијагностичких критеријума. Преваленција депресивне епизоде код особа са интелектуалном ометеношћу креће се од 2-7%, а у општој популацији од 3-5%. Депресија је присутна на свим узрастима и чешћа је код жена него код мушкараца. Још немамо довољно података о преваленцији депресив-

ног поремећаја у различитим периодима живота нити о повезаности астепена ометености и етиолошких фактора са заступљеношћу депресије код особа са ИО.

## ЕТИОЛОШКИ ФАКТОРИ

### Генетски фактори

Поставља се питање да ли код особа са интелектуалном ометеношћу повезаном са одређеним синдромима расте могућност развоја депресивне болести у поређењу са другим особама са и без ИО. Особе са Дауновим синдромом или Фрагилним X синдромом представљају две ризичне групе. Компаративне студије (породичне, студије близанаца и усвојених особа) спроведене у општој популацији због методолошких разлога нису спроведене у популацији особа са ИО.

### Органски мождани поремећаји

Случајеви тежих облика ИО повезани су са поремећајима у структури мозга. Мождана оштећења повећавају могућност промене расположења, промена у понашању, личности и језику. Присуство епилепсије такође повећава ризик обољевања од поремећаја расположења.

### Коегзистирајући физички или психијатријски поремећај

Присуство физичке или психијатријске болести предиспонира почетак депресивне епизоде. Физички коморбидитет је чест код особа са ИО и ствара ризик за појаву депресију. Депресивни симптоми могу бити присутни и код особа са ИО и психијатријским поремећајем, нарочито код особа с деменцијом (Burt и сар., 1992) и анксиозним поремећајем.

### Социјални фактори

Ограничене информације су доступне о повезаности ефеката „животних догађаја“ и појаве депресије код особа са ИО. Ипак изгледа да је депресија повезана са одређеним социјалним факторима (Reiss&Benson, 1985). Већина особа са ИО је изложена већем броју социјалних стресова. Они укључују здравствене тегобе, незапосленост, стигматизацију, мали приход, мали број блиских односа, губитак социјалне подршке.



Не постоје јасни докази у погледу каузалних односа између ових фактора и депресивне епизоде, али је могуће нпр. да су осећање беспомоћности и усамљености фактори у етиологији депресије. Због смањене могућности превладавања особе са ИО су вулнерабилније од особа без ИО у стресним животним ситуацијама.

Хелсел и Мејтсон (Helsel & Matson, 1988) указују на значајну корелацију између неразвијених социјалних вештина и депресије код особа са ИО. Рос и Оливер (Ross & Oliver, 2003) указују на то да низак ниво социјалне подршке и слабе вештине комуникације доприносе депресији код особа са ИО. Истраживачи су такође указали да је избегавање социјалних контаката клиничка особеност депресије код особа ИО (Esbensen et al., 2003). Студија ризико фактора психолошких поремећаја код деце и адолесцената са ИО (Hastings et al., 2004) указује на то да постојање неповољних животних догађаја може да буде предиктор појаве поремећаја расположења. У студији која укључује одрасле особе са ИО (Hastings et al., 2004), излагање једном или већем броју неповољних догађаја у претходној години повећава могућност појаве афективног поремећаја. На повезаност депресије и историје трауме, нарочито код жена са ИО указују две студије (Lunsky, 2003; Sequetia и сар., 2003). Пол, усамљеност, недостатак породичне подршке и стрес су ризико фактори за појаву депресије (Lunsky, 2003). Усамљеност, стрес и недостатак социјалне подршке су чешћи код особа које испољавају суицидалну идеацију него код других (Lunsky, 2004).

### Психолошке теорије

Многе психолошке теорије су покушавале да објасне појаву депресије код опште популације. У објашњавању појаве депресије код особа са ИО постављене су две теорије. Први је модел „научене беспомоћности“ који се базира на теорији оперантног учења (Селицмен, 2008) депресије настају као резултат понављаних доживљаја немогућности „бекства“ од аверзивног стимулуса. Немогућност контроле исхода догађаја ствара осећање беспомоћности које се активира у свакој следећој проблем ситуацији и инхибише сваки покушај решавања проблема. Према наведеној теорији беспомоћност је довољан узрок депресије. Други је модел „социјалне изолације“ који се базира на теорији социјалног учења. Депривација у социјалним контактима доводи до понашања које је аналогно клиничкој депресији.

## Класификација депресије

Не постоји стандардан класификациони систем за дијагнозу депресије код особа са ИО (Clark et al., 1991). Ајнфелд и Аман (Einfeld & Aman, 1995) сматрају да депресија може имати различиту симптоматологију зависно од нивоа интелектуалног функционисања.

## Дијагноза депресије

У клиничкој пракси депресивна епизода се дијагностикује стандардном психијатријском проценом која укључује историју тренутних проблема, психијатријску историју, породичну, историју досадашњег лечења, преглед информација од стране других стручњака (медицинска сестра, психолог, социјални радник, лекар), испитивање менталног стања, соматска испитивања, примену дијагностичког водича.

Спектар симптома повезаних са депресијом у општој популацији може бити присутан и код особа са ИО (Cooper&Collacott, 1996). Најчешћи клинички симптоми депресивне епизоде су: снижено расположење, иритабилност, анхедонија, смањен апетит, промене у моторној активности, поремећај спавања, умор, смањење концентрације, повлачење, агресивност, плачљивост, губитак интересовања, снижене социјалне активности. Мање чести симптоми су: губитак тежине, осећање кривице, соматске жалбе, самоповређивање, уништавање имовине, дневна променљивост расположења, губитак либида, губитак самопоздања, констипација, анксиозност, опсесије/компулсије. Ређи симптоми су: суицидална размишљања, промене у сексуалној активности, халуцинације, поремећаји исхране, хипохондрија. Ређе се извештава о когнитивним аспектима депресије, као што су оштећење памћења, губитак концентрације или немогућност јасног мишљења. Размишљања о смрти, кривици или суициду, као и перцептивне обман, такође нису чести симптоми. Биолошке промене повезане са депресијом (психомоторна ретардација, поремећај спавања, губитак апетита, тежине и дневна променљивост расположења) су чешће.

Више фактора утиче на клиничка испољавања депресије. Један од најзначајнијих је тежина ИО. Депресивни поремећај се код особа с граничном или лаком ИО испољава слично као и код особа опште популације. Рајд (Reid, 1972) сматра да депресија може бити дијагностикована код особа са граничном или благом ИО коришћењем стандардних дијагностичких критеријума (DSM-III). Шимански и Бидерман (Shymansky i Biederman, 1984) указују да особе са лаком и умереном ИО вербализују своје депресивне симптоме, укључујући и депресивно расположење ко-

је је суштински симптом депресије. Дијагноза депресије код особа са лаком и умереном ИО се базира на самоизвештавању о расположењу, понашању, когницији и вегетативном функционисању (Lowry, 1993). Кројзе (Kroese, 1997) сматра да особе са лаком и умереном ИО могу дати поуздане исказе приликом коришћења модификованих скала за процену депресије код особа опште популације. као што су Ревидирана верзија Бековог инвентара депресије (Beck Depression Inventory; Beck et al., 1961) и Зунгова Скала депресије (Self Rating Depression Scale, Zung, 1965). Ипак, самоизвештаји особа са лаком и умереном ИО могу бити непоуздани због тешкоћа памћења, сиромашног језика или склоности ка давању социјално пожељних одговора (Stenfert & Kroese, 1997). Нађено је (Sovner & Pary, 1993) да особе са ИО током интервјуа покушавају да минимизирају стрес и дају социјално пожељне одговоре.

Совнер (Sovner, 1986) је указао на ограничења стандардних критеријума за дијагностиковање депресије код одраслих особа са тежом и тешком ИО. Према Мајнсу (Meins, 1995) DSM критеријуми се делимично могу применити на особе са тежом и тешком ИО због тешкоће самоизвештавања. Такође, дијагноза депресије у популацији особа са ИО представља изазов због дијагностичког препокривања. Препокривање је присписивање психопатологије интелектуалној ометености, а не психијатријском поремећају (Sovner, 1986).

Павларчик и Беквит (Pawlarcyck & Beckwith, 1987) у приказу депресивних симптома код особа са тежом и дубоком ИО указују на повећану фреквенцију депресивног расположења, психомоторног поремећаја укључујући хиперактивност, летаргију и мутизам. Такође су нашли анхедонију, поремећај спавања, поремећај одржавања тежине или поремећај апетита код особа са тежом и дубоком ИО. У овој популацији депресија је повезана са социјалним повлачењем, соматским жалбама, повећаном зависношћу, иритабилношћу, поремећајем вегетативног функционисања (Warren et al., 1989). Прачер и Хал (Pracher & Hall, 1996) сматрају да је психомоторна ретардација повезана с тешком и дубоком ИО. Неки истраживачи су указали на „атипичне симптоме“ или „депресивне еквиваленте“ као што су агресивност и самоповређујуће понашање као индикативне за депресију код особа са ИО (Martson et al., 1997). С депресијом се повезују и маладаптивно понашање и/или смањење адаптивних вештина (Sovner & Lowry, 1990). Езбенсен и сар. (Esbensen et al., 2003) су указали на то да је изазивајуће понашање у корелацији са нивоом ИО. Марфи (Murphy, 1994) сматра да изазивајуће понашање има мултифакторску етиологију. Рајд (Reid, 1972) сматра да дијагноза депресије код особа са тешком или дубоком ИО треба да се базира на бихејвиоралној опсервацији обрасца спавања и добитка или губитка тежине.

Дејвис и сар. (Davis et al., 1997) сматрају да стандардни дијагностички критеријуми захтевају модификацију јер не укључују бихејвиоралне промене које су главни фактор депресије код особа са тешком и дубоком ИО. Модификовани дијагностички критеријуми имају ограничење у погледу поузданости и валидности. Као решење проблема стандардних дијагностичких критеријума за ову популацију, развијао се концепт важности бихејвиоралних симптома. Клиничари су идентификовали бихејвиоралне симптоме који не захтевају вербалне извештаје клијената, а који се повезују са психијатријским поремећајем (Sturmey, 1998), као што су иритабилно расположење, депресивни афекат, поремећај спавања, поремећај апетита, анхедонија, социјална изолација и психомоторна агитација. Процентом депресивних симптома који су фокусирани на понашање клиничари могу да дијагностикују депресију код особа са тешком и дубоком ИО. Дијагноза депресије код особа са ИО се доноси уколико особа у периоду од две недеље испољава одређен кластер бихејвиоралних симптома и испољава друге симптоме повезане са депресивним афектом или смањеним интересовањима за омиљене активности.

Три студије нису пружиле подршку становишту о бихејвиоралним еквивалентима или атипичним симптомима депресије. Циорјус и сар. (Tsouris et al., 2003) нису поновили налазе Марстона и сар. (Marston et al., 1997) да су самоповређујуће понашање, вриштање и агресивност еквиваленти депресивних симптома код особа са тежом и дубоком ИО. Изазивајуће понашање није било повезано са депресијом код 92 особе са различитим степеном ИО, па је сматрано неспецифичним индикатором реаговања на стрес. Према ДСМ-IV, суштински симптоми депресије (депресивни афект, поремећај спавања и губитак тежине) присутни су код особа с тежом и дубоком ИО. Закључак је био да су ови симптоми централни у процењивању депресије. Важно је разумевање односа између изазивајућег понашања и депресије и односа између нивоа ометености и форме агресивног испољавања. У једној студији о самоповређујућем понашању код особа са тежом и дубоком ИО, депресија се показала као најзначајнији психијатријски поремећај, присутан у скоро половини испитаног узорка тј. код 12 од 26 испитаника (Tsouris, 2003). Депресија није била дијагностикована код ових особа пре испитивања, а увођење антидепресивних медикамената је утицало на смањење самоповређујућег понашања.

Смајли и Купер (Smiley & Cooper, 2003) су објавили рад о депресији и дијагностичким критеријумима за психијатријске поремећаје код особа са тешкоћама учења (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities, DC-LD). Упоредили су

налазе тринаест студија о депресији код одраслих особа са ИО. Неки симптоми депресије су чести у општој популацији и у популацији особа са ИО: депресивно расположење, анхедонија, поремећај спавања и апетита, психомоторна агитација/ретардација. Многи симптоми који су чести код особа са ИО не појављују се у стандардним дијагностичким критеријумима: иритабилност, лабилност расположења, пораст агресивног понашања или другог проблематичног понашања, плачљивост, смањен опсег комуникације и говора, социјално повлачење или изолација, повећање соматских жалби. Симптоми као што су осећање бескорисности, осећање кривице, честа размишљања о смрти или покушај суицида нису чести код особа са ИО, нарочито код особа с тежим облицима ИО. Симптоми који су заједнички у обе популације, као и атипични симптоми карактеристични за популацију особа са ИО, унети су у ДЦ-ЛД критеријуме за депресивну епизоду, а когнитивни критеријуми нису укључени. Појава или интензивирање агресивног понашања сматра се потенцијалним суштинским симптомом расположења (бихејвиорална манифестација иритабилности). Извештај Смајлија и Купера (Smiley & Cooper, 2003) утицао је на развој модификованих дијагностичких критеријума.

Процена и дијагноза депресије код особа са ИО остаје проблематична и није необично да се ова болест тешко открива код одређених група особа као што су особе са аутизмом, деменцијом, особе са тежом и дубоком ИО, особе са додатним медицинским проблемима (дијабетес, епилепсија, болести срца, сензорна оштећења) особе које примају високе дозе неуролептика, особе са дуготрајном „одигравајућим“ понашањем (агресивно понашање, самоповређујуће, хиперактивно).

У развоју инструмената који олакшавају и побољшавају клиничку процену депресије начињен је велики напредак.

### Дијагностички инструменти и скале

Постоји велики напредак у развоју инструмената за процену депресије. Ови инструменти побољшавају свакодневну клиничку праксу истраживачку делатност. Они унапређују детекцију, смањују дијагностичка неслагања, побољшавају третман, омогућавају поређење између различитих истраживања, помажу у планирању услуга и поспешују комуникацију између лекара и пацијента.

Четири студије публиковане последњих година користе стандардизоване мерне инструменте с малим модификацијама који показују адекватну унутрашњу поузданост када се примењују код особа са лаком и умереном ИО (Kellett i sar., 2003; Powell, 2003; Lunskey, 2003; Glenn i sar.,

2003). Остаје отворено питање да ли су ови инструменти применљиви и код особа са тежим облицима ИО, с обзиром на њихове тешкоће у извештавању о афективним стањима. Забринутост у погледу коришћења стандардизованих мерних инструмената за процену депресије у популацији одраслих особа са ИО односи се на питање да ли инструмент може да „ухвати“ јединственост депресивних симптома код ових особа. Чак и за особе са лаком и умереном ИО, код којих депресивни симптоми личе на депресивне симптоме особа опште популације, примена стандардизованих мера можда није одговарајућа.

Развијен је алтернативни начин мерења с циљем процене симптома депресије код особа са ИО. Глазгов скала за процену депресије код особа са ИО (Glasgow Depression Scale for People with a Learning Disability, Cuthill, F. Espie, C., Cooper, S.A., 2003) је скала која се задаје у форми интервјуа особама са ИО. Садржи 20 ајтема Ликертовог типа на која одговарају особе са ИО и 16 ајтема на која одговарају стручњаци. Ајтеми су настали на основу DC-LD, DSM-IV и ICD-10 дијагностичких критеријума. Аутори су скалу прелиминарно проверили испитујући особе са лаком и умереном ИО да би утврдили језик којим ове особе описују афективна стања. Инструмент је после тога примењен на три групе испитаника (20 особа са ИО и депресијом; 20 особа са ИО које нису депресивне и код 20 особа које су депресивне, али нису ИО). Иако је узорак био ограничен, добијене су разлике између три групе испитаника. Глазгов скала за испитивање депресије код особа са ИО има добру унутрашњу поузданост, тест-ретест поузданост и критеријумску валидност.

Одређене скале за процену депресије у општој популацији су прилагођаване особама са ИО као што је Beck Depression Inventory (Beck и sar., 1961) и Zung Self Rating Depression Scale (Zung, 1965).; Hamilton Rating Scale for Depression (Hamilton, 1960); Mental Retardation Depression Scale (Meins, 1996); Self Report Depression Questionnaire (Raynolds & Baker, 1988). Иако се корелација података добијених коришћењем инструмената и клиничке дијагнозе депресије мора и даље истраживати, корист у процени депресије наведеним инструментима је значајна. Инструменти који се у општој популацији користе за мерење когнитивног дефицита код депресије су мање значајни (нпр. вештине решавања проблема, когнитивне дисторзије и негативне изјаве о себи).

Коришћењем дијагностичких инструмената може да се побољша тачност дијагнозе депресије код особа са ИО. Поновљене процене, уз коришћење истог инструмента, могу да се користе као мера реаговања на третман. Ипак, инструменте треба примењивати опрезно. Проблеми који се морају узети у обзир јесу тежина ИО, удружена медицинска стања, утицај медикамената и добијен одговоре и пацијентова тенден-



ција пацијента да се усаглашава и одговара позитивно на постављена питања.

### Диференцијална дијагноза

Тачна дијагноза депресије код особа са ИО је тешка. Разликовање депресије у односу на друга стања још је проблематичније. Особе са ИО чешће имају физичке тегобе у поређењу са општом популацијом. Потребно је размотрити могућност разликовања депресивног расположења и сниженог расположења збогпостојања медицинске болести (нпр. дефицијенција витамина, хипертироидизам или повреда главе). Уколико је присутна медицинска болест, клиничке карактеристике депресије неће достићи пуне дијагностичке критеријуме за депресивни поремећај. Докази из историје болести, резултати соматских прегледа или доступни лабораторијски тестови могу указати на то да је поремећај расположења секундаран у односу на постојећи медицински проблем.

Промена расположења услед узимања медикамената није ретка код особа са ИО. То је последица директног физиолошког ефекта медикације или ефекта који наступа услед повлачења одређених лекова. Депресивна симптоматологија је присутна, али опет не испуњава критеријуме за депресивни поремећај. Врста примењених медикамената, начин дозирања, почетак и ток поремећаја расположења су подаци који могу бити од помоћи приликом разликовања поремећаја расположења услед увођења или укидања лекова од депресивне болести.

Уколико се симптоми карактеристични за депресију појављују као последица скорашњег губитка важне особе мора се узети у обзир реакција жаловања.

Појава депресивних симптома код деменције Алцхајмеровог типа и диференцијална дијагноза деменције и депресије је важна код особа са Дауновим синдромом (Pracher, 1995). Пацијенти са депресијом могу имати изражене когнитивне дефиците (псеудодеменција). Ипак, флукутирање расположења, анксиозни, а не заравњен афекат, дисхармонична когнитивна оштећења и биолошке карактеристике депресије указују пре на депресивну епизоду него на процес деменције. Реаговање на третман и дуже посматрање доводе до расветљавања дијагностичке недоумице.

### Третман

Поред медикаментне терапије, у третману депресивног поремећаја користе се психотерапија и бихејвиорална терапија. За особе са



лаком ИО психотерапија и бихејвиорална терапија омогућавају истраживање психолошких фактора који су у основи депресије. Нарочито су корисне код особа са самоповређујућим понашањем или оних који испољавају суицидално понашање. Ова врста третмана се увек спроводи упоредо са антидепресивном терапијом. Антидепресиви подижу расположење особи и омогућавају примену психотерапије. Мали број истраживања је доступан у овој области, али студије случајева показују ефикасност ове врсте терапије код одраслих особа са ИО и депресивним поремећајем.

### Социјална подршка

Особе које пружају подршку особама са ИО могу помоћи у третману депресивног поремећаја. Објашњење болести помаже пацијенту у успостављању сарадње са лекаром. Подршка коју пружа медицинска сестра побољшава мониторинг болести у широј заједници. Повећана физичка активност смањује осећање умора и апатије. Особље охрабрује редовну исхрану и одржање телесне тежине. Одржавање дневне рутине и контакта са пријатељима уклања осећање бескорисности и беспомоћности. Охрабрење различитих активности у којима је пацијент раније уживао доприноси враћању самовредновања.

### Прогноза

Мало је истраживања о прогнози депресивног поремећаја код особа са ИО. Краткорочни ефекат једне депресивне епизоде може бити у опсегу од пуног опоравка до хроничног депресивног поремећаја кога карактерише парцијални опоравак функционалних капацитета (Prasher&Hall, 1996). Будуће, поновљене депресивне епизоде нису реткост. Ток депресивног поремећаја зависи од тога да ли је у питању униполаран или биполаран поремећај, од времена почетка поремећаја и од ефикасности третмана. Ограничени подаци су присутни о дугорочном исходу депресије код особа са ИО.

Важно је да психијатри који лече особе са ИО настоје да побољшају своје клиничке вештине процене и третмана депресивног поремећаја код особа са ИО. Депресија је релативно честа, са преваленцијом која је слична као и код особа опште популације. Уз коришћење одговарајућих инструмената, тачна дијагноза депресивног поремећаја код особа са ИО је могућа.

Особе са ИО имају повећану могућност развоја психијатријских поремећаја. Оне могу развити читав спектар психопатолошких испо-

љавања који је присутан у општој популацији. Совнер (Sovner, 1986) је сматрао да интелектуална ометеност може да доведе до непоузданог самоизвештавања, до психосоцијалног маскирања и до тенденције особе са ИО да умањи своју ометеност. Ограничено социјално искуство може да компликује давање јасне психијатријске дијагнозе у овој популацији. Постављање психијатријске дијагнозе код особа са ИО зависи пре свега од опсервације понашања, због сниженог функционалног нивоа, слабије развијених комуникационих вештина и посебних животних околности.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Beck A. T. (1972): *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
2. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock, J., & Erbaugh J. (1961): An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
3. Bergman J. D. (1991): Current developments in the understanding of ID Part II: Psychopathology, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 861-872.
4. Burt D.B., Loveland K.A., & Lewis K.R. (1992): Depression and the onset of dementia in adults with mental retardation, *American Journal on Mental Retardation*, 96, 502-511.
5. Campbell M. & Malone R. P. (1991): ID and psychiatric disorders, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 374-379.
6. Clark A. K., Reed J., & Sturmey P. (1991): Staff perceptions of sadness among people with mental handicaps, *Journal of Mental Deficiency Research*, 35, 147-53.
7. Clouston T. S. (1883): *Clinical lectures on mental diseases*. London: J & A Churchill.
8. Collacott R. A. & Cooper S. A. (1992): Adaptive behaviour after depressive illness in Down's syndrome, 468-470.
9. Cutthill F.M., Espie C.A. & Cooper S.A. (2003): Development and psychometric properties of the Glasgow Depression Scale for people with a Learning Disability, *British Journal of Psychiatry*, 182, 347-353.
10. Davis J. P., Judd F. K. & Herrman H. (1997): Depression in adults with ID. Part 2: A pilot study, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 243-251.
11. Earl C. J. C. (1961): *Subnormal personalities*. London: Balliere, Tindal, & Cox.
12. Einfeld S. L. & Aman M. (1995). Issues in the taxonomy of psychopathology in ID, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 25, 143-167.

13. Esbensen A. J., Rojahn J., Aman M. G., Ruedrich S. (2003): Reliability and validity of an assessment instrument for anxiety, depression, and mood among individuals with ID, *Journal of Autism and Developmental disorders*, 33, (6), 617-629.
14. Glenn E, Bihm EM, Lammers WJ.(2003): Depression, anxiety and relevant cognition in persons with mental retardation, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 69-76.
15. Hastings RP, Hatton, C., Taylor, JL, Maddison, C. (2004): Life events and psychiatric symptoms in adults with intellectual disabilities, *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 48, 42-46.
16. Hamilton M. (1960): A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
17. Hurd H. M. (1888): Imbecility and insanity, *Journal of Insanity*, 45, 263-371.
18. Lowry M. (1993): A clear link between problem behaviors and mood disorders, *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 12, 105-110.
19. Kellet S, Beail N, Newman DW, Frankish P.(2003): Utility of the Brief Symptom Inventory in the assessment of psychological distress, *Journal of Applied Research of Intellectual Disabilities*, 16, 127-134.
20. Lunskey Y. (2003): Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 417-427.
21. Lunskey Y. (2004): Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation, *Research in Developmental Disability*, 25, 231-243.
22. Marston G. M., Perry D. W. & Roy A. (1997): Manifestations of depression in people with ID, *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 476-480.
23. Mc Brien J.A. (2003): Assessment and diagnosis of depression in people with Intellectual Disability, *Journal of Intellectual Disability*. Part I, 1-13.
24. Meins W. (1995): Symptoms of major depression in mentally retarded adults, *Journal of Intellectual Disability Research*, 25, 325-330.
25. Meins W. (1996): A new depression scale designed for use with adults with ID, *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 222-226.
26. Menolascino F. J. (1969): Emotional disturbances in mentally retarded children, *American Journal of Psychiatry*, 126, 168-176.
27. Murphy G. (1994): Understanding challenging behavior. In: E.Emerson, P. Mc Gil, and J. Mansell (Eds.), *Severe Intellectual Disabilities and Challenging Behaviours*.(pp. 37-68). London: Chapman & Hall.
28. Pawlarczyk D. & Beckwith B. E. (1987). Depressive symptoms displayed by persons with ID: A review. *Journal of ID Research*, 25, 325-330.
29. Prasher V. P. & Hall W. (1996): Short term prognosis of depression in adults with Down's syndrome: Association with thyroid status and effects on adaptive behavior, *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 32-38.
30. Pracher V.P. (1995): Age-specific prevalence, thyroid dysfunction and depressive symptomatology in adults with Down Syndrome and dementia, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 25-31.

31. Pracher V.P & Hall W. (1996): Short-term prognosis of depression in adults with Down syndrome: association with thyroid status and effects on adaptive behaviour, *Journal of Intellectual Disability Research*, 40, 32-38.
32. Powel R. (2003): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory and the Zung Self Rating depression Scale in Adults with Mental Retardation, *Mental Retardation*, 41, 88-95.
33. Prout H. T. & Schaefer B. M. (1985): Self-reports of depression by community-based mentally retarded adults, *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 220-222.
34. Reid A. H. (1972): Psychoses in adult mental defectives: I. Manic-depressive psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 120, 205-212.
35. Reiss S & Benson B.A. (1985): Psychosocial correlates of depression in mentally retarded adults: I. Minimal social support stigmatization, *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 331-337.
36. Reynolds W.M. & Baker J.A. (1988): Assessment of depression in persons with mental retardation, *American Journal on Mental Retardation*, 93, 93-103.
37. Ross E. & Oliver C. (2003): The assesment of mood in adults who have severe or profound intellectual disability, *Clinical Psychology Review*, 23, 225-245.
38. Селицмен (2008): Научени оптимизам, Завод за уџбенике, Београд.
39. Sequeria H., Howlin P., Hollins S.(2003): Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities: case control study, *British Journal of Psychiatry*, 183, 451-456.
40. Smiley E. & Cooper S. (2003): Intellectual disabilities, depressive episode, diagnostic criteria and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/ID (DC-LD), *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 62-71.
41. Sovner R. (1986): Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons, *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 1050-1059.
42. Sovner R. & Lowry M. A. (1990): A behavioral methodology for diagnosing affective disorders in individuals with ID, *Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 9, 55-61.
43. Sovner R. & Pary R. J. (1993): Affective disorders in developmentally disabled persons. In J. L. Matson & R. P. Barrett (Eds.) *Psychopathology in the mentally retarded* (2nd ed.) Boston: Allyn & Bacon.
44. Stenfert Kroese B. (1997): Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities. Conceptual and contextual issues. In B. Stenfert Kroese, D. Dugan, & K. Loumidis (Eds.), *Cognitive-behaviour therapy for people with learning disabilities*. London: Routledge.
45. Sturmey P. (1998): Classification and diagnosis of psychiatric disorders in persons with developmental disabilities, *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10, 317-340.

46. Sturmey P., & Sevin J. (1993): Dual diagnosis: An annotated bibliography of recent research, *Journal of Intellectual Disability Research*, 37, 437-448.
47. Szymanski L. S. & Biederman J. (1984): Depression and anorexia nervosa of persons with Down Syndrome, *American Journal of Mental Deficiency*, 89, 246-251.
48. Tsiouris J. A., Mann R., Patti P. J. & Sturmey P. (2003): Challenging behaviors should not be considered as depressive equivalents in individuals with ID, *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 14-21.
49. Warren A. C., Holroyd S., & Folstein M. F. (1989): Major depression of Down's syndrome, *British Journal of Psychiatry*, 155, 202-205.
50. Wilbur H. B. (1877). *The Classification of Idiocy*. Proceedings of the association of mental officers of the American institution for idiotic and feeble minded people. Philadelphia: Lippincott.
51. Zung W. W. K. (1965): A self-rating depression scale, *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

## CLINICAL MANIFESTATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY

IVONA MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ, NADA DRAGOJEVIĆ  
Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

### SUMMARY

**Aim:** Reviews and research reports on depression in intellectual disability, published from 1980 -2010, are examined in the article.

**Results:** Emphasis was placed, during last years, on symptoms of depression and its measurement across all levels of disability. In contrast, limited attention was directed to investigating causes and psychosocial factors of depression, or psychological treatment of depression.

**Conclusion:** The review highlights important issues related to clinical manifestation, diagnosis and treatment of depression in the field of intellectual disabilities.

**KEY WORDS:** intellectual disability, depression, diagnosis, treatment



## НАСТАНАК И РАЗВОЈ СТАНОВАЊА УЗ ПОДРШКУ ЗА ОСОБЕ СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

*Слађана Васојевић\**, *Фадилъ Еминовић\*\**  
*Радмила Никић\*\**

\*Дом за децу и омладину ометену у менталном развоју, Сремчица

\*\*Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

*Становање уз подршку за особе са интелектуалном ометеношћу у Србији није законом регулисано као услуга у систему социјалне заштите. Из тог разлога не постоје истраживања која би систематизовала практична искуства о врстама, типологији и квалитету ове услуге. У овом научном раду дат је јасан историјски приказ настанка и развоја становања уз подршку за особе са интелектуалном ометеношћу наглашавајући оне друштвене процесе који су допринели да се традиционалан модел заштите трансформише у процес пружања помоћи и подршке и поштовању људских права. У раду је дат приказ различитих модела становања уз подршку за различите друштвене групе са циљем да се установе основна полазишта и принципи на којима почива овај модел. У резултатима истраживања представљени су основни критеријуми на којима почива овај модел, врсте и карактеристике становања уз подршку приказом два доминантна модела: полуинституционалног и отвореног. У закључку овог рада дефинисане су препоруке за унапређење ове услуге за особе са интелектуалном ометеношћу у Србији.*

**КЉУЧНЕ РЕЧИ:** *развој, становање уз подршку, интелектуална ометеност*

### УВОД

На настанак и развој стамбених заједница, као право на избор места становања и начина живота, утицао је покрет за самосталан живот инвалида (покрет за инвалидска права) који се развио у САД 60-их и почетком 70-их година прошлог века. На мобилизацију особа са инва-



лидитетом у борби за своја грађанска права и преузимање контроле над сопственим животом утицали су следећи политички и социјални покрети:

- Деинституционализација социјалне заштите, да би се осигурало једнако учешће особа са инвалидитетом у друштво. Деинституционализација би се у том смислу могла дефинисати као “процес у коме се систем заштите, првобитно намењен заштити особа са инвалидитетом тако што их искључује из друштва, трансформише у систем помоћи и подршке, који има за циљ да олакша учешће у друштво особама са инвалидитетом нудећи широк спектар услуга обезбеђених на нивоу заједнице, а поштујући притом принципе избора и одлучивања” (Cote, 2004: 28)
- Покрет за грађанска права особа са инвалидитетом, са циљем остваривања законских права у области образовања, запошљавања, становања, транспорта;
- Покрет за самопомоћ, који се реализовао организовањем удружења за помоћ особама са истим или сличним инвалидитетом, пружајући једни другима помоћ и подршку у борби за своја права;
- Демедикализација, покрет који је увео холистички приступ посматрања инвалидности, померајући га са ауторитарног медицинског, ка парадигми индивидуалног оснаживања и одговорности за дефинисање и задовољење сопствених потреба.

Развој покрета за самосталан живот инвалида скренуо је пажњу јавности на проблем систематске институционализације особа са инвалидитетом. Нехуман и деградирајући третман људи у државним болницама, школама и другим институцијама за трајни смештај, показао је колико је приступ инвалидности погрешан. Финансијски и социјални трошкови су процењени као неприхватљиви.

Управо из недостатака институционалног збрињавања особа са инвалидитетом формирају се нови системи служби и услуга које су засноване у заједници и које су инклузивне по опредељењу.

Током 1974 год. основан је модел самосталног живота у заједници у САД, под називом Атлантис Цоммунити. Под контролом корисника у локалним условима, овај модел је обезбеђивао живот у заједници укључујући сервис персоналних асистената.

Током 1990 година, након усвајања Акта о Американцима са инвалидитетом, развија се национални систем персоналне асистенције усмерене ка локалној заједници. Крајњи циљ је била борба против се-

грегације особа са инвалидитетом затварајући их у институције против њихове воље.<sup>1</sup>

Покрет нормализације који се развио у Скандинавским земљама 70-их, поставио је ставове, циљеве и принципе за рад са особама са менталном ретардацијом. Под појмом нормализације се подразумева омогућавање особи са менталном ретардацијом да стекне искуства што је могуће ближе нормалним, омогућавајући доступним услове свакодневног живота у друштву. Тај принцип не подразумева само дневни ритам (оброци, спавање, рад, учење, забаву), већ се више усмерава ка животу у заједници путем интеграције у нормалан друштвени живот (стицање независности, самостално доношење одлука, нормални сексуални живот, финансијске компензације, изражавање сопствених жеља). Нормализација подразумева и нормализацију околине у којој живи особа са менталном ретардацијом, ставова и атмосфере која их окружује (Јакулић, 1986).

Поред тога, на представљање инвалидских права као питање једнаких могућности утицао је развој међународног законодавства о правима особа са инвалидитетом током 1970-их и 80-их година<sup>2</sup>. На учвршћивање таквог става према инвалидитету допринело је и усвајање Стандардних правила о изједначавању могућности које се пружају особама са инвалидитетом<sup>3</sup>. Коначно, усвајање холистичког модела довео је до глобалног разумевања инвалидности узимајући у обзир све димензије (биомедицина, рехабилитација, социјални аспект, људска права). Овај приступ је од фундаменталног значаја за развој свеобухватних и инклузивних схватања о инвалидности као и спровођење интердисциплинарних и индивидуализованих услуга.

## 1. Варијације модела стамбеног организовања

Када се говори о стамбеним заједницама у литератури и пракси постоје сродни термини који означавају сродне али и сасвим другачије моделе рада. Последица се испољава егзистирањем различитих термина као што су: стамбене васпитне групе, социјално-педагошке стамбене заједнице, заједнице становања, заштићено становање, становање уз подршку, мале кућне заједнице итд. Проблеми настају што се и у оквиру класичног домског третмана појављују флексибилнији облици рада.

<sup>1</sup> McDonald G., Oxford M.: Историјат самосталног живота;

<sup>2</sup> Конвенција о правима детета, Генерална скупштина УН, 1989; Светски програм акција које се односе на особе са инвалидитетом, Генерална скупштина УН; Декларација о правима особа са инвалидитетом, Генерална скупштина УН, 1975;

<sup>3</sup> Резолуција Генералне скупштине УН 48/96 од 20. децембра 1993.

Ради се о домским васпитним групама које су смештене у посебне стамбене јединице а које се налазе у једном већем објекту тзк. егзистенцијалне групе, или се више мањих стамбених јединица налази у комплексу који чини дом. Пример таквог стамбеног организовања у оквиру дома налазимо у СОС Дечијем селу у Сремској Каменици, које је састављено од већег броја кућица и у свакој од њих, по принципу „дом породица“, живи по једна група деце и омладине. Међутим основна карактеристика стамбене заједнице је што се васпитна група налази у становама или кућама које су ван дома а у непосредном суседству са уобичајеном друштвеном средином.

Стамбене заједнице представљају савремени облик социјално-педагошког рада, чија се сврха састоји у томе да се континуитет друштвене бриге о деци, омладини и одраслим особама, у оквиру институционалног третмана прошири и употпуни.<sup>4</sup>

У основи пројекта стамбених заједница стоји прихватање филозофије инклузије, према којој особе са тешкоћама у менталном развоју имају право да буду пуноправни и активни чланови заједнице. Живот са особама без тешкоћа омогућава особама са менталном ретардацијом да развију пријатељство и позитивне особине са окружењем, што утиче на развијање толеранције и прихватање разлика у целокупном друштву. Ради се о начелима нормализације и најмање рестриктивне алтернативе за особе са менталном ретардацијом.

Стамбене заједнице представљају организовано друштвено деловање, сарадњу државног и невладиног сектора у циљу пружања неопходне подршке особама са менталном ретардацијом којом се промовише самосталност, инклузија и достојанство ове социјалне групе.

Стамбене заједнице су настале кондензацијом идеја и практичних покушаја либерализације третмана маргиналних група и појединаца током бурних 60-их година. Тако Јуричан (1987) изворишта овој форми третмана тражи у покушајима немачких студената да прихвате, пруже помоћ и политички ангажују омладину одбеглу из различитих домаова. Из тога се развила потреба формирања „омладинских стамбених колектива за самоуправљање“ у Немачкој, Холандији и Швајцарској.<sup>5</sup>

На настанак и развој стамбених заједница утицао је процес демократизације и либерализације који се развијао у свету. Истовремено, неговала се идеја индивидуалности, слободе и неспутаног развоја појединца. У складу са духом времена, јака критика је усмерена ка установама

<sup>4</sup> Савески З. (1990) : Стамбене васпитне групе, Покрајински завод за социјална истраживања, Нови Сад;

<sup>5</sup> Стакић Ђ. (1991): Методика рада са малолетним деликвентима, Дечије новине;

које имају елементе репресивности, ауторитарности, тоталитарности. Установе за трајно збрињавање маргинализованих група су се прве нашле на удару те критике.

Период 60-их и 70-их година у САД представља период интензивних акција усмерених ка хуманизацији односа према маргинализованим групама (деца и омладина са поремећајима у друштвеном понашању, особе са инвалидитетом, деца без родитељског старања). Многобројне критике усмерене на недостатке институционалног третмана (хоспитализам, изолација од аутентичног социјалног миљеа, висока цена смештаја и одржавања), утицале су на тражење алтернативних облика заштите. Стамбене заједнице се појављују као очекивано решење за радикалне критичаре домског смештаја, који у њима виде алтернативу и аргумент за укидање домова. Незадовољство институционалним третманом и указивање на благодети интегралног, ванинституционалног третмана, многи аутори су доводе и заводе за третман и рехабилитацију деце и омладине посматрали као нужно зло, „лек гори од саме болести“. Из наведених разлога их треба затворити и укинути. Овакав став према институционалном третману, није довео до укидања домова, али је свакако утицао на његово преиспитивање и обogaћивање уз истовремено неговање рада у отвореној заједници (Стакић, 1991).

Као последица изолованих али и организованих иницијатива, развиле су се нове форме рада са маргинализованим групама. Оне представљају покушај стварања моста између тада непомирљивог домског и третмана у заједници.

Као форма полуинституционалног третмана, развио се модел „Групни дом“ или велика кућа, као форма између стамбених заједница и породичног смештаја. Овај модел третмана у заједници разликује се у односу на институционални смештај у погледу следећих елемената: мањи изнајмљен простор у заједници, мањи број корисника, искључење стручних радника из третмана, чија се улога сводила на праћење и пружање подршке брачном пару лаика који су ангажовани у непосредном раду са корисницима. Касније, развој овог модела је текао у два правца: „родитељски пар“ је замењен ангажовањем сртучњака професионалаца, а на другој страни развијен је модел Групног дома за особе са различитим проблемима, ангажовањем различитих стручњака и служби локалне заједнице.

Овај модел третмана се развио у раду са децом и омладином са поремећајем у понашању, да би се касније развио за све кориснике социјалне заштите који се налазе у стању социјалне потребе. На проширивање циљних група као могућих корисника Групних домова утицала је чињеница да у оквиру једне стандардно дефинисане категорије васпи-

таника, у пракси сусрећемо широк дијапазон социо-патолошких, социјалних, менталних, психичких и физичких сметњи.

Куће на пола пута представљају форму полуинституционалног третмана преваходно намењен прихвату, збрињавању и социјалној реинтеграцији деце, омладине и малолетника по отпусту из завода и домова. Оне представљају мале, погодне лоциране институције, које су у почетку свог настајања представљале последњу фазу заводског третмана, да би прерасле у самосталан вид третмана.

Прва кућа на пола пута је формирана у Њујорку 1916 године за адолесцентне девојке које су отпуштене из азила, а још увек нису биле способне да се прилагоде животу у заједници, сопственој или хранитељској породици. Интензиван развој алтернативних модела заштите је у САД настављен 60-их година. Куће на пола пута су преузеле улогу адаптације на другачије услове живота у односу на домски живот и омогућење успешније социјалне интеграције. Оне истовремено представљају проверу постигнутог квалитета домског третмана.

Током времена ширио се број ових установа, смањивао се њихов смештајни капацитет, побољшала њихова локација, а нарочито се ширио дијапазон обухваћене популације мењајући сам модел третмана. Данас се куће на пола пута препоручују за: отпуштање из домова и завода, као форма постзаводског третмана; за малолетне деликвенте којима је изречена васпитна мера; млади са асоцијалним понашањем из дисфункционалних и асоцијалних породица; особе са специфичним сметњама, особе са менталном ретардацијом, психотичним сметњама; деца без родитељског старања. Основне детерминанте куће на пола пута су:

- жива васпитна ситуација, у погледу слободе и ограничења;
- умерена хомогеност група (по полу, узрасту и степену присутних проблема);
- оријентација на потенцијале друштвене заједнице;
- професионално индивидуално и групно вођење;
- материјално-економска сигурност;
- континуитет заштите (дом, кућа на пола пута, отворена заједница).

Третман обухвата школовање, професионално обучавање и рад ван институције у условима конкуренције. На овај начин се остварује економска самосталност. Други смер деловања је интензивирање контакта са породицом у циљу јачања нарушених породичних веза, или припреме породице за прихват свог члана. Интеграција се постиже и третманом продуктивног коришћења слободног времена и интеграци-

јом у вршњачке групе, ангажовањем стручњака, студената, волонтера и организација за пружање подршке на нивоу заједнице.

Куће на пола пута се разликују у односу на домски смештај у односу на следеће карактеристике:

- куће су смештене у градским четвртима, у близини неопходних институција за реализацију програма (школе, спортско-рекреативни програми, могућност за запослење);
- куће су по правилу мале, неупадљиве са малим бројем водитеља;
- промена улога стручних водитеља, дајући примат зрелој и аутентичној особи, наспрам стручног знања.

Стамбена васпитна група је према посебним критеријумима и на специфичан начин формирана васпитна група, смештена у посебне стамбене услове (обично изнајмљен стан у домицилној средини), са одговарајућом опремом, финансијским средствима и дискретном помоћи и надзором стручњака (Савески, 1990).

Стамбена васпитна група је облик у којем неколико адолесцената (6-10) живи краће или дуже време у стану, при чему са њима живе (или само долазе на рад) васпитачи, који на тај начин обезбеђују целодневни или делимичан надзор. Овај облик је намењен адолесцентима (и деци) који су социјално угрожени или којима је потребна нарочита брига која им се не може пружити у њиховим матичним породицама или амбулантно. Стамбена васпитна група може представљати алтернативу домског смештаја, или продужетак домског третмана.

Боравак у стамбеној групи, због приближавања стварним условима живота, омогућава васпитавање ка самосталности, повољнију осећајну и васпитну климу. У односу на домски смештај спречава настаanak хоспитализма и институционализма.

## 2. Карактеристике стамбених заједница:

Циљеви ка којима тежи стамбена заједница је што потпунија социјална интеграција бивших домских корисника и пружање помоћи у даљем току интеграције код особа које нису институционализоване, финализацијом процеса образовања, професионалног оспособљавања и укључивање у процес рада те осамостаљивање и урастање у социјалну средину.

Основне карактеристике које препоручују овај модел помоћи и подршке су економичност и њена несумљива хуманост. Као основне одлике стамбених заједница издвајамо:

- Природност животног амбијента – одсуство гломазне институције, правила која намеће заједнички живот масе људи, једнообразних, површних и отуђених односа овде корисника ставља у први план, враћа га њему самом. У таквој новој средини корисник губи терет, оквире, надзор и контролу институције, али заједно са тим и заштиту и свеукупну бригу за свакодневне животне потребе.
- Породични модел социјално-васпитног рада – мала група (5 до 6) уз једног или два васпитача, израз је настојања да се симулира породични васпитни амбијент и модел утицаја. Улога васпитача је да подстиче, координира, стимулише, користећи се принципом помоћи до самопомоћи. Породични модел подразумева стицање искуства на широком спектру корисних активности: вођење финансија, одржавање хигијене, припремање оброка, opleмењивање животног простора, пријем гостију, односи са стана-рима, суседима.
- Разноврсност животних искустава – интензивирање контакта са социјалном средином, који се остварују образовањем, запошљавањем, организовањем рекреативних, спортских, културних, социјалних активности;
- Слобода и одговорност – основни предуслов ступања у стамбену заједницу је бобровољност. Стамбена заједница нуди низ погодности за своје кориснике, али истовремено тражи и зрелост тј. прихватање одговорности. У томе лежи потреба селекције за стамбену заједницу. Пустити недораслог корисника, оног који није решио своје унутрашње конфликте и психолошке баријере, да се директно ухвати у коштац са свим животним проблемима, био би пре израз цинизма него хуманости. Из тих разлога у стамбену заједницу се примају корисници који су способни за живот у групи (брига о себи и другима, подела одговорности), који су способни за рад и учење (уз подршку), и само они који су изразили жељу да ступе у стамбену заједницу (Стакић, 1991).

### 3. Стамбене заједнице у Србији

У земљама бивше Југославије, овај облик помоћи и подршке се прво развио у Словенији при васпитној установи Вишња Гора у Љу-



бљани, да би се касније проширио на територији целе Републике. И у Хрватској је при Центру за одгој деце и омладине у Загребу, 1989 год. почела са радом прва стамбена заједница. (Савески, 1990)

Слична пракса развоја стамбених заједница је била и у Србији. Прве стамбене заједнице су настале при домовима и Заводима за збрињавање деце без родитељског старања и деце и омладине са поремећајима у понашању. Оне представљају покушаје професионалаца да различитим алтернативним, мање или више новим програмима и активностима допринесу развоју подршке младима који излазе из система. Дом за децу и омладину *Јован Јовановић Змај* из Београда, развио је програм за *бенефицирани смештај*, док је Дечје село С.О.С „*др Милорад Павловић*“ из Сремске Каменице успоставило програме *Куће на пола пута* и *Живота у заједници*. Дечје село поседује три стана у Новом Саду и рентира још један за потребе корисника који су у процесу отпуста и осамостаљивања. Такође имају у плану да опреме читаву кућу за сличну намену у сарадњи са Центром за социјални рад Нови Сад. Групе у становима директно надгледају професионалци, а сви млади који су укључени имају потписани уговор. Од 1995. до данас преко 50 младих је смештено на овај начин. Слични пројекти *Куће на пола пута* развијени су у Крагујевцу и Ужицу (Видановић, 2006).

Стамбене заједнице као вид помоћи и подршке особама са интелектуалном ометеношћу су се код нас развиле као последица изолованих иницијатива, пре него као координисано спровођење свеобухватних и доследних старарегија. Прва стамбена заједница код нас формирана је у оквиру пројекта “Деинституционализација особа са менталном ретардацијом и смештај у стамбену заједницу уз подршку” маја 2004 године. Иницијативу за покретање овог облика помоћи и подршке дало је Друштво за Даун синдром Србије у сарадњи са Удругом за промицање инклузије из Загреба у сарадњи са Домом за децу и омладину ометену у менталном развоју у Сремчици.<sup>6</sup>

Уз подршку Министарства рада, запошљавања и социјалне политике, Фонда за социјалне иновације, као и других међународних и домаћих донатора, у сарадњи са невладиним организацијама и установама за смештај корисника, реализовали су се пројекти развоја отворених модела помоћи и подршке особама са интелектуалном ометеношћу.

Под заштићеним становањем сматра се облик заштите којим се обезбеђују посебни услови живљења у становима намењеним и прилагођеним за становање пензионера и других старих лица а у којима је

<sup>6</sup> Информатор „Друштво за помоћ лицима са Даун синдромом“, Београд, 2004

обезбеђен одговарајући стални надзор и могућност коришћења сервисних услуга које пружају у стану установе социјалне заштите.<sup>7</sup>

Скупштина града Београда је на седници, одржаној 20.02.2007 године, донела одлуку којом се утврђују права и посебни облици социјалне заштите грађана на територији града Београда. Права и посебне облике социјалне заштите остварује појединац или породица на начин и под условима који су утврђени овом одлуком. Средства за финансирање права и посебних облика социјалне заштите обезбеђују се из буџета града Београда, учешћем корисника и лица која су у складу са законом дужна да учествују у њиховом издржавању, од донатора, спонзора и других извора у складу са законом. Под посебним обликом социјалне заштите се према овој одлуци сматра: становање уз подршку и привремено становање.<sup>8</sup>

Национална стратегија за унапређење положаја особа са инвалидитетом подржава развој услуга Самосталног становања уз подршку, као групу услуга којом се обезбеђује задовољавање потреба за становањем, у ограниченом временском периоду, особама које су у немогућности да самостално обезбеде примарни смештај.<sup>9</sup> Ова услуга је намењена:

- појединцима и породичним групама које не бораве у свом стамбеном простору као последица насиља и злостављања;
- појединци који се отпуштају из дечијих домова или других установа за стационарни смештај због узраста или завршеног оспособљавања, а немају обезбеђен стамбени простор нити довољне изворе средстава за издржавање.<sup>10</sup>

Становање уз подршку треба законом регулисати као део услуга на нивоу заједнице засновано на следећим посебним принципима:

- да је организована у средини у којој корисник живи;
- да омогућава коришћење породичних, комшијских, волонтерских и локалних облика удруживања тј. да не искључује корисника из социјалних интеракција у средини у којој живи;
- да је усмерено ка побољшању стања корисника, не искључујући га из редовних услова за задовољавање осталих потреба;
- да је задовољен принцип трајности услуге;

<sup>7</sup> Закон о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана, Члан 37, Службени гласник РС, 1991

<sup>8</sup> Службени лист града Београда, бр. 4/3, 2007;

<sup>9</sup> Смернице за планирање и реализацију услуга у области социјалне заштите, са типологијом услуга, за потребе конкурса за финансирање пројеката, Фонд за социјалне иновације, Београд, 2006;

<sup>10</sup> исто

- да је у складу са развојним и другим потребама корисника.

Организовање стамбених заједница као вид помоћи и подршке особама са менталном ретардацијом има за циљ:

- превенцију институционализације која обухвата организовање различитих служби подршке у локалној средини које ће омогућити породици и особама са менталном ретардацијом задржавање у познатој социјалној средини и спречити институционално збрињавање;
- организовање деинституционализације пружањем самосталног живота у којем се одраслим особама са менталном ретардацијом осигурава смештај у станове у заједници уз пружање потребне подршке и праћење њиховог самосталног живота.

Стамбене заједнице као облик помоћи и подршке особама са интелектуалном ометеношћу може имати више форми али сви облици морају задовољавати основне критеријуме: обезбеђен простор који својом техничком и функционалном организацијом има услове за стално становање; број корисника је до пет у једној стамбеној јединици; у функционисању домаћинства учествују корисници и службе подршке; сачуван је отворен контакт са отвореном заједницом; обим стручне подршке може варирати у зависности од потреба корисника; корисници су максимално укључени у доношењу одлука везаних за њихов живот у стамбеној заједници.

## РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Полуинституционални модел помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу у Србији

Полуинституционални модел чине посебне и од дома одвојене стамбене јединице које према својој намени остварују последњу фазу институционалног третмана или представљају самосталан модел живота и рада за један број корисника. Стамбене заједнице овог модела могу да се формирају у окружењу дома или у непосредној близини стим да се оне организационо и физички разликују од институционалног модела.

Иако је овај вид стамбеног организовања за особе са интелектуалном ометеношћу реализован код нас резултати истраживања показују да овај модел има велики број недостатака. Висок проценат испитаних корисника који је незадовољан овим моделом, не прави разлику у односу на живот у дому, наводи низ недостатака и показује жељу да се из

њега оде у отворени модел помоћи и подршке наводи нас на следећи закључак: полуинституционални модел се организационо не разликује од институционалног модела и једина разлика је у физичкој одвојености од дома. Из тих разлога представимо карактеристике полутвореног модела и препоруке за унапређење праксе како би овај модел добио на оном значају који би требало да има у интеграцији особа са менталном ретардацијом:

- организација третмана корисника полуинституционалног модела је усмерена ка заједници, са посебним акцентом на неговање добрих и квалитетних релација са члановима заједнице кроз образовање, радно ангажовање, спорт, културу, забаву.
- Помоћ и подршке стручних радника је повремена и ограничена у зависности од потреба. Задаци стручних радника се односе на помоћ у проналажењу посла, пружање психолошке подршке док већи део активности (вођење финансија, организовање слободног времена, вођење домаћинства) самостално обављају корисници.
- Дужина боравка у полуинституционалном моделу може бити: привремен смештај ( од 6-12 месеци) за кориснике који прелазе из отворене домске групе ка стамбеним заједницама у отвореној заједници; трајан смештај за кориснике за које се утврди да је интеграција у заједницу немогућа или уколико је то самостална одлука клијента.

Полуинституционални модел има више функција. Он представља проверу постигнутог квалитета домског третмана. Приликом избора корисника за овај модел стручни радници треба да се руководе следећим критеријумима: самостална одлука корисника, научене и усвојене вештине бриге о себи које се развијају и процењују у отвореној домској групи као и могућност радног ангажовања или образовања у отвореној заједници. Постепени прелазак корисника из домског модела ка самосталнијим облицима живота и рада је значајан из разлога што се корисници постепено уводе у отвореније моделе помоћи и подршке кроз отворену групу, полуинституционални модел ка отвореном моделу. Корисници се кроз различите моделе уче вештинама самосталног живота остављајући као могућност самим корисницима да изаберу модел који је за њих најадекватнији.

### Отворени модел - предност живота у заједници

Стамбена заједница отвореног модела се дефинише као стамбена васпитна група која је посебним критеријумима и на специфичан начин формирана, смештена у посебне стамбене услове (обично изнајмљен стан у домицилној средини), са одговарајућом опремом, финансијским средствима и дискретном помоћи и надзором стручњака.

Организоване стамбене заједнице отвореног модела за особе са интелектуалном ометеношћу на територији Републике Србије имају различите форме, али сви облици задовољавају основне критеријуме:

- обезбеђен простор који својом техничком и функционалном организацијом има услове за стално становање;
- број корисника је до пет у једној стамбеној јединици;
- у функционисању домаћинства учествују корисници и службе подршке;
- сачуван је отворен контакт са отвореном заједницом;
- обим стручне подршке може варирати у зависности од потреба корисника;
- корисници су максимално укључени у доношењу одлука везаних за њихов живот у стамбеној заједници.

Резултати овог истраживања говоре да се стамбена заједница отвореног модела издваја од домског и полуинституционалног модела следећим предностима: учење нових вештина самосталног живота; поштовање индивидуалних потреба и жеља; мале групе корисника у лепшем простору који симулирају породични амбијент; већа слобода и одговорност; самосталност и независност корисника.

### Врсте стамбених заједница у Србији

Стамбене заједнице које су формиране код нас се појављују као алтернатива домског третмана за кориснике који се већ налазе у дому у склопу деинституционализације социјалне заштите.

У односу на степен помоћи и подршке и места где се оне формирају разликујемо:

- стамбене заједнице које се налазе у непосредном окружењу дома са делимичном подршком стручних радника и чине ткз. полуинституционални модел помоћи и подршке;

- стамбене заједнице које су организоване у отвореној заједници и чине ткз. отворени модел помоћи и подршке. У односу на ниво помоћи и подршке стамбене заједнице отвореног модела се могу поделити на: Стамбене заједнице са сталном стручном подршком о којима се стручњаци брину континуираним сменским радом и станују у стану са корисницима - стамбене заједнице у Београду, Новом Саду; Стамбене заједнице о којима споља континуирано брине стручњак, али нико у стану не станује осим самих корисника – стамбене заједнице у Петровцу на Млави, Јабуци;

Све стамбене заједнице су мешовитог типа у односу на пол односно чине је корисници и мушког и женског пола. Корисници стамбених заједница су већином истог или сличног календарског узраста – чине је махом старији корисници преко 20 година. Изузетак је стамбена заједница у Новом Саду коју чине корисници који су млађег календарског узраста и похађају специјалну средњу школу.

### ЗАКЉУЧАК

Стамбене заједнице су формиране у граду, изузев сеоске стамбене заједнице у Јабуци.

На основу приказаних резултата који мере степен социјалне интеграције особа са менталном ретардацијом у стамбеним заједницама, можемо рећи да се социјална интеграција остварује у различитом степену у зависности од: врсте стамбених заједница односно да ли се ради о полуинституционалном или отвореном моделу; појединих елемената који чине социјалну интеграцију.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бркић М. (2002): *Теоријско методолошке основе социјалног рада у заједници*, Докторска дисертација, Београд;
2. Братковић, Д., (2006), *Модели скрби у свјетлу људских права особа с интелектуалним тешкоћама*, Акцијско истраживање у Хрватској, Загреб;
3. Група аутора, *Мобилизација и развој заједнице*, Акцијско истраживање у Хрватској, Загреб, 2006;
4. Декларација о правима особа са инвалидитетом, Генерална скупштина УН, 1975;
5. *Закон о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана*, Члан 37, Службени гласник РС, 1991;
6. Лакићевић М. (2006): *Методе и технике социјалног рада ИИИ*, ФПН, Београд;
7. *Конвенција о правима детета*, Генерална скупштина УН, 1989;
8. McDonald G., Oxford M. *Историјат самосталног живот*, 2006;
9. Савески, З. (1990), *Стамбене васпитне групе*, Покрајински завод за социјална истраживања, Нови Сад;
10. Светски програм акција које се односе на особе са инвалидитетом, Генерална скупштина УН;
11. *Смернице за планирање и реализацију услуга у области социјалне заштите, са типологијом услуга*, за потребе конкурса за финансирање пројеката, (2006), Фонд за социјалне иновације, Београд;
12. *Стандардна правила о изједначавању могућности које се пружају особама са инвалидитетом*, Генерална скупштина УН, резолуција бр. 48 од 20. децембра 1993;
13. Стакић, Тј. (1991), *Методика рада са малолетним деликвентима*, Дечије новине;
14. *Стратегија развоја социјалне заштите*, Службени гласник РС, бр. 55/05 и 71/05,
15. Handicap Internacional, *Изван деинституционализације, нестабилна транзиција ка систему који пружа подршку у југоисточној Европи*, Регионални извештај, 2004;



## ORIGIN AND DEVELOPMENT OF THE HOUSING SUPPORT FOR PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABLED

\*SLAĐANA VASOJEVIĆ, \*\* FADILJ EMINOVIĆ, \*\*RADMILA NIKIĆ

\*House for retarded children and adolescents in the mental development, Sremčica

\*\* Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

### SUMMARY

Supported housing for people with intellectual disabled in Serbia is regulated by law as a service to the social protection system. For this reason there is no research to systematized practical experience on the types, typology and quality of these services. In this scholarly work provides a clear historical account of the origin and development of supported housing for people with intellectual disabled highlighting those social processes that have contributed to transform the traditional model of care in the process of providing assistance and support, and respect for human rights. The paper presents different models of housing with support for various social groups in order to establish starting points and basic principles on which this model. The research results presented are the main criteria on which this model, type and characteristics of the housing with the support of two dominant models: poluinstitucionalnog and open. In conclusion, this paper defines the recommendations for the improvement of services for intellectually disabled persons in Serbia.

KEY WORDS: development, housing with support, intellectual disability

## ПРЕДНОСТИ И НЕДОСТАЦИ ЖИВОТА У ЗАЈЕДНИЦИ ЗА ОСОБЕ СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

Слађана Васојевић\*, Фадиљ Еминовић\*\*  
Радмила Никић\*\*

\*Дом за децу и омладину ометену у менталном развоју, Сремчица

\*\*Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

На прелиминарно одређење предмета овог истраживања утицала су довољна научна сазнања из области квалитета живота домских корисника који су напустили овај модел друштвене подршке и наставили живот у отвореној заједници. У овом научном раду приказани су резултати истраживања које је вршено током 2008. године у Србији у установама резиденцијалног типа и алтернативним моделима помоћи и подршке. Предмет овог рада је усмерен ка утврђивању квалитета живота особа са интелектуалном ометеношћу у Србији проценом субјективних и објективних показатеља. У овом раду дефинисани су процес деинституционализације социјалне заштите, услуга стамбених заједница као и институционални модел помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу.

Основна претпоставка овог истраживања је да услуга стамбених заједница почива на људским правима, промовише партиципацију, слободу учења и преузимања одговорности за квалитет властитог живота, те да представља адекватан облик помоћи и подршке особама са интелектуалном ометеношћу.

У резултатима истраживања наведени су кључни показатељи који живот у отвореној заједници за особе са интелектуалном ометеношћу одређују као могућ и неопходан: ставови стручних радника, квалитет подршке уже социјалне мреже, субјективна перцепција особа са интелектуалном ометеношћу о квалитету свог живота. У закључку рада истакнуте су предности живота у заједници за ову друштвену групу и наведени недостаци традиционалног модела заштите.

**КЉУЧНЕ РЕЧИ:** *Стамбене заједнице, интелектуална ометеност, деинституционализација*

## УВОД

Промена у схватању концепта инвалидности, утиче на развој нових облика заштите. Сведоци смо позитивних промена које се полако али сигурно дешавају на пољу афирмације ванинституционалних модела помоћи и подршке особа са интелектуалном ометеношћу. Потреба за унапређењем облика заштите усмерених ка отвореној заједници произишће из неискоришћености потенцијала које она нуди.

У Србији се током последњих година развио модел стамбених заједница као ванинституционални модел помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу. Овај модел подржава живот у отвореној заједници и развио се за кориснике који напуштају институционални модел живота. Улога стамбених заједница је усмерена ка превенцији институционализације и деинституционализације социјалне заштите. Деинституционализација подразумева редуковање броја примљених у институције, развој алтернативних друштвених модела подршке, враћање у друштво оних особа које су способне функционисати у мање спутавајућуј околини, као и реформу јавних установа како би се побољшао квалитет пружене заштите. Уместо великих, дислоцираних установа, у локалним заједницама се оснивају интегрални облици смештаја, третмана и запошљавања особа са интелектуалним тешкоћама.<sup>1</sup>

Рационализацијом институционалног смештаја и трансформацијом постојећих установа могуће је усмерити расположива средства у развој услуга у заједници које подржавају живот у природном окружењу, при чему би смештај у установе био крајње рестриктивна мера која би се примењивала искључиво када је то у најбољем интересу корисника (Бркић; 2006:54).

Основно право сваког човека је право на живот у заједници које је утемељено у свим међународним документима за заштиту људских права. Међутим, дуго низ година проблеми особа са интелектуалном ометеношћу били су неоправдано занемаривани и сматрани проблемом мање важности и значаја. Такав став заузимали су политички представници, званичници из научне и стручне јавности. Томе је допринела неповољна друштвено економска ситуација, ратна збивања на простору наше земље која су била праћена разарањима и миграцијом становништва. Потенцијали друштвене заједнице који би се манифестовали кроз предузимање конкретних акција за промену и побољшање поло-

<sup>1</sup> Братковић Д.(2006) : Модели скрби у свијетлу људских права особа са интелектуалним тешкоћама, Мобилизација и развој заједнице, Акцијско истраживање у Хрватској, Загреб;

жаја маргинализованих деловали су јако сиромашно и неразвијено. У раду са особама са интелектуалном ометеношћу примењивали су се модели рада који су у поређењу са социјалном праксом западних земаља деловали превазиђено и у супротности са општеприхваћеним принципима поштовања људске личности, достојанства и индивидуализације.

Није редак случај да нове идеје које су у супротности са традиционалним теоријским и практичним решењима наиђу на отпор или пак апсолутно негирање њеног значаја. Разлози могу бити различити и варирати у распону од реално присутних недостатака до одбацујућег става заснованог на незнању и страху од промена. Становање уз подршку као вид помоћи и подршке особама са менталном ретардацијом на нашим просторима је релативно новијег датума. Из тог разлога не постоје истраживања која би дала процену квалитета услуга коју нуди овај облик заштите.

Предмет нашег истраживања је утврђивање предности живота у отвореној заједници за особе са интелектуалном ометеношћу проценом субјективних и објективних показатеља квалитета живота корисника у стамбеним заједницама.

Основна хипотеза нашег истраживања је да услуга стамбених заједница почива на људским правима, промовише партиципацију, слободу учешћа и преузимања одговорности за квалитет властитог живота, те да представљају адекватан облик помоћи и подршке особама са интелектуалном ометеношћу.

Претпоставили смо да садржај преосталих способности одређује степен неопходне помоћи и подршке особама са интелектуалном ометеношћу.

Претпоставили смо да становање уз подршку особа са лаком и умереном интелектуалном ометеношћу захтева мањи степен стручне помоћи и подршке, те је најадекватнији облик становања онај који је организован у отвореној заједници.

Становање уз подршку особа са тежом и тешком интелектуалном ометеношћу захтева већи степен стручне помоћи и подршке, те је најадекватнији облик становања онај који је организован у непосредном окружењу установе за смештај корисника.

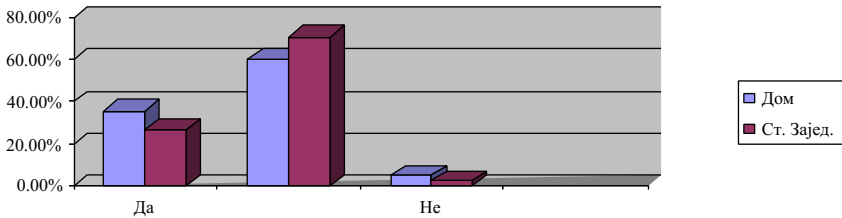
Истраживањем је обухваћено 45 стручних радника: дефектолога, социјалних радника и психолога. Такође, истраживањем су испитани ставови 161 особе са интелектуалном ометеношћу подељених у три групе: I групу - чине 82 особе са менталном ретардацијом које се налазе у институционалном моделу; II група - 43 корисника стамбених заједница које се налазе у непосредном окружењу дома, просторно и

организацисно су одвојене од дома и чине полуинституционални модел помоћи и подршке; III групу - чине 36 особа са менталном ретардацијом које се налазе у посебним стамбеним заједницама у отвореној друштвеној заједници.

## РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА СА ДИСКУСИЈОМ

### 1.1. Стамбене заједнице - предности и недостаци

Приказом резултата о предностима и недостацима стамбених заједница, са становишта стручних радника и корисника који живе у њима, покушаћемо да разјаснимо дилеме о могућностима и ограничењима овог модела помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу.



**Графикон 1. Стамбена заједница/дом у социјалној интеграцији корисника/мишљење стручних радника**

Да је стамбена заједница адекватна животна средина за особе са интелектуалном ометеношћу слаже се 27,7% стручњака док за 35,6% стручних радника то предност даје институционалном смештају. Међутим, стручни радници у највећем проценту се залажу за делимични успех и једног и другог облика заштите. Само 2,2% анкетираних сматра да стамбена заједница не помаже у интеграцији својих корисника, односно 4,4% да ту функцију не остварује дом.

Анализом добијених одговора стручних радника о предностима и недостацима стамбених заједница можемо наслутити присутне разлике између институционалног и отвореног модела помоћи и подршке.

**Табела 1. Проблеми социјалне интеграције корисника у домовима**

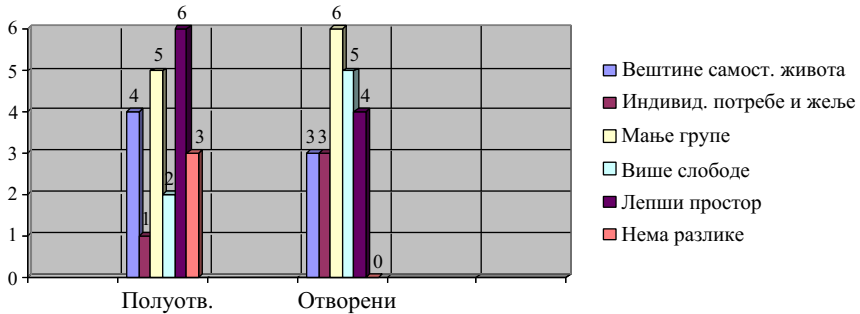
Најчешће образложење/ мишљење стручних радника:	
- специфичне карактеристике	11 (24,4%)
- стереотипност и једнообразност активности	6 (13,3%)
- непостојање планске припреме за отпуст	3 (6,7%)
- ретке вандомске активности	2 (4,4%)
- непотпуна социјализација	2 (4,4%)
- не знам	21 (46,7%)

Највећи број стручних радника (24,4%) издваја карактеристике интелектуалног хендикепа као проблем који ремети успешнију социјалну интеграцију домских корисника. У мањем броју стручни радници сматрају да проблеми у самој организацији рада и активности у домовима отежавају социјалну интеграцију својих корисника. Као најзначајнији проблеми се наводе: стереотипност и једнообразност активности; непостојање планске припреме за отпуст; ретке вандомске активности, непотпуна социјализација.

**Табела 2. Предности стамбених заједница у односу на домски смештај према мишљењу стручних радника**

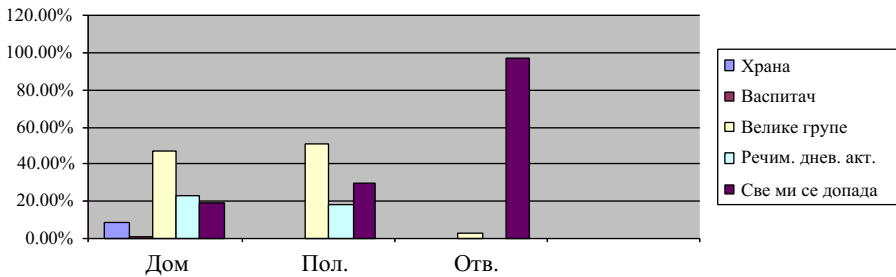
Предности стамбених заједница/ мишљење стручних радника	
природност животног амбијента	15 (33,3%)
породични модел социјално-васпитног рада	10 (22,2%)
разноврсност животних искустава	18 (40,0%)
слобода и одговорност	18 (40,0%)
већа самосталност и независност	13 (28,9%)
јачање личних капацитета	15 (33,3%)

Најчесталији одговори на основу којих су стручни радници навели предности стамбених заједница су: разноврсност животних искустава 40,0%, слобода и одговорност 40,0%, природност животног амбијента 33,3%, јачање личних капацитета 33,3%, већа самосталност и независност 28,9% као и породични модел социо-васпитног рада 22,2%.



**Графикон 2. Предности стамбених заједница према мишљењу корисника**

Испитивањем ставова особа са интелектуалном ометеношћу које живе у полуотвореном и отвореном моделу помоћи и подршке можемо видети да се они у својој суштини поклапају са мишљењем стручних радника о предностима ових модела организовања. Мањи број корисника који живи у лепшем простору, који има више слободе да задовољи своје потребе и жеље унапређујући своје способности кроз учење нових вештина је начин на који корисници стамбених заједница отвореног модела дефинишу свој начин живота.



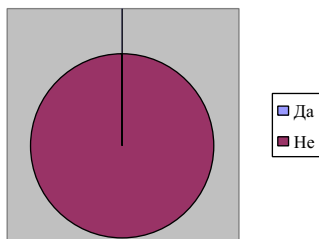
**Графикон 3. Шта се не допада у постојећем моделу / мишљење корисника**

Сви корисници стамбених заједница у отвореном моделу изузев једног су одговорили да им се све допада. Особе са интелектуалном ометеношћу које се налазе на институционалном смештају запажају све оне проблеме које наводе и стручни радници: велике групе, стереотипност дневних активности, једнолична храна. Међутим, одговори добијени од корисника полуинституционалног смештаја наводе на раз-



мишљање. Полуотворени модел је модел стамбеног организовања који по својој организацији живота и рада треба да се разликује од класичног домског смештаја. По својој намени овај модел би требао да има две функције: да припреми кориснике за отпуст из установе у отворену заједницу, или да буде сталан облик помоћи и подршке за кориснике за које се процени да је он најадекватнији. Из приказаних резултата видимо да се овај модел не разликује битније од домског смештаја, према процени његових корисника. Особе са интелектуалном ометеношћу ии даље у великом проценту препознају велике групе и стереотипност дневних активности као проблем у овом моделу.

Непосредну потврду о значају стамбених заједница у задовољавању основних потреба својих корисника можемо добити и анализом резултата добијених на питање да ли им се допада то што живе у дому, односно у полуотвореном и отвореном моделу.



*Графикон 4. Да ли би се вратио да живиш у дом*

Можда ће нам у решавању дилеме да ли је стамбена заједница адекватан модел помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу помоћи сами корисници. Податак да се ниједан корисник полуинституционалног и отвореног модела не би никад више вратио у дом говори сам за себе. Присутни недостаци нарочито у полуотвореном моделу треба да нас усмери ка његовом унапређењу а не негирању његовог значаја.

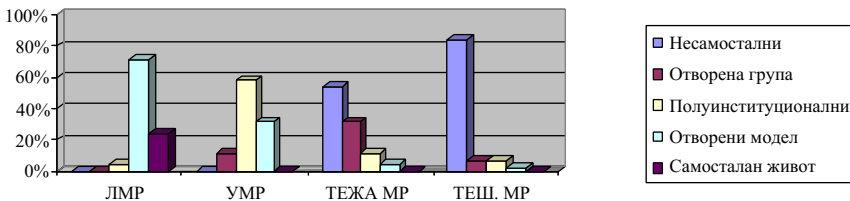
## 1.2. Модел стамбеног организовања према потребама корисника

Стручни радници су се одлучивали за пет понуђених облика становања за особе са интелектуалном ометеношћу:

- Немогућност самосталног живота- свеобухватна и интензивна помоћ и подршка у оквиру домских група;

- Отворена група- у мањем интензитету пружена помоћ и подршка у домским групама, при чему је становање организовано у дому али не у облику класичних домских група, већ са посебном организацијом живота и рада;
- Полуинституционални модел - посебне стамбене јединице у непосредном окружењу дома, са ограниченом и повременом подршком од стране стручних радника;
- Стамбене заједнице отвореног модела – пружена помоћ и подршке стручних радника је повремена и ограничена, стом разликом у односу на полуинституционални модел што је становање организовано у отвореној заједници;
- Самосталан живот – живот у отвореној заједници без помоћи и подршке стручних радника.

Стручни радници



*Графикон 5. Модел живота у зависности од способности корисника*

Највећи број стручних радника (71,2%) сматра да особе са лакоом интелектуалном ометеношћу треба да живе у отвореном моделу стим да 24,4% сматра да су ове особе способне за самосталан живот без помоћи и подршке стручних радника.

Особе са умереном интелектуалном ометеношћу према процени стручних радника нису способне за самосталан живот али 31,1% сматра да је живот ових особа у отвореној заједници могућ. Полуинституционални модел је за ове кориснике најадекватнији за 57,7% анкетираних.

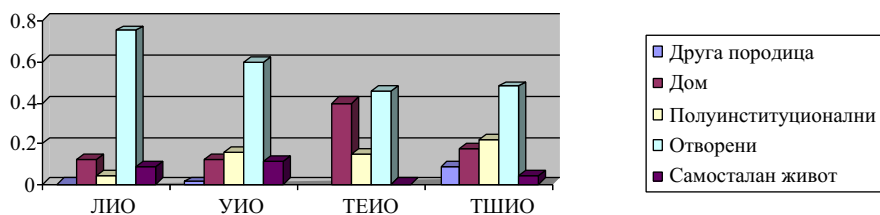
Немогућност самосталног становања за особе са тешком (53,3%) и тежом интелектуалном ометеношћу (84,4%) креира и начин живота ових особа. Најадекватнији модел живота за особе са тежом интелектуалном ометеношћу је отворена група (31,1%) и полуинституционални модел (11,1%). Могућност живота у отвореној заједници је према

процени стручних радника могућ и за особе са тежом интелектуалном ометеношћу (4,4%).

Особе са тешком интелектуалном ометеношћу су према мишљењу стручних радника не самостални па им је из тог разлога потребна стална и свеобухватна помоћ и подршка у домским групама (84,4%). Само мали број стручних радника сматра да је за ове кориснике најбољи модел живота у отвореним групама (6,7%) и полуинституционалном моделу помоћи и подршке (6,7%).

На основу приказаних резултата истраживања можемо закључити да се стручни радници у одабиру облика заштите првенствено руководе способности којима проистичу из категорија корисника.

### Корисници

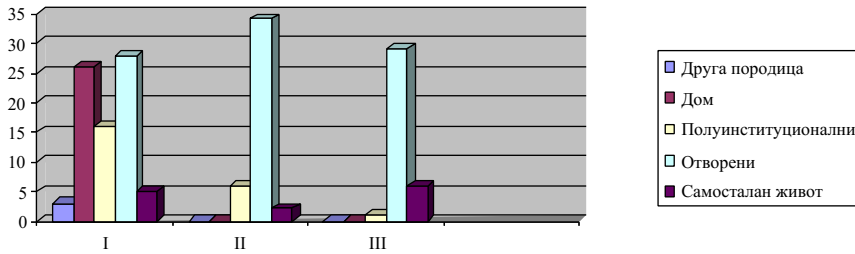


*Графикон 6. Модел живота према потребама корисника*

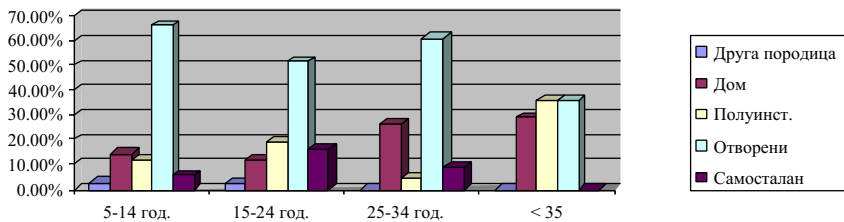
Особе са лаким интелектуалном ометеношћу у 75% виде свој живот у заједници и као самосталан модел живот (8,3%). Мањи број (12,5%) би остао да живи у дому док би се за полуинституционални модел помоћи и подршке одлучио само један корисник. Слична је ситуација и код особа са умереном интелектуалном ометеношћу (отворени модел 59,6% и самосталан живот 11,2%). Иако је домски смештај код корисника са тежом интелектуалном ометеношћу заступљен у већем проценту у односу на претходне две категорије (40%) и даље је живот у отвореној заједници најзаступљенији одговор (45,5%).

На графикону 7 можемо видети да је отворени модел идеал ка коме теже све особе са интелектуалном ометеношћу. Корисници који се већ налазе у стамбеним заједницама желе да свој начин живота задрже стим да постоји тежња ка самосталном животу једног броја корисника. Полуинституционалним моделом нису задовољни корисници који се налазе у њему зато што само 14,2% жели да ту остане док 80% сматра да је њихово место у отвореној заједници, са подршком или без

ње (4,8%). Иако је висок проценат оних корисника институционалног смештаја који жели да промени свој положај путем одласка у полуотворен (20,5%) и отворени модел (35,9%) и даље висок проценат корисника 33,3% не жели да промени свој положај. Једна од претпоставки је да дужина боравка утиче на облик помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу.



*Графикон 7. Међусобно упоређивање резултата корисника домског, полуинституционалног и отвореног модела*



*Графикон 8. Дужина боравка и модел помоћи и подршке*

Отворени модел помоћи и подршке у највећем проценту је присутан као могућност живота за особе са интелектуалном ометеношћу. Изузетак је категорија корисника који су најдуже боравили у институционалном смештају, који прихватају и полуинституционални и отворени модел са 35,7%. На пример, корисници који су били најкраће на институционалном смештају би и даље остале у дому у само 14,5%. Уколико би оне боравиле у истом моделу још 20 година 28,6% не би био спреман да промени овај облик живота и рада. Са већом дужином боравка особе са интелектуалном ометеношћу се у већем проценту одлучују за домски смештај.

Приказом резултата о међусобној повезаности дужине боравка и избором модела живота од стране самих корисника можемо предположити да што је дужи боравак у институционалном смештају већа је могућност равоја пасивности корисника који се из тих разлога не одлучују за отвореније моделе помоћи и подршке.

### ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

На основи приказаних резултата истраживања можемо да закључимо да садржај преосталих способности одређује степен неопходне помоћи и подршке особама са интелектуалном ометеношћу. Полазна претпоставка да је за особе лаког и умереног интелектуалном ометеношћу адекватан отворен модел стамбеног организовања а за особе са тежом и тешком интелектуалном ометеношћу полуотворени модел може се посматрати и са аспекта стручне процене, потреба и жеља самих корисника. Стручни радници препознају квалитете које особе са интелектуалном ометеношћу имају па у складу са нивоом помоћи и подршке која им је потребна и формирају моделе. Према резултатима истраживања особе са интелектуалном ометеношћу су спремне да мењају свој положај и да се укључе у живот заједнице. Такође, промену модела помоћи и подршке за особе са интелектуалном ометеношћу треба започети на најранијем узрасту како би се спречио настанак синдрома институционализације.

Основне карактеристике особа са лаког интелектуалном ометеношћу су могућност васпитања, образовања, професионалног и радног опсобљавања. Њихова социјализација као и особа са умереном интелектуалном ометеношћу је у већини случајева успешна. Ставови стручних радника потврђују хипотезу да становање уз подршку особа са лаког и умереном интелектуалном ометеношћу захтева мањи степен стручне помоћи и подршке те је најадекватнији облик становања онај који је организован у отвореној заједници. Особе са тежом интелектуалном ометеношћу могу обављати само једноставније радње самопослуживања и радне задатке под надзором док особе са тешком интелектуалном ометеношћу нису способне да воде рачуна саме о себи нити су способне за било какву врсту социјализације па самим тим им треба сталан надзор. Стручни радници потврђују хипотезу да је становање уз подршку за особе са тежом и тешком интелектуалном ометеношћу захтева већи степен стручне помоћи и подршке те је најадекватнији облик становања онај који је организован у непосредном окружењу установе за смештај корисника. Одређивање модела помоћи и подршке за осо-

бе са интелектуалном ометеношћу у односу на категоријална обележја је оправдано само са аспекта нивоа пружене подршке. Резултати овог истраживања нас упућују на закључак о успешнијој социјалној интеграцији корисника са лако и умереном интелектуалном ометеношћу. Особама са тежом и тешком интелектуалном ометеношћу је место у заједници јер скоро половина ових особа свој живот види у отвореном моделу помоћи и подршке.

Приказом резулата овог истраживања можемо да закључимо да је иницијатива за развијање стамбених заједница као вид помоћи и подршке проистекао из праксе односно из проблема отпуста корисника из установа социјалне заштите. Стамбене заједнице су у функцији интеграције својих корисника. Присутне тешкоће на које наилазе корисници стамбених заједница могу се решити уколико се овај модел и законски дефинише као услуга у систему социјалне заштите за особе са интелектуалном ометеношћу.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бркић М. (2002): *Теоријско методолошке основе социјалног рада у заједници*, Докторска дисертација, Београд;
2. Братковић Д. (2006): *Модели скрби у свијетлу људских права особа са интелектуалним тешкоћама*, Мобилизација и развој заједнице, Акцијско истраживање у Хрватској, Загреб;
3. Бркић М. (2002): *Теоријско методолошке основе социјалног рада у заједници*, Докторска дисертација, Београд;
4. Јакулић С. (1986) *Рехабилитација ментално ретардираних лица*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд;
5. Лакићевић М. (2006): *Методe и технике социјалног рада III*, ФПН, Београд;
6. *Национална стратегија за младе*, Тематска група за социјалну заштиту, Београд, 2008;
7. *Стандардна правила о изједначавању могућности које се пружају особама са инвалидитетом*, Генерална скупштина УН, резолуција бр. 48 од 20. децембра 1993;
8. *Стратегија развоја социјалне заштите*, Службени гласник РС, бр. 55/05 и 71/05,
9. Татић, Д. (2007) : *Људска права особа са инвалидитетом*, Докторска дисертација, ФПН, Београд;
10. Handicap Internacional, *Изван деинституционализације, нестабилна транзиција ка систему који пружа подршку у југоисточној Европи*, Регионални извештај, 2004;

## ADVANTAGE AND DISADVANTAGE OF LIFE IN COMMUNITY FOR PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY

\*SLAĐANA VASOJEVIĆ, \*\*FADILJ EMINOVIĆ, \*\*RADMILA NIKIĆ

\*House for retarded children and adolescents in the mental development, Sremčica

\*\* Faculty of special education and rehabilitation, Belgrade

### SUMMARY

The preliminary determination of the subject of this research influenced the insufficient scientific knowledge in the field of quality of life houses users who have left this model of social support and continue living in the open community. In this scientific paper presents results of research that was done during 2008. in residential institutions in Serbia and the type of alternative models of assistance and support. The subject of this paper is aimed at determining the quality of life of persons with intellectual disability Serbia evaluation of subjective and objective indicators. In this paper defined the process of deinstitutionalisation of social protection, services, residential communities and the institutional model of assistance and support for people with intellectual disability. The underlying assumption of this research is that services residential communities based on human rights, promote participation, freedom of participation and taking responsibility for own quality of life, and that the appropriate form of assistance and support to people with intellectual disability.

The results of this study are listed in the key indicators that life in an open community for people with intellectual disability determine the possible and necessary: attitudes of professional workers, quality of support proper social network, subjective perceptions of people with intellectual disability on the quality of life. In conclusion, the paper highlighted the advantages of living in the community for this social group and listed shortcomings of traditional models of care.

**KEY WORDS:** Residences community, intellectual disability, deinstitutionalization





## ДЕИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЈА И КВАЛИТЕТ ЖИВОТА У ЗАЈЕДНИЦИ ОСОБА СА ИНТЕЛЕКТУАЛНОМ ОМЕТЕНОШЋУ

*Светлана Каљача, Бојан Дучић*

Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд

*Деинституционализација је процес премештања особа са ометеношћу из резиденцијалних установа у природно социјално окружење. Да би ове особе достигле квалитет живота који је типичан за дату заједницу, неопходано је постојање система индивидуалне подршке. Већина истраживања која су имала за циљ процену ефеката овог процеса, показала су да живот у заједници има позитиван утицај на већину процењених способности од којих зависи квалитет адаптивног понашања особа са интелектуалном ометеношћу.*

*КЉУЧНЕ РЕЧИ: деинституционализација, интелектуална ометеност, квалитет живота*

### УВОД

Положај особа са тежим облицима интелектуалне ометености у друштву, историјски посматрано, обележен је ставом да су оне различите у односу на већинску популацију, углавном мање вредне, што је резултирало њиховом стигматизацијом, одбацивањем и социјалном изолацијом. Последице су се огледале у институционализацији ових особа, чији је карактер био разнородан у зависности од социо-економског контекста и актуелног тренутка у коме се овај процес одвијао.

Први облик социјалног протеста против недопустивог односа према особама ометеним у развоју и њихове социјалне искључености садржан је у процесу деинституционализације који је по својој суштини означио и прекретницу у борби за људска права уопште. Деинституционализација је означила настојања да се особе са ометеношћу „изву-

ку“ из институција и врате у своје кућне заједнице. Иницијатори овог социјалног покрета су углавном били родитељи ових особа, као и они који су непосредно радили са њима. Ставови и конкретне активности су се заснивали на принципима нормализације, чији је утемељивач W. Wolfensberger, социолог, пореклом из Канаде. Према његовој теорији, уколико од ових особа очекујемо да се понашају и функционишу у складу са социјалним захтевима средине у којој живе, неопходно је да им се и омогуће услови да живе уклопљени у тој средини, као и да имају могућност да уче и стичу неопходна социјална знања и искуство. У супротном ове особе немају одговарајућу алтернативу и њихова судбина је унапред везана искључиво за домове за збрињавање (Wolfensberger, 1972).

Снажан подстрек процесу деинституционализације, догодио се 70-их година прошлог века преласком са медицинског на социјални модел ометености, што је представљало корениту промену у поимању овог феномена, као и ставова према особама са ометеношћу. Ова филозофија први пут указује на неопходност да се проблеми и недостаци не могу тражити у појединцу, већ у друштву. Суштина проблема садржана је у социјалним баријерама и предрасудама, што имплицира потребу да се тежиште промена пребацује са особе са ометеношћу на социјално окружење. Друштво мора да обезбеди амбијент у коме ће свака особа самостално доносити одлуке битне за њену животну перспективу, уместо да буде пасивна жртва или објекат сажаљења и милосрђа.

Може се рећи да су пионири у процесу деинституционализације биле скандинавске земље, као и САД и Велика Британија. Разни типови смештаја, засновани на животу у заједници, постепено замењују традиционалне институционалне моделе. Треба нагласити да је овај процес био присутан, не само у наведеним земљама, али да се у њима знатно брже одвијао, што се доводи у везу и са њиховом економском моћи. Тако је 1967. године, више од 195 000 Американаца живело у великим јавним објектима, док је тај број 2000. године опао на око 50 000. Преко 100 000 особа измештено је из институционалних, сегрегираних објеката у хуманија окружења у локалној заједници (Spreat, Congroy, Fullerton, 2005). Процењује се да у Великој Британији има око 210 000 особа са тежим облицима интелектуалне ометености (у даљем тексту ИО). Насупрот њима, око две трећине ове популације живи у свом породичном окружењу, док су остали смештени у малим кућним заједницама, заснованим на принципима живота у заједници (Hatton et al., 1995).

Све до касних седамдесетих година прошлог века, у нашој средини се сматрало да је најбољи облик збрињавања ових особа управо у некој од масовних институција, затвореног или полузатвореног карактера.

Иако се у погледу овог социјалног проблема могу уочити значајне промене у ставовима, традиционална тенденција институционализације ове популације, у нашим условима и даље је, нажалост, веома присутна. Због тога се већина одраслих особа са тежим облицима ИО (умерена, тешка и дубока ИО) и данас налази у институцијама. Ово стање је последица вишедеценијског односа, како стручне, тако и лаичке јавности према овим особама, чија се суштина огледа у ставу да су оне онемогућене да учествују у било ком виду едукације, радног оспособљавања и ангажовања. Тиме се унапред одбацује свака идеја о њиховом, чак и елементарном самосталном животу и укључивању у заједницу. Поред овога, породице често нису биле у могућности да преузму бригу о својој деци и да им пруже оптималан квалитет живота, како у области егзистенције, тако и у васпитању и образовању. Разлози за то су разноврсти, а најчешће се наводе: здравствено стање родитеља, материјалне прилике, као и разлози социо-културног карактера. Подршка, коју је друштво пружало овим породицама, најчешће није била довољна или адекватна, да би им омогућила да се брину о свом подмлатку и у оним случајевима када је постојала врло јасна иницијална жеља родитеља да то чине. Чак и у ситуацијама када је то било могуће, увек се постављало питање, каква будућност очекује њихову децу, када они, родитељи, из биолошких разлога, не буду више могли да брину о њима. Тада се идеја институционализације најчешће наметала као једино могуће прагматско решење за будућност ових особа. Уколико имамо у виду да је велики број, а можда и већина, оних особа које се данас налазе у институцијама, напуштен од стране својих примарних породица већ на рођењу или у најранијем детињству, због чега се њихов животни пут углавном усмерава од једне до друге институције, онда је овакв начин социјално збрињавања у потпуном нескладу са хуманистичким идејама савременог демократског друштва.

Крајем прошлог века, а данас нарочито, у нашој средини, све више се говори о квалитету живота у заједници особа са ИО, као и предусловима које треба обезбедити да бисмо те стандарде постигли. На овакве промене у ставовима утицао је општи развој друштва, промене у вредновању људске индивидуалности, положаја појединца у друштву, као и захтеви за дефинисање и реализацију људских права. Ипак, треба рећи да као последица протеклог времена и данас код нас постоји седам великих институција – домова, у којима је збринуто око две хиљаде деце, младих и одраслих, који функционишу на различитим нивоима интелектуалне ометености (Каљача, 2008).

## Стратегија деинституционализације

Деинституционализација је термин који описује процес пресељења особа из институционалних облика смештаја и заштите у друге, природније услове. Током овог процеса би требало на доследан, систематичан начин, низом континуираних конкретних активности отклонити штетне последице наметнутог начина живљења особама које су биле изоловане од остатка друштва. Најексплицитнија негативна последица овог типа социјалне изолације садржана је у ограниченим животним алтернативама које се нуде особама смештеним у институције, чиме се оне, поред примарне ометености, додатно социјално и животно депривирају. Одговорност за ту ситуацију сноси друштво чији су они чланови. Насупрот овом концепту је филозофија инклузије и то у најширем смислу.

Анализом досадашњег искуства када је реч о деинституционализацији, уочавају се сличности у карактеру и динамици овог процеса у земљама које су у транзицији. Доминантан тип стратегије деинституционализације у овим земљама односио се с једне стране на саме резиденцијалне установе (настојало се да се смањи број корисника кроз обуставу пријема нових, као и отпуштање оних који су већ извесно време на тај начин збринути), а с друге стране радило се на дефинисању алтернативних решења која би омогућила и унапредила квалитет њиховог живота у заједници. Коначни исходи оваквог приступа били су веома скромни. Наиме, број особа у институцијама се није значајније умањено, док је број оних којима су неопходне социјалне престације државе, повећан (Бошњак, 2003). Као значајан проблем истиче се и чињеница да су могућности за развој алтернативних облика социјалног збрињавања у локалној заједници спорадична, недовољна, а да је цео овај процес некохерentan, без системског, а делимично и законског утемељења. Недовољни материјални ресурси државе у области социјалне заштите, као и чешће ослањање на невладин сектор и финансијску помоћ из иностранства, довели су до тога да се и дефинисане стратегије деинституционализације не спроводе довољно ефикасно, да је овим процесом обухваћен врло ограничен број деце и младих, као и то да је неизвесна перспектива оних који су из установа прешли у отворену срећу (Бошњак, 2003).

Сви аутори који се баве овом проблематиком су сагласни у ставу да ће динамика и карактер деинституционализације у једној средини зависити пре свега од могућности да се у том друштву креирају и учине доступни нови модели социјалне заштите за особе које су напустиле институције (Ericsson, 2005). У том смислу од пресудног значаја је посто-

јање система служби подршке који би омогућио не само нове перспективе овој популацији, већ и реалне могућности избора и реализације жељеног. Ериксон наводи да би окоснице пружања подршке требало да буду у области заштићеног становања и у области дневних животних активности (Ericsson, 1997).

У нашој средини активности којима би се реализовали циљеви националне стратегије у процесу деинституционализације, усмерене су на развој усвојитељских и хранитељских породица, мреже дневних боравака, програме заштићеног становања, као и и подршку у области запошљавања, којом би се обезбедило једно од основних људских права (Бошњак, 2003., Петровић и сар., 2007).

Предлаже се неколико основних принципа које би требало поштовати у формирању мреже сервиса за услуге и подршку:

1. принцип близине (сматра се да децу не треба издвајати из њиховог природног окружења, чак и у ситуацијама када је неопходно да напусте примарне породице, требало би да остану у локалној заједници у којој су боравила до тада);

2. смањење броја деце и младих у резиденцијалним установама кад год је то могуће и њихово укључивање у алтернативне облике заштите у локалној заједници

3. оптимално ограничење величине и капацитета постојећих мега институција у корист оних који би имале мањи број корисника и разноврснији репертоар услуга, заснованих на индивидуалним потребама

4. хоризонтално и вертикално повезивање система услуга и подршке по критеријумима територијалне поделе, индивидуалним потребама особа са ометеношћу, као и врсти и сложености услуга (Бошњак, 2003).

Каминс и Лау (Cummins i Lau, 2003) истичу да постоји квалитативна разлика између два процеса који подразумевају деинституционализацију, а то су излагање заједници и са друге стране, интеграција у њу. Уколикосе ради само о физичком присуству, а не и активној социјалној улози, која би резултирала осећањем потпуне припадности и социјалне партиципације, не може се говорити о интеграцији у правом смислу. Да би ово потоње било могуће, неопходна је и промена традиционалних ставова заједнице према особама са ИО, који су најчешће обојене предрасудама, али и припрема одговарајуће законске регулативе на којој би била заснована системска, континуирана мрежа индивидуалне подршке.

### Квалитет живота у заједници

Светска здравствена организација је 1993. године дефинисала квалитет живљења као меру властите процене свог положаја у друштву, остварености својих циљева, очекивања и жеља, а у односу на социо-културни контекст у коме појединац живи. Индивидуална процена се односи на различите аспекте као што су: физичко и здравствено стање, психолошки статус, степен смаосталности, квалитет социјалних односа који се успоставља са другима, лични систем вредности и стандарда, као и однос према важним социјалним појавама (Hughes i dr., 1995, према Братковић, Розман, 2006). Квалитет живота се посматра и кроз призму индивидуалног осећања задовољства и незадовољства собом и својим животом, као и осећањем среће или туге код особе (Oliver, 1997. према Братковић, Розман, 2006).

Појавом социјалног модела ометености и филозофије инклузије дошло је до коренистих промена у односу према личности особа са интелектуалном ометеношћу, а нарочито у ставовима који се односе на њихове потенцијале да преузму одређене социјалне улоге и заузму оптималну позицију у друштву. У складу са тим, наводи се и шест основних димензија квалитета живота особа са ИО, које се заснивају међусобној узрочно-последичној вези између могућности задовољавања индивидуалних потреба и социо-еколошких оквира које даје дати социјални контекст (Strassmeier, 1996., према Билић, Братковић, 2004).

Прва димензија се односи на индикаторе становања, према којима се утврђује ниво задовољења основних потреба, осећање задовољства, квалитет социјалних односа који се успостављају са другима, личне компетенције, самосталност и независност у односу на сналажење у домаћинству.

Друга димензија подразумева материјални статус особе у односу на потребе које проистичу из самосталног становања, као што је уређење и опремљеност животног простора.

Трећа димензија обухвата анализу квалитета и динамике социјалних односа са другим особама, како са онима који живе у истом стамбеном простору, тако и са рођацима, пријатељима, као и особама које пружају индивидуалну подршку (специјални едукатори, психолози, терпеути, неговатељи).

Четврта димензија се односи на процену учесталости и квалитета различитих социјалних активности које особа обавља у свакодневном животу, а пре свега оних које су везане за радне активности и организацију слободног времена.



Петом димензијом се анализира степен прихваћености ових особа у широј заједници, као и квалитет обављања неке од преузетих социјалних улога.

Шестом димензијом се процењује степен задовољства које исказују стручњаци и друге особе које учествују непосредно у процесу едукације и рехабилитације. Процене се врше у односу на услове рада, рехабилитационе концепте, оптерећење и др.

Имајући у виду да је оптимална индивидуална социјална подршка, која се пружа свакој особи са ИО, од пресудног значаја за остварени квалитет њеног живота, веома је значајно проценити ефекат актуелног концепта подршке и то, пре свега, оног аспекта који се односи на услове становања, развој компетенција за обављање свакодневних активности, самосталности у доношењу одлука, као и смањењу тенденција ка социјалној изолацији (Теодоровић, 1996., према Билић, Братковић, 2004).

Истраживање квалитет живота у заједници (животне навике и задовољство животним навикама), код деце са ИО и деце са аутизмом, календарског узраста између 4 и 16 година, показало је да деца са умереном ИО, у нашој средини, имају знатно нижи квалитет животних навика од деце са лаком ИО, при чему аутори сматрају да се овај налаз не може ставити у контекст типа и степена тешкоћа (Глумбић, Бројчин, 2006). Посебно се истиче недостатак активности у заједници, као што су учешће на спортским и културним манифестацијама и социјална мобилност ове деце. Веома су ретке социјалне ситуације у којима они самоиницијативно успостављају контакте с другим особама у локалној заједници и да се то одвија без посредовања школе или неке невладине организације. Са друге стране, специјални едукатори, који раде са овом децом, углавном су задовољни квалитетом социјалне партиципације ове деце, што може да се повеже и са могућим нижим нивоом њихових професионалних аспирација.

Евалуација квалитета живота код одраслих особа са ИО које су укључене у програм становања уз подршку, показала је да је већина испитаника (63%) задовољна својим животом, као и то да имају прилике да се забављају и уживају у животу (Билић, Братковић, 2004). Нешто мање од половине (46,5%) сматра да им је добро колико и другима, али исто толико мисли да им је и боље, осим два испитаника који су се изјаснили да живе лошијим животом од већине других у окружењу. Готово сви испитаници припадају категорији задовољних животом у заједници, при чему је две трећине изузетно задовољно. Веома висок проценат испитаних (90%) изједначава себе са другим људима у погледу личног успеха, због чега свој живот сматрају веома значајним. Већина особа у овом истраживању сматра себе компетентним у послу који

обавља и задовољно је својим радним местом. Када је реч о самосталности у доношењу одлука, она се углавном уочава у свакодневним активностима, као што је задовољење елементарних потреба или избор садржаја у слободном времену. Одлуке које се односе на запошљавање, расподелу новца, одласке код лекара и сл., углавном се доносе у договору са особљем које пружа подршку. Добијени резултати овог истраживања који се односе на област социјалних интеракција и укључености у заједницу, у сагласности су са већ наведеним резултатима у нашој средини (Глумбић, Бројчин, 2006). Наиме, и ово истраживање је указало да веома мали број особа учествује у рекреативним активностима или неким другим облицима организованог слободног времена. Социјалне интеракције се углавном свде на учтиво поздрављање са другима.

Процена корелације између нивоа социјалне компетенције, социјалне партиципације и квалитета живота код особа са ИО, које су прошле кроз процес деинституционализације у нашој средини и укључене су у заштићено становање, показало је да је осећање задовољства у мањој мери повезано са социјалном компетенцијом, а знатно више са могућностима социјалне партиципације (Петровић и сар., 2007).

Резултати наведеног истраживања указују на висок степен социјалне партиципације корисника програма, изузев у случају неких социјалних ресурса, што се пре свега односи на суседство (већина станова су у стамбеним зградама, које се и иначе одликују слабом међусуседском комуникацијом). Недовољна сарадња уочава се и са центрима за социјални рад, што се објашњава превеликим бројем корисника у односу на број запослених, као и начином организације рада центара у односу на система смештаја корисника што онемогућава квалитетније и интензивније односе. Аутори истраживања наглашавају недовољну динамику социјалних односа испитаника и стационарне установе у којој су живели до почетка програма становања уз подршку (са повећањем самосталности и квалитета живота, корисници исказују све мању потребу за релацијама са стационарном установом). Резултати показују различит степен задовољства процењеним аспектима живљења У највећој мери испитаници су задовољни условима становања, сустанарима, службом подршке, односима с пријатељима. Најмање задовољства ове особе имају у погледу односа са стационарном установом у којој су раније боравили, матичним центрима за социјални рад, али и могућношћу да партиципирају у културним догађајима у заједници (Петровић и сар., 2007).

Розман Б. је у истраживању сличног дизајна, утврдила постојање позитиване корелације између дужине боравка у заједници (у оквиру програма заштићеног становања) и квалитета личне компетенције испи-

танике. Позитиван ефекат се нарочито исказао у области личне хигијене, руковање новцем, исхрана, спремање и чишћење, самоперцепција и самопроцена и др. Ауторка сматра да су на пораст личне компетенције у наведеним областима од пресудног значаја биле могућности стицања нових животних и социјалних искустава, што је у изолованим условима готово немогуће, као и то да су стручне службе које су испитаницима, после деинституционализације, пружале подршку биле усмерене на јачање сигурности, самосвести, развијање боље слике о себи што се и одразило на област самоперцепција и самопроцена (Розман, 2007).

Резултати једне студије праћења у Великој Британији која је имала за циљ да утврди присуство позитивних промена код особа које су напустиле резиденцијалне установе и наставиле живот у заједници, показују статистички значајне промене у области присуства особа у заједници (социјална партиципација у животним токовима), способности вршења избора у свакодневном животу, компетенције извођења сврсисходних активности у свакодневном животу, као и позитивно вредновање те социјалне партиципације (Flynn, Lemay, 1999).

Циљ једног истраживања спроведеног у Аустралији била је процена присуства промена у области адаптивног и маладаптивног понашања, способности вршења избора и одлучивања, као и нивоа задовољства квалитетом живота код сто испитаника, свих нивоа интелектуалне ометености, старости од двадесет до шездесет година, који су прошли процес деинституционализације. Када је реч о адаптивном понашању, на основу глобалног скорa уочила се директна корелација са степеном ометености, док се године старости нису показале као релевантне за скорове на процени адаптивног понашања, са изузетком групе старости од двадесет до тридесет и девет година, која је напредовала у процењеној области одговорности. Код нешто старије групе испитаника (40-59 год.), ипак је уочен напредак у активностима везаним за економију, социјализацију, одговорност, самосталност и домаћинство. Маладаптивно понашање је било непромењено у односу на период боравка у институцији, док је способност вршења избора директно зависила од обе независне варијабле (ниво ометености и животне старости). Најслабије скорове су имали најмлађи испитаници са тежим обликом ИО. Када је реч о задовољству квалитетом живота, сви испитаници су, без обзира на године старости и ниво интелектуалног функционисања, показали позитивне тенденције у погледу свог материјалног, физичког, социо-емоционалног благостања, друштвене доступности и услова становања. Аутори су закључили да се годиште испитаника показало као значајнија варијабла од нивоа ометености у свим испитиваним областима (Young, Ashman, 2007).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бошњак В.(2003): Динституционализација у социјалној заштити деце, системска перспектива, Социјална мисао, 2-3, стр. 7 – 28
2. Братковић Д., Розман Б. (2006): Чимбеници квалитета живљења особа са интелектуалним тешкоћама, Хрватска ревија за рехабилитацијска истраживања, Вол. 42, 2, стр. 101 – 112
3. Братковић Д., Билић М. (2004): Ставови према способности особа с менталном ретардацијом, Зборник радова са скупа “ Добра едукацијско-рехабилитацијска пракса за 21. стољеће“, Тракошћан, стр. 191 – 202
4. Cummins R.A., Lauy A.L.D. (2003): Community Integration or Community Exposure? A Review and Discussion in Relation to People with an Intellectual Disability, Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 16, pp. 145 - 157
5. Ericsson K. (1997): Daily activities with support: Establishment and development of community services in changing society. Presented at EU-project Career, Gavle. Theme Disability & Support, Department of Education, Uppsala University, Sweden
6. Ericsson K. (2005): The Institution of the Mind – The Final Challenge, Learning Disability Review 10 (1), 57-61
7. Glumbić N, Brojčin B. (2006): Život u zajednici djece s mentalnom retardacijom i autizmom, Zbornik radova sa međunarodnog skupa “ Rehabilitacija – stanje i perspective djece s teškoćama u razvoju I osoba s invaliditetom, Rijeka, Hrvatska, str. 276 – 283
8. Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J., and Henderson, D. (1995): The quality and costs of residential services for adults with multiple disabilities: A comparative evaluation, Research in Developmental Disabilities, 16(6), 439–460.
9. Каљача С. (2008): Умерена интелектуална ометеност, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, ЦИДД, Београд
10. Петровић Б., Стојисављевић Д., Новак Ј., Лукић Д. (2007): Степен социјалне партиципације и социјална компетентност особа са интелектуалним тешкоћама, Социјална мисао, 4, стр. 105 – 117
11. Розман Б. (2007): Утјецај у заједници утемељене рехабилитације на компетентност деинституционализованих особа с интелектуалним тешкоћама, Хрватска ревија за рехабилитацијска истраживања, Вол. 43, 2, стр. 67 – 81
11. Spreat, S., Conroy, J., and Fullerton, A. (2005): A cost–benefit analysis of community and institutional placements for persons with mental retardation in Oklahoma, Research in Developmental Disabilities 26, pp. 17 – 31
12. Wolfensberger J.A. (1972): The Principle of Normalization in Human Management Services, National Institute of Mental Retardation, Toronto
14. Young L., Ashman A. (2004): Deinstitutionalization for Older Adults with Severe Mental Retardation: Results from Australia, American Journal of Mental Retardation, Vol 109, numb.5, pp.397-412

**DEINSTITUTIONALIZATION AND QUALITY OF LIFE  
IN COMMUNITY OF PERSONS  
WITH INTELLECTUAL DISABILITIES**

SVETLANA KALJAČA, BOJAN DUČIĆ

Faculty of Special Education and Rehabilitation, Belgrade

**SUMMARY**

Deinstitutionalization is the process of transferring persons with disabilities from residential facilities to natural social environment. Individualized support is necessary prerequisite for these people to reach the quality of life that is typical for the community. Most of the research that aimed to assess the effects of this process, showed that life in the community has a positive impact on the majority of the estimated capabilities of which depends the quality of adaptive behavior of persons with intellectual disability.

KEY WORDS: deinstitutionalization, intellectual disability, quality of life

