

ZDRAVSTVENA PSIHOLOGIJA

Materijali za učenje za 4. razred srednjoškolskog obrazovanja smjer
fizioterapeutske tehničar/tehničarka
(samo za internu upotrebu)



Tamara Miljević, mag.psych.

NASTAVNE CJELINE :

1. PSIHOLOGIJA REHABILITACIJE	
1.1. Područja istraživanja zdravstvene psihologije.....	4
1.2. Psihologija rehabilitacije (definicija i koncept).....	6
2. TJELESNI NEDOSTACI, BOLESTI I PSIHIČKA STANJA	
2.1. Psihološke reakcije na gubitak tjelesnih funkcija (opće i specifične).....	10
2.2. Psihološka pomoć nakon teških ozljeda.....	16
2.3. Psihološki i socijalni aspekti boli.....	17
2.4. Povezanost tjelesnih oštećenja i osobina ličnosti s motivacijom u rehabilitaciji.....	21
2.5. Psihosocijalna prilagodba osoba s invaliditetom.....	23
2.6. Oblikovanje stavova prema osobama s invaliditetom.....	25
3. RATNA ZBIVANJA I PSIHIČKE REAKCIJE	
3.1. Posttraumatski stresni poremećaj.....	28
4. PRISTUP DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU	
4.1. Mentalna retardacija.....	31
4.2. Autizam.....	35
4.3. Hiperaktivni poremećaj.....	38
4.4. Poremećaj senzorne integracije.....	41
5. ZDRAVSTVENA PSIHOLOGIJA I POSAO	
5.1. Nesreće na poslu.....	42
5.2. Socijalna potpora i samozaštitne grupe.....	44
6. LITERATURA	

1. PSIHOLOGIJA REHABILITACIJE

Ishodi učenja:

- nabrojati i opisati osnovna područja istraživanja zdravstvene psihologije
- definirati psihologiju rehabilitacije
- nabrojati i opisati funkcije ljudskog tijela



1.1. PODRUČJA ISTRAŽIVANJA ZDRAVSTVENE PSIHOLOGIJE

ZDRAVSTVENA PSIHOLOGIJA je područje psihologije koje se bavi proučavanjem utjecaja psihičkih stanja i psihičkih procesa na na stanak i tijek tjelesnih bolesti kao i utjecajem tjelesnih stanja i tjelesnih bolesti na psihički život pojedinca.

Prije pojave zdravstvene psihologije kao posebnog područja psihologije, tradicionalna veza psihologije s medicinom bila je u području kliničke psihologije. Međutim, dominantna usmjerenost kliničke psihologije na dijagnostiku i terapiju psihičkih poremećaja nije ostavljala mnogo prostora za bavljenje psihološkim vidovima tjelesnih bolesti.

No, masovnom pojavom novih, nezaraznih tjelesnih bolesti, u čijem nastajanju psihički rizični čimbenici (posebice stres) imaju značajan učinak, krajem 70-ih godina 20. Stoljeća započinje i sve veće zanimanje psihologa za utjecaj psihičkih stanja na tjelesno zdravlje. Sukladno tomu, predlaže se novi, cjelovitiji biopsihosocijalni model koji zdravlje i bolest tumači kao rezultat interakcije brojnih bioloških, psiholoških i socijalnih činitelja (Engel, 1977; prema Zarevski).

PODRUČJA ZDRAVSTVENE PSIHOLOGIJE

Područja kojima se zdravstvena psihologija nakon svojih početaka počinje baviti su:

- psihološki činitelji zdravstvenih rizika (utvrđivanje i praćenje rizičnih skupina stanovništva)
- načini prevencije rizičnih činitelja
- načini formiranja pozitivnih oblika zdravstvenog ponašanja
- psihološki vidovi pojedinih simptoma, dijagnoza i medicinskih postupaka
- utjecaj psihološkog stresa na nastanak i tijek bolesti, psihosocijalni vidovi pojedinih bolesti
- problemi pridržavanja zdravstvenih savjeta i uputa
- važnost i problemi komunikacije između zdravstvenih djelatnika i bolesnika
- psihološke intervencije kod kritičnih zdravstvenih stanja
- strategije suočavanja s bolešću i smrti
- psihološki mehanizmi boli
- specifični zdravstveno – psihološki problemi (npr. Problemi bolesnika s dijabetesom, problemi bolesne djece, problemi bolesnika izloženih medicinskim zahvatima i sl.)

Iz prethodno navedenih područja kojima se zdravstvena psihologija bavi proizlaze i posebne grane zdravstvene psihologije koje su prvenstveno vezane uz psihosocijalnu problematiku bolesnika u pojedinim medicinskim specijalnostima:

- pedijatrija - pedijatrijska psihologija
- kardiologija i kardiokirurgija – bihevioralna kardiologija
- onkologija – psihoonkologija
- neurologija – neuropsihologija
- fizikalna medicina – psihologija rehabilitacije
- dermatologija – psihodermatologija
- anesteziologija – psihologija boli
- imunologija – psihoneuroimunologija

RAZVOJ ZDRAVSTVENE PSIHOLOGIJE

Rane začetke razvoja zdravstvene psihologije nalazimo u SAD-u još početkom 20. Stoljeća koji se ponajviše očituju u pokušajima da se u nastavne programe medicinskih fakulteta uvrste sadržaji iz psihologije. Veliki doprinos tomu dao je i poznati biheviorist John Watson. Nakon 60-ih godina 20. Stoljeća započinje sve veće zapošljavanje psihologa u zdravstvu, u početku najviše na psihijatrijskim odjelima a nakon 70-ih godina i izvan psihijatrijske djelatnosti (zbog sve većeg interesa za istraživanje djelovanja stresa na kronične bolesti). Konačno, krajem 70-ih godina osnovana je Sekcija za zdravstvenu psihologiju Američkog psihološkog društva i počeli izlaziti prvi časopisi s tematikom iz tog područja: *Journal of Bibehavioral Medicine, Health Psychology i Rehabilitation Psychology*.

Zdravstvena psihologija u Hrvatskoj

Ramiro Bujas je još 1926. Godine započeo suradnju s liječnicima, specijalistima porodništva, proučavajući utjecaj sugestije u budnom stanju na ublažavanje porođajnih bolova.

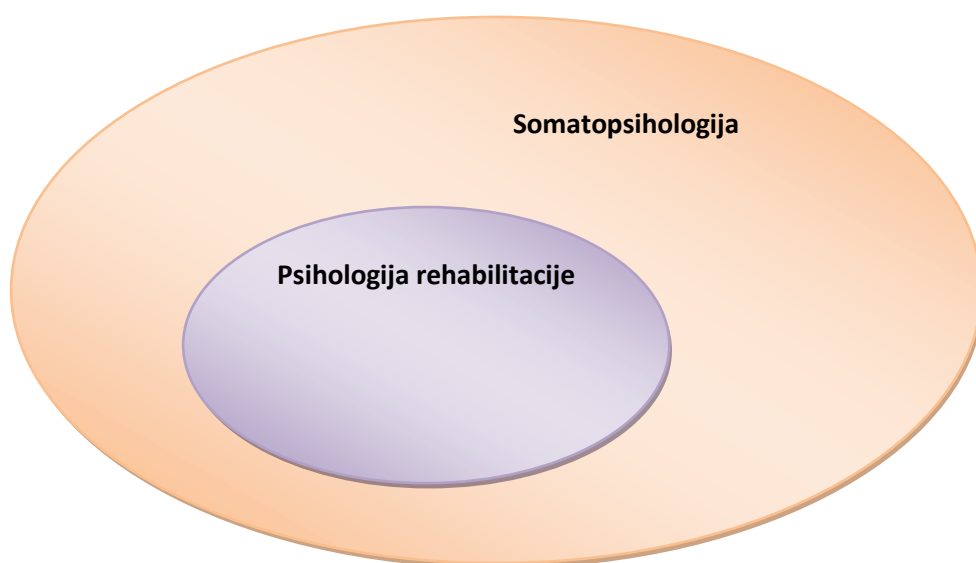
Zdravstvena psihologija kao nastavni predmet u Hrvatskoj prvi put je uvedena u nastavne programe na Višoj medicinskoj školi u Zagrebu 1982. Godine. U srednje zdravstvene škole zdravstvena je psihologija uvedena 1986. Godine.

1.2. PSIHLOGIJA REHABILITACIJE

SOMATOPSIHIKA ILI SOMATOPSIHOLOGIJA je područje koje se bavi utjecajem tjelesnih bolesti na psihička stanja.

Naziv somatopsihologija pojavljuje se 50-ih godina 20. Stoljeća kada se javlja izražena potreba za proučavanjem psiholoških stanja mnogih invalidnih osoba, stradalih u drugom svjetskom ratu i potreba za ispitivanjem utjecaja ovih psihičkih stanja na proces rehabilitacije invalidnih osoba.

Ponekad se u literaturi ovo područje naziva i psihologija rehabilitacije. Međutim, somatopsihologija je mnogo širi pojam jer obuhvaća i bolesnike i invalide. Osim utvrđivanja psiholoških posljedica izazvanim tjelesnim bolestima i oštećenjima, veliki interes područja istraživanja somatopsihologije jest i istraživanje utjecaja socijalne sredine na proces prilagodbe bolesnika na tjelesnu bolest i tjelesno oštećenje.



Slika 1. Odnos psihologije rehabilitacije i somatopsihologije obzirom na opseg istraživanja

Jedan od vrlo važnih koncepata somatopsihologije jest *koncept percepcije vlastitog tijela*.

PERCEPCIJA VLASTITOG TIJELA predstavlja mentalnu predodžbu koju pojedinac ima o svojoj tjelesnosti. Ona nas razlikuje od svih ostalih pojedinaca ina neki način predstavlja granice između nas i drugih osoba. Pojam percepcije vlastitog tijela ne obuhvaća samo i isključivo tjelesna obilježja već cjelokupne sposobnosti za koje percipiramo da ih naše tijelo posjeduje. Slika o samom sebi razvija se procesom socijalizacije što dovodi do pretpostavke da percepcija vlastitog tijela ima svoju ulogu u razvoju stabilne ličnosti. Naime, ukoliko slika samog sebe značajno odstupa od standarda koje pojedinac smatra normalnim, postoji mogućnost razvoja „abnormalnih“ ili „nestabilnih“ crta ličnosti.

Uz pojam percepcije vlastitog tijela usko je vezan i pojam percepcije vlastitog prostora. Antropolozi su utvrdili da postoje četiri zone udaljenosti koje pokazuju koji prostor oko vlastitog tijela pojedinac percipira kao svoj:

1. *ZONA INTIMNE UDALJENOSTI* – do oko pola metra udaljenosti od osobe s kojom komuniciramo; uobičajna u intimnim prijateljskim odnosima, kontaktima djece i roditelja, liječnika i pacijenta i sl.
2. *ZONA OSOBNE UDALJENOSTI* – od pola metra do jednog metra (neznatno više) – uobičajne svakodnevne aktivnosti u domaćinstvu, na poslu (npr. rukovanje)
3. *ZONA SOCIJALNE UDALJENOSTI* – od jednog do dva metra ili zona dalje socijalne udaljenosti od dva do tri metra - uobičajna poslovna udaljenost (poslovni protori, uredi i sl.)
4. *ZONA JAVNE UDALJENOSTI* – od tri metra na dalje; uobičajna udaljenost u odnosima predavač- student, glumac – publika i sl.

PSIHOLOŠKE FUNKCIJE PERCEPCIJE VLASTITOG TIJELA

Tjelesni izgled i tjelesne sposobnosti važne su u svim kulturama, iako je sam pojam ljepote kulturalno različit. Tako npr. neka plemena s područja otoka u Tihom oceanu pojmom ljepote smatraju gojazne žene pa se mlade žene hrane na poseban način kako bi bile privlačnije za udaju. Neka afrička plemena pak koriste posebne proteze za vratove mladih djevojaka ne bi li njihovi vratovi bili dulji i privlačniji.

U zapadnoeuropskoj civilizaciji prevladavaju uglavnom podjednaki kriteriji ljepote koji datiraju još iz antičkih standarda gdje se ljepota ogleda u proporcionalnosti pojedinih dijelova tijela.

Poznati istraživač ljudske ličnosti F. C. Shontz (1965) smatrao je kako je tijelo središnji koncept cjelokupne ličnosti. Tako tjelesna atraktivnost ima važnu ulogu u socijalnim odnosima. Istraživanja pokazuju kako atraktivne osobe imaju veću mogućnost manipulacije

manipulacije drugima jer mogu s većom sigurnošću predvidjeti reakcije drugih na vlastite postupke koje su uglavnom pozitivne. Nadalje, percepcija vlastitog tijela potkrijepljena je percepcijom drugih o nama koju interpretiramo na temelju njihovog ponašanja. Sukladno tomu, atraktivnije osobe lakše stvaraju osjećaj samopouzdanja i samoefikasnosti te su i prihvaćeni od strane okoline.



Doživljaj drugih osoba i odnos prema njima pod snažnim je utjecajem naših pretpostavki koje čine kognitivnu shemu ili plan. Kognitivne sheme zasnivaju se na prethodnom iskustvu i omogućavaju nam da na temelju relativno malo informacija o nekoj osobi stvaramo dojam ili impresiju o njoj. U tom smislu, spremni smo prema općem dojmu ili jednoj osobini ocjenjivati i ostale osobine koje neki pojedinac posjeduje ili mi pretpostavljamo da ih posjeduje. Taj fenomen naziva se „halo efekt“ ili „učinak aureole“.

Postoji pet osnovnih psihičkih (psiholoških) funkcija vlastitog tijela kod normalnih zdravih pojedinaca:

1. **Tijelo kao primatelj podražaja** – najvažnija funkcija slike o sebi jer cjelokupno psihičko iskustvo stvaramo na temelju informacija dobivenih iz različitih osjetnih sustava. U tom smislu, oštećenja tjelesnih funkcija mogu dovesti i do neadekvatnog razvoja psihičkih funkcija (ako je oštećenje nastalo tijekom razvoja pojedinca) ili poteškoća u prilagodbi (u slučaju senzornog oštećenja u odrasloj dobi).
2. **Tijelo kao instrument aktivnosti** – tijelo nam omogućuje ili onemogućuje pojedina ponašanja (npr. tjelesna oštećenja ili invaliditet)
3. **Tijelo kao izvor motiva** – stvara veliki broj potreba koje svojim ponašanjem pokušavamo zadovoljiti
4. **Tijelo kao izvor podražaja** – tijelo omogućava zaštitničko ponašanje pojedinca prema samom sebi (npr. reakcije pojedinca na doživljaj boli)
5. **Tijelo kao podražaj za druge** – tjelesne karakteristike djeluju na percepciju okoline te njezino ponašanje prema pojedincu

Pomoću neverbalne komunikacije svakodnevno pokušavamo izazvati očekivane reakcije okoline prema nama. Obzirom da naše tijelo ima mnogobrojne funkcije, poremećaj i gubitak tjelesnih funkcija možemo doživjeti kao višestruki gubitak.

2. TJELESNI NEDOSTACI, BOLESTI I PSIHIČKA STANJA

Ishodi učenja:

- nabrojati i opisati psihičke posljedice gubitka tjelesnih funkcija
- nabrojati činitelje koji djeluju na kvalitetu pružene psihološke pomoći osobama s invaliditetom
- imenovati i opisati psihološke i socijalne odrednice boli
- objasniti međudjelovanje tjelesnog oštećenja, osobina ličnosti i motivacije u rehabilitaciji
- imenovati i opisati psihosocijalne činitelje u rehabilitaciji osoba s invaliditetom
- nabrojati i opisati izvore stavova prema osobama s invaliditetom



1. PSIHIČKE REAKCIJE NA GUBITAK TJELESNIH FUNKCIJA (OPĆE I SPECIFIČNE)

GUBITAK je stanje lišenosti ili stanje potpunog nedostatka nečega što je pojedinac ranije imao. Gubitci mogu biti različiti:

- Gubitak zdravlja (dijela tijela ili tjelesne funkcije)
- Gubitak statusa u socijalnim, političkim, profesionalnim i religijskim skupinama
- Gubitci vezani uz šire socijalne promjene (promjene političkog sustava, gospodarskog ustroja države i sl.)
- Gubitci vezani uz neispunjenje planova i zadanih ciljeva (poslovnih, obiteljskih i sl.)
- Gubitci vezani uz promjene u načinu života
- Gubitak doma i privatne svojine
- Gubitak posla, profesije, zanimanja

Gubitak zdravlja je teži od drugih gubitaka. Može doprinijeti i gubitku socijalnog statusa, ranijeg načina života, gubitku posla, zanimanja i slično.

- Način na koji pojedinac prihvaća svoj gubitak ovisi o:
 1. *Prijašnjim iskustvima*
 2. *Subjektivnoj vrijednosti izgubljenog*
 3. *Mogućnostima socijalne potpore*



Najizraženiji osjećaj u stanju gubitka je osjećaj kako su pozitivno vrednovane pojavnosti života trajno izgubljenje.

Opće reakcije na gubitak mogu se podijeliti na nekoliko osnovnih reakcija:

1. **Odbijanje gubitka** – neprihvatanje dijagnoze, traženje drugog mišljenja – normalna posljedica stresa koji se javlja uz gubitak
2. **Priznavanje gubitka** – javlja se kada u svijest pojedinca počinje prodirati spoznaja o gubitku a najčešće emocionalne reakcije su gnjev prema sebi i drugima ili stanje potištenosti. Česte su i idealizacije izgubljenog.
3. **Mirenje s gubitkom** – pojedinac postaje manje zaokupljen izgubljenim, povećava se njegovo zanimanje za stvari kojima se gubitak može nadomjestiti

Psihološke reakcije na osobito ozbiljne gubitke zdravlja koji uzrokuju trajno smanjenje sposobnosti možemo podijeliti na nekoliko tipičnih reakcija:

- Opća zbunjenost i nesigurnost
- Razmišljanja o samoubojstvu i želja za smrću
- Nekontrolirano neprijateljstvo prema sebi i drugima
- Osjećaj odbačenosti od prijatelja, obitelji i društva
- Poistovjećivanje nesposobnosti s plaćenim dugom za prijašnje grijeh
- Vjerovanje i nada u ozdravljenje

SPECIFIČNE PSIHOLOŠKE REAKCIJE NA TJELESNE GUBITKE

SLJEPOĆA

- Prva psihološka reakcija na gubitak vida jest izuzetno jaka potištenost
- Studije koje su ispitivale prilagodbu bolesnika na iznenadni gubitak vida utvrdile su da se 80-90% bolesnika nakon nekog vremena uspijeva prilagoditi novonastalom stanju senzornog gubitka.
- Nakon početnog stresa javljaju se svakodnevni problemi kao npr. problemi u komunikaciji, problemi kretanja, problemi zbog nemogućnosti obavljanja ranijih aktivnosti
- U prilagodbi pojedinca na sljepoću potrebno je motivirati bolesnika za postizanje ekonomske neovisnosti prekvalificirati ga za poslove koje može obavljati unatoč senzornom gubitku

GLUHOĆA

- Najčešći uzroci gluhoće u odrasloj dobi uzrokovani su procesima **otoskleroze, kroničnim upalama srednjeg uha, jakom izloženošću buci i slabljenjem funkcije slušnog aparata u starijoj životnoj dobi.**
- Osnovni problem kod osoba sa gubitkom sluha jest komunikacija.
- Stoga je tijekom rehabilitacija takvih osoba neophodno unapređivanje komunikacijskih vještina kao što su:
 - Čitanje govora s usana
 - Učenje ručne abecede
 - Korištenje slušnih pojačala u osoba koje imaju očuvan određeni postotak sluha

Kako unaprijediti komunikaciju s gluhim/nagluhim osobama?

- Govoriti jasno i prirodno
- Biti okrenut licem prema osobi s kojom komuniciramo
- Koristiti jednostavne riječi
- Papir i olovka

GUBITAK DIJELA TIJELA

- Osnovni cilj rehabilitacije osoba sa amputacijama jest pomoć u prilagodbi bolesnika na tjelesni nedostatak i oblikovanju novih životnih navika i načina života
- Psihološki problemi su najviše izraženi kod bolesnika koji su iznenada podvrgnuti amputacijama i mlađih osoba
- Amputacije donjih ekstremiteta uzrokuju veće psihičke probleme od amputacija gornjih ekstremiteta jer je potreba za tjelesnom aktivnošću i kretanjem jedna od temeljnih ljudskih potreba
- Proteze poboljšavaju prilagodbu bolesnika ali nerealna očekivanja nerijetko dovode do razočarenja.
- Nerijetko je kod bolesnika s amputacijama prisutna i fantomska bol koja se definira kao bol u nepostojećem dijelu tijela
- Problem vanjskog izgleda je još jedan problem bolesnika sa amputacijama
- Reakcije bolesnika nakon amputacije često nisu proporcionalne veličini amputacije; ponekad amputacije manjih dijelova tijela mogu imati veće psihičke posljedice nego amputacija većeg dijela tijela
- Sve to ovisi o važnosti pojedinog dijela tijela u životu pacijenta
- Neposredno nakon amputacije javlja se tjeskoba, potištenost i sumnja.

Tijekom rehabilitacije ovih bolesnika treba se usmjeriti na :

- Vježbe korištenja proteze
- Otkrivanje novih mogućnosti, aktivnosti i vrijednosti koje se mogu ostvariti unatoč nedostatku
- Uklanjanje negativnih emocionalnih reakcija na amputaciju
- Pojačavanje motivacije za prihvaćanje novog životnog stila

- Rak dojke danas je vrlo čest oblik raka (karcinoma) u žena. Prema nekim statistikama rak dojke pojavljuje se u oko 25% slučajeva. Zahvaljujući preventivnim programima većina žena se liječniku javlja u ranom razdoblju kada su mogućnosti izlječenja značajnije.
- Međutim, zbog sprječavanja širenja stanica raka u ostale organske i tjelesne sustave često se provodi operativni zahvat amputacije dojke – **mastektomija**.
- Ovaj operativni zahvat povezan je sa višestrukim psihološkim posljedicama; strahovi i zabrinutost vezani uz sam operativni zahvat, teškoće suočavanja sa dijagnozom bolesti, gubitkom dijela tijela
- Reakcija i prilagodba na mastektomiju ovise o kulturološkim činiteljima, činiteljima socijalne okoline i individualnom značenju ovog dijela tijela za ženu.
- U našoj kulturi grudi su simbol ženstvenosti; stoga mnoge žene amputaciju dojke doživljavaju kao gubitak ženstvenosti i seksualne privlačnosti.
- Gubitak dojke može dovesti i do osjećaja manje vrijednosti osobito kod žena koje svoj tjelesni izgled smatraju vrlo važnom značajkom vlastitog identiteta
- Mlade žene obično imaju veće poteškoće u prilagodbi na mastektomiju budući da pridaju i veću važnost tom dijelu tijela
- **Kao osnovne emocionalne posljedice mastektomije literatura navodi:**
 - *Jaka potištenost i tjeskoba uz česte napade plača* – tjeskoba nije izazvana samo tjelesnim gubitkom već mogućnošću proširenja kancerogenog procesa i smrtnog ishoda.
- Značajne su poteškoće primijećene i u obavljanju svakodnevnih aktivnosti
- Javljaju se i problemi u seksualnom i socijalnom životu; izbjegavanje spolnih kontakata i socijalnih kontakata zbog osjećaja nelagode i srama



Francuski znanstvenici objavili su da je noćni rad moguće povezati sa 30 % - tnim povećanjem rizika obolijevanja od raka dojke. Prema podacima prikupljenima od 1232 pacijentice koje boluju od raka dojke , noćni rad je jednako snažan faktor kao i nege genetske mutacije, kasna prva trudnoća ili uzimanje nekih hormona. Internacional Journal of Cancer navodi kako se rak dojke dijagnosticira kod **1,3 milijuna žena godišnje u svijetu**. Rizik obolijevanja je bio najveći kod žena koje su radile cijelu noć, najmanje tri puta tjedno. Dodatno povećanje izgleda za rak dojke je zabilježeno kod žena koje su noću radile prije prve trudnoće. Istraživači vjeruju kako je dobivene rezultate moguće objasniti posljedicama narušavanja tzv. Unutarnjeg sata organizma te promjenama u funkciji imunološkog sustava dokojih može doći zbog pomanjkanja sna.

HEMIPLEGIJA

Hemiplegija je uzrokovana ozljedama mozga, tj. moždanim udarom zbog aterosklerotskih promjena krvnih žila mozga. Posljedice se očituju u invalidnosti jedne strane tijela te u oštećenjima u području govora, percepcije, mišljenja, emocija i ponašanja.

- **Oštećenja percepcija** – prisutan je značajan poremećaj percepcije vlastitog tijela te bolesnici često nepokretni dio tijela doživljavaju kao nešto što nije njihovo
- **Mišljenje** - smanjena mogućnost apstrakcije, teškoće u shvaćanju simbola, predviđanju budućih događaja, teškoće u razlikovanju bitnog od nebitnog
- **Motivacija** – bitno smanjena zbog čega su potrebni veliki naponi zdravstvenih djelatnika u motiviranju bolesnika za sudjelovanje u rehabilitacijskom postupku
- **Poremećaj inteligencije** – čini se kako je očuvanost inteligencije kod ovih bolesnika povezana sa stupnjem obrazovanja; kod bolesnika sa višim obrazovnim statusom inteligencija je u većoj mjeri očuvana
- **Poremećaji govora** : a) **afazija** – poremećaj izgovaranja ili razumijevanja izgovorenih riječi. Može biti senzorna kada bolesnik ne može razumijeti tuđi govor i motorička kada bolesnik ne može izgovarati riječi.
 - b) **agrafija** – bolesnik ne može koordinirati pokrete mišića šake u dovoljnoj mjeri da bi napisao pojedinu riječ.



Afazija se najčešće javlja kao posljedica moždanog udara. Iako se pojavnost moždanog udara uglavnom povezuje sa starijom životnom dobi, može se pojaviti u bilo kojoj dobi. Tako poznati američki neurolog *Harold Klawans* u svojoj knjizi *Špiljska žena* naglašava kako se posljedice moždanog udara razlikuju ovisno o dobi pacijenta. Zanimljiv je podatak da se afazija može gotovo potpuno rehabilitirati ukoliko se moždani udar pojavljuje u djetinjstvu, točnije oko treće ili četvrte godine života. Štoviše, ukoliko je oštećenje nastalo u lijevoj hemisferi koja je kod većine ljudi dominantna za govor, desna hemisfera može s gotovo jednakom kvalitetom preuzeti funkcije lijeve hemisfere, ali samo u razdoblju djetinjstva. Nakon adolescencije, rehabilitacija afazije i mogućnost usvajanja govora je daleko manja.

Zbog olakšavanja komunikacije sa ovim bolesnicima potrebno je:

- Govoriti izravno u lice
- Jednostavne upute
- Govoriti normalnim tonom glasa
- Dati dovoljno vremena bolesniku za odgovor
- Pomoći se slikama i biti strpljiv

OZLJEDE KRALJEŽNICE

Sve veći broj nesreća, osobito u prometu, razlog je povećanju broja bolesnika s teškim ozljedama kralježničke moždine pri čemu je moguća kljenut donjih ekstremiteta ili paraplegija te kljenut donjih i gornjih ekstremiteta ili kvadriplegija. Uobičajne psihološke reakcije na teške ozljede kralježnice su:

- Izrazita tjeskoba i potištenost nakon ozljede s početnom nemogućnošću prilagodbe na novo stanje
- Beznađe i ravnodušnost
- Krajnja ovisnost o drugima
- Emotivne reakcije obilježene agresivnošću
- Prihvaćanje bolesti s dobrim uvidom u ograničenja izazvana bolešću

Uspjeh rehabilitacije vezan je uz sljedeće čimbenike:

- ***Realna očekivanja s obzirom na učinak rehabilitacije***
- Prihvatljivi vrijednosni standardi i ponašanja
- Primjerena podnošljivost frustracije
- Povećan stupanj samostalnosti

Jedan od najvažnijih aspekata rehabilitacije pacijenta je tzv. *okupacijski (okupacioni) aspekt*. Drugim riječima, riječ je o osiguravanju određenog zanimanja koje bolesnik može obavljati uz preostale sposobnosti. Iz tog razloga se tijekom rehabilitacije sustavno procjenjuju bolesnikove sposobnosti u različitim osjetnim modalitetima.

UNAKAŽENOST LICA

U zapadnoj kulturi izgled lica ima važnu ulogu u određivanju standarda ljepote. Kod većine ljudi izgled lica određuje početne oblike ponašanja prema nekoj osobi te izaziva početne emocionalne reakcije (npr. simpatija, ugoda, antipatija, neugoda). Te početne reakcije nerijetko određuju i dublju povezanost s nekom osobom ili socijalnu izolaciju iste. Istraživanja pokazuju da većina ljudi izbjegava društvo osoba s velikim tjelesnim i estetskim nedostacima a ružnoća lica se nerijetko povezuje i sa „ružnoćom karaktera“. U tom smislu, osobe s estetskim nedostacima koje se ujedno osjećaju odbačenima od strane okoline razvijaju se različite psihičke poteškoće u većoj mjeri. Kod bolesnika koji imaju teške deformacije lica plastične operacije često imaju pozitivan psihološki učinak jer dovode do povećanja zadovoljstva vlastitim izgledom te uspješnije prilagodbe pojedinca socijalnoj okolini.

2.2. PSIHOLOŠKA POMOĆ NAKON TEŠKIH OZLJEDA

Psihološke reakcije nakon teških ozljeda (npr. povreda kralježnice, amputacija) vrlo su različite i čitav niz različitih čimbenika određuje njihovu vrstu i jačinu kao i pružanje adekvatne psihološke pomoći. Četiri su osnovne skupine činitelja koji određuju prethodno navedeno:

1. **ČINITELJI POVEZANI SA PRIRODOM OZLJEDE** – način zadobivanja ozljede, stupanj oštećenja tjelesnih funkcija, jačina ozljede, vidljivost ozljede, bol. Naizgled nevidljiv hendikep može psihološki predstavljati veći problem nego vidljiv hendikep zbog individualnog sustava vrijednosti.
2. **ČINITELJI VEZANI UZ SAMU OSOBU** – spol, dob, vrijednosni sustav, ciljevi, interesi, životna filozofija. Praksa pokazuje da ozljede u dječjoj dobi imaju veći utjecaj na daljnji razvoj pojedinca od ozljeda zadobivenih u starijoj životnoj dobi. Također, što su interesi i ciljevi pojedinca širi i različitiji, lakša je prilagodba te proces oporavka (rehabilitacije).
3. **OKOLINSKI ČINITELJI** – socijalna podrška, prijatelji, životni standard, kulturalni kontekst.
4. **OBITELJSKI KAPACITETI**: emocionalna stabilnost obitelji, intelektualni izvori obitelji, ličnost pojedinih članova obitelji.

ULOGA ZDRAVSTVENIH DJELATNIKA U PRIŽANJU PSIHOLOŠKE POMOĆI BOLESNIKU

Zdravstveni djelatnik bi ovakvom bolesniku trebao:

- Omogućiti izražavanje zabrinutosti, straha, tjeskobe
- Pružanje jasnih uputa bolesniku i članovima njegove obitelji
- Ne izbjegavati razgovor o tragičnim elementima ozljede, pozitivan pogled na rehabilitaciju
- Poticanje procesa suočavanja sa postojećim psihičkim i fizičkim stanjem

2.3. PSIHOLOŠKI I SOCIJALNI ASPEKTI BOLI

BOL je složeni doživljaj koji uključuje perceptivnu, kognitivnu, emocionalnu, motivacijsku i ponašajnu komponentu (Zarevski i Havelka, 2014.). Kao znak upozorenja od mogućih štetnih posljedica različitih utjecaja iz okoline, doživljaj boli od životne je važnosti.

TEORIJE BOLI

Doživljaj boli nije jednostavno objasniti. Ipak, nekoliko glavnih teorija boli pokušalo je pružiti objašnjenje a to su:

- Teorija specifičnih receptora
- Teorija sumacije i kodiranja živčanih impulsa
- Teorija kontrole prolaza („Gate-Control“ teorija)
- Teorija neuromatrica

TEORIJA SPECIFIČNIH RECEPTORA

Ova teorija vjerojatno je i najstarija teorija boli koja istu izjednačava sa svim ostalim osjetima (sluh, vid, dodir i sl.). iako je Rene Decartes postavio prve ideje ove teorije, cjelovitiju razradu pružio je Max von Frey (1895). On je pretpostavio da postoje specifične osjetne stanice (receptori) odgovorne za primanje bolnih podražaja. Nadalje, pretpostavio je da su ove osjetne stanice u najvećoj mjeri raspoređene u koži te da se konkretno radi o slobodnim živčanim završecima. Danas znamo da slobodni živčani završeci nisu odgovorni samo za primanje bolnih podražaja već da prenose i druge osjetne stimulacije kao npr. toplo-hladno. Konačno, prema ovoj teoriji intenzitet doživljene boli trebao bi biti proporcionalan intenzitetu bolnog podražaja što nerijetko i nije slučaj (ponekad i manja ozljeda može izazvati jači bolni doživljaj što se najviše veže uz osobnu percepciju određenog dijela tijela). U tom smislu, ova teorija ne objašnjava fenomen boli u potpunosti.

TEORIJA SUMACIJE I KODIRANJA ŽIVČANIH IMPULSA

Ova teorija navodi kako za doživljaj boli nije nužan bolni podražaj. Naime, prema ovoj teoriji svaka vrsta podražaja može izazvati bolni doživljaj ukoliko je dovoljno jakog intenziteta. U tom smislu, bol se javlja onda kada su živčani impulsi stvoreni podraživanjem receptora pojedinog osjetnog modaliteta (područja) dovoljno učestali da prelaze određenu kritičnu granicu ispod koje ne bi ni postali bolni podražaj već bi predstavljali dodir, toplinu, hladnoću.

Drugim riječima, bilo koji osjetni podražaji se sumiraju (zbiraju), kodiraju i dekodiraju u mozgu kao bolni doživljaj.

TEORIJA KONTROLE PROLAZA

Ova teorija je vjerojatno najsuvremenija i najprihvaćenija teorija boli koja je nastala kao rezultat zajedničkog rada liječnika anatoma Patricka Walla i psihologa Ronalda Malzacka. Za razliku od prethodno navedenih teorija, ova teorija uvažava i doprinos središnjeg živčanog sustava posebice različitih psihičkih procesa cjelokupnom bolnom doživljaju. Teorija kontrole prolaza pretpostavlja postojanje svojevrsnog neuralnog mehanizma u stražnjim rogovima kralježničke moždine koji djeluje kao prolaz (vrata) koji može pojačati ili smanjiti prolazak živčanih impulsa od periferije prema središnjem živčanom sustavu. Prema ovoj teoriji živčani impulsi koji putuju debelim živčanim vlaknima (vlakna velikog promjera) imaju tendenciju zatvaranja prolaza dok impulsi koji putuju tankim vlaknima imaju tendenciju otvaranja prolaza i time oslabiti ili pojačati prijenos bolnog impulsa. Ključnu ulogu u ovom procesu ima tzv. *želatinozna tvar* u kojoj se nalaze prijenosne ili transmisijske stanice (T- stanice) koje svojom aktivacijom ometaju prijenos živčanog impulsa. Za razliku od prethodno navedenih teorija, teorija kontrole prolaza ipak objašnjava individualne razlike u bolnom doživljaju.

TEORIJA NEUROMATRICA

Ova teorija predstavlja svojevrsno proširenje i pokušaj ispravljanja nedostataka teorije kontrole prolaza te pokušava objasniti paradoksalne oblike boli. Naime, Melzack je pretpostavio da mozak ima svoju neuralnu mrežu koja povezuje sve osjetne informacije u cjelovit bolni doživljaj. Ova neuralna mreža uključuje određene moždane strukture ponajprije talamus, limbički sustav i koru mozga. Na taj način pojašnjene su kognitivne, emocionalne i motivacijske odrednice boli. Konačno, ova teorija pruža dublje razumijevanje i poznavanje principa djelovanja psihičkih procesa na doživljaj boli.



Iako su suvremene tehnologije uvelike pomogle istraživanju i razumijevanju boli, još uvijek postoje vrste boli koje je iznimno teško objasniti. To su tzv. *paradoksalne boli* a tu uključujemo ponajprije *fantomsku bol*, *kauzaliju* i *neuralgiju*.

PSIHOLOŠKE ODREDNICE BOLI

Teorij kontrola prolaza koju smo prethodno objasnili naglašava utjecaj psihičkih procesa u nastanku bolnog doživljaja. Psihički procesi na doživljaj boli djeluju kao uzrok boli te kao pojačivači ili ublaživači bolnog doživljaja a oni su sljedeći:

- značenje ozljede
- emocionalna stanja
- prijašnje iskustvo
- očekivanja
- pažnja
- sugestija
- psihofiziološka stanja organizma
- crte (osobine) ličnosti

SOCIOKULTUROLOŠKE ODREDNICE BOLI

Osim različitih psihičkih procesa, na doživljaj boli djeluju i različite karakteristike društva i kulture u kojoj pojedinac živi. Tako npr. postoje velike razlike u doživljavanju boli i bolnom ponašanju između pripadnika različitih kultura posebice zapadnjačke kulture.



U nekim dijelovima Indije izvodi se ceremonija u kojoj se jedan član zajednice bira kako bi predstavljao snagu bogova te blagoslovio djecu i usjeve. Tijekom ove ceremonije „slavljeniku“ se u leđa zabijaju čelične kuke koje su s užadi vezane za kola. Dok se kola kreću slavljenik visi na tim kukama te lebdi u zraku. S druge strane, u nekim afričkim plemenima provodi se obred tzv. „trepanacije“ u kojem se presijeca koža lubanje i mišići ispod nje što prema njihovim vjerovanjima oslobađa od kronične boli.

SPOLNE RAZLIKE U DOŽIVLJAJU BOLI

Čini se kako se spolne razlike u doživljaju boli mogu primijetiti još tijekom adolescencije. Naime, već u ranom djetinjstvu socijalna okolina oblikuje različite oblike ponašanja dječaka i djevojčica u skladu sa socijalnim ulogama. Tako su dječaci manje skloni tražiti zdravstvenu zaštitu dok su djevojčice osjetljivije na bolest te imaju veću odgovornost prema vlastitom zdravlju. Čini se da se kod ženske populacije takav obrazac ponašanja zadržava i u odrasloj dobi. Spolne razlike ogledaju se i u pojedinim vrstama boli pa žene češće pate od migrena i

tenzijskih glavobolja, bolova u leđima i zdjelici. Iako je pomalo i uvriježeno stajalište da su muškarci tolerantniji na doživljaj boli, istraživanja to ipak jasno ne dokazuju.

NACIONALNE RAZLIKE U DOŽIVLJAJU BOLI

Osim spola, na doživljaj boli nerijetko djeluje i različit odnos pojedinih etničkih skupina prema bolnom doživljaju. Jedno istraživanje tijekom 50-ih godina 20.stoljeća u SAD-u (Zborovski, 1952. Prema Havelka) uspoređivalo je bolno ponašanje kod četiri etničke skupine: doseljenika Židova, talijana, Iraca i Amerikanaca koji u SAD-u žive već više generacija. Rezultati ovog istraživanja pokazali su vrlo bučno manifestiranje bolnog ponašanja i tražena pomoći kod Židova i Talijana dok su Amerikanci pokazivali veću zabrinutost za posljedice boli nego za sam bolni doživljaj. Utvđene su i razlike između euroameričkog, afroameričkog i latinoameričkog stanovništva. Čini se kako u slučaju kronične boli afroamerikanci u većoj mjeri pate od poremećaja spavanja, jakog stresa i depresije u odnosu na euroamerikance.

DOBNE RAZLIKE U DOŽIVLJAJU BOLI

Iako su neki rezultati poprilično kontradiktorni, većina ipak ukazuje kako s dobi dolazi do slabljenja osjetljivosti na bol. Drugim riječima, s godinama raste i prag boli. Čini se kako sa starenjem dolazi i do veće učestalosti nekih vrsta boli primjerice bol u leđima, zglobovima, mišićima i tetivama, glavobolje i abdominalna bol. Osim toga, istraživači vjeruju da sa starenjem opada i tolerancija na bol te su stariji ljudi manje skloni trpiti bol.

DJELOVANJE VREMENSKIH PRILIKA NA BOL

Vremenske i atmosferske prilike uvelike utječu na tjelesna i zdravstvena stanja (npr. utjecaj količine peludi u zraku na alergijske reakcije organizma, utjecaj sunčevih zraka na zdravlje kože, utjecaj oblačnog i tmurnog vremena na depresivno raspoloženje i sl.).

Također, klimatske karakteristike nekog podneblja u kojem pojedinac živi djeluju na doživljaj boli. U tom smislu, čini se kako ljudi iz mediteranskog podneblja pokazuju veću odjetljivost na toplinske podražaje nego ljudi iz sjevernijih krajeva. Nadalje, kronični bolesnici posebno su osjetljivi na klimatske i atmosferske promjene, naročito oboljeli od artritisa i migrenoznih glavobolja. Zaključno o vremenskim prilikama, istraživanja pokazuju kako su vlažnost zraka i hladnoća klimatski činitelji koji u najvećoj mjeri djeluju na doživljaj boli.

2.4. POVEZANOST TJELESNIH OŠTEĆENJA I OSOBINA LIČNOSTI S MOTIVACIJOM U REHABILITACIJI

Postoje dvije osnovne pretpostavke o djelovanju tjelesnih oštećenja na ličnost pojedinca.

Prva je kako su pojedini oblici tjelesnih oštećenja vezani uz oblikovanje pojedinih osobina ličnosti kao reakcije na tjelesno oštećenje.

Druga je da tjelesna oštećenja predstavljaju uzrok psihološke neprilagođenosti pri čemu ne nastaju nove dimenzije ličnosti već psihička stanja tipična za reakcije na gubitak.

Kako bilo, nema jasnih dokaza kako su pojedine osobine ličnosti povezane sa pojedinim tjelesnim oštećenjima niti da je težina nekog tjelesnog oštećenja povezana sa nekom osobinom ličnosti. Ipak, zna se kako su psihološke reakcije najvećim dijelom određene prethodnom strukturom ličnosti i uvjetima socijalne sredine.

VAŽNOST MOTIVACIJE U REHABILITACIJI OSOBA S TJELESNIM OŠTEĆENJIMA

Motivacija predstavlja vrlo važan koncept u rehabilitaciji bolesnika s tjelesnim oštećenjima te često ukazuje na problem slabe motivacije bolesnika za rehabilitacijski program. Najčešće se pojam motivacije u rehabilitacijskim područjima odnosina stupanj sposobnosti i volje bolesnika da pokrene sve svoje fizičke i psihološke mehanizme u suočavanju sa vlastitom nesposobnošću te spremnost za ostvarivanje ciljeva uspješne rehabilitacije.

Motivacija za rehabilitaciju određena je:

2. *KORISNOŠĆU ILI VRIJEDNOŠĆU CILJA*
3. *VJEROJATNOŠĆU USPJEHA*
4. *NAPOROM KOJI TREBA ULOŽITI U POSTIZANJE USPJEHA*

Psihološka istraživanja pokazala su da motivacija nije jednostrano prisutna kod pojedinih bolesnika već da ona poprima različite oblike a to su:

- **Usmjerenost bolesnika realnosti** tj. shvaćanju prirode i stupnja tjelesnog oštećenja i prihvatanja tjelesnog oštećenja
- **Razina energije** tj. stupanj u kojem se bolesnik zauzima za provođenje rehabilitacijskih aktivnosti

- **Suradnja** tj. stupanj u kojem je bolesnik voljan slijediti zahtjeve i upute koji određeni rehabilitacijski program uključuje

Kod bolesnika mogu biti prisutni različiti oblici motivacije u različitim stupnjevima. To znači da onaj bolesnik kojega procjenjujemo kao motiviranoga nije uvijek spreman prihvatiti sve ciljeve rehabilitacije i obrnuto. Stoga je važno osvijestiti da se motivacije tijekom procesa rehabilitacije konstantno mijenja, od slabedo vrlo jake motivacije. To ponajviše ovisi o pojedincu i njegovim karakteristikama ali i karakteristikama rehabilitatora i rehabilitacijskog programa. Ponekad su i rehabilitacijski programi najvećim dijelom usmjereni na organsko (tjelesno) oštećenje a pri tome zanemaruju potrebe bolesnika za pripadanjem, samopoštovanjem i podrškom, što se povezuje i sa manjkom motivacije kod nekih bolesnika.

Nerijetko pacijenti na početku rehabilitacijskog programa pokazuju jaku motivaciju i entuzijazam koji značajno opadaju kada pacijent dosegne vrhunac svojih mogućnosti. Na motivaciju u rehabilitaciji utječe i percepcija, točnije, prihvaćanje vlastitog tjelesnog oštećenja. Čini se da se kod pacijenata koji prihvaćaju svoja tjelesna oštećenja i još uvijek sebe doživljavaju kao istu osobu, stvara jača motivacija za bolju suradnju tijekom rehabilitacije.

Pitanje kojim se sustavno bave stručnjaci iz psiholoških kao i medicinskih područja jest kako povećati motivaciju bolesnika u rehabilitaciji. Jedan od pristupa koji se pokazao i vrlo uspješnim zasniva se na terapiji ponašanja ili bihevioralnoj terapiji. Temeljni koncept ovog pristupa jest potrjepljenje odnosno nagrađivanje bolesnika za uspješno izvršene zadatke tijekom rehabilitacije što ujedno utječe i na bolesnikom osjećaj zadovoljstva, smopouzdanja i vjere u vlastite mogućnosti.

2.5. PSIHOSOCIJALNA PRILAGODBA OSOBA S INVALIDITETOM

Pojam psihosocijalne rehabilitacije razvija se u sklopu somatopsihologije a njezin cilj jest **postići maksimalnu razinu funkcionalnosti osobe**. Danas se psihosocijalna rehabilitacija bavi i negativnim stavovima i predrasudama prema osobama s invaliditetom.

Nužnost pružanja stručne potpore kao i tijek prilagodbe osobe na trajno oštećenje ovisi o nekoliko činitelja:

1. ŽIVOTNA DOB

U slučaju urođenog invaliditeta prilagodba djeteta velikim dijelom ovisi o kapacitetima obitelji, bezuvjetnom prihvatanju vlastitog djeteta te aktivaciji zajednice u pružanju kvalitetne rehabilitacije. Osobe sa urođenim invaliditetom ne moraju nužno mijenjati stil života dok stečeni invaliditet (nakon rođenja) zahtjeva promjenu životnih ciljeva, navika, zanimanja, socijalne mreže, prijatelja te prilagodba na takav invaliditet zahtjeva više vremena i energije.

2. VRSTA ONESPOSOBLJENOSTI

Razlikujemo 3 vrste invaliditeta (onesposobljenosti):

- a) *Tjelesni* (tjelesna oštećenja): oštećenja lokomotornog sustava i osjetnih organa
- b) *Duševni*: mentalna retardacija i psihički poremećaji (npr. psihoze)
- c) *Kronične bolesti*: bolesti lokomotornog sustava, CNS-a, krvožilnog sustava

3. STUPANJ ONESPOSOBLJENOSTI

Istraživanja pokazuju da je najteža prilagodba prisutna kod osoba čiji je gubitak sposobnosti (funkcije) relativno malen ili umjeren jer takve osobe nemaju skupinu s kojom se mogu identificirati a očekivanja okoline prema njima su gotovo jednaka kao i prema zdravim osobama.

4. VIDLJIVOST INVALIDITETA

Prilagodba na vidljive hendikepe je teža zbog negativnih reakcija okoline što osobi s invaliditetom značajno otežava dobru prilagodbu na postojeći nedostatak.

5. SPECIFIČAN HENDIKEP

- a. *Onesposobljenost* je medicinski definirano stanje bez obzira na vrstu i području onesposobljenosti
- b. *Hendikep* je nedostatak u odnosu na željeni cilj, svakodnevni život ili zanimanje koje pojedinac želi.

Dakle, osoba može biti invalid a da nije hendikepirana a opet može biti zdrava i hendikepirana jer teži ciljevima za koje ne posjeduje određene sposobnosti, npr. zdrava, introvertirana (stidljiva, povučena) osoba bit će hendikepirana za zanimanja koja traže mnogo kontakata sa ljudima i javne nastupe, a osoba bez obje noge može biti vrlo uspješna u sportu kao što je košarka.

2.6. OBLIKOVANJE STAVOVA PREMA OSOBAMA S INVALIDITETOM

Stavovi prema osobama s tjelesnim oštećenjima značajno se razlikuju ovisno o pojedinim povijesnim razdobljima te karakteristikama pojedinih društava i kultura.



U antičkoj Grčkoj, točnije Sparti, sva djeca sa većim tjelesnim oštećenjima bacana sa klisura, u srednjem vijeku takve osobe izazivale su strah, mržnju i često bile izložene torturama. S druge strane, u nekim područjima Brazila i nekim afričkim plemenima, osobe s tjelesnim oštećenjima i bolestima čak su cijenjenije od ostalih članova društva zbog vjerovanja u njihove nadnaravne moći.

Naime, u suvremenim društvima koja njeguju natjecateljski duh prevladavaju uglavnom negativni stavovi prema osobama s tjelesnim oštećenjima što uvelike doprinosi socijalnoj izolaciji i otežava njihovu uspješnu prilagodbu na invaliditet.

Istraživanja stavova prema osobama s tjelesnim oštećenjima pokazuju neke razlike u stavovima prema istima. Tako neki istraživači ističu da žene imaju pozitivnije stavove od muškaraca a drugi pak navode da su stajališta muškaraca i žena uzjednačena samo što su žene pod većim socijalnim utjecajem u izražavanju svojih stavova.

Istraživanja stavova prema osobama s tjelesnim oštećenjima uzimajući u obzir različite kriterijske varijable pokazala su sljedeće:

- **Dob** – s dobi stavovi postaju negativniji te prevladava stereotipija u većoj mjeri nego kod mladih ljudi
- **Socijalni status** – čini se kako se viši socijalni status veže uz pozitivnije stavove što je vjerojatno povezano i sa većim stupnjem obrazovanja
- **Vidljivost tjelesnog oštećenja** - veća vidljivost tjelesnog oštećenja povezana je s negativnijim stavovima prema osobi.

Zabrinjavajuća je činjenica da osim opće populacije stanovništva, negativni stavovi prema osobama s tjelesnim oštećenjem ponekad prevladavaju i kod zdravstvenih djelatnika što može ozbiljno umanjiti i kvalitetu rehabilitacije.



Stavove prema osobama s tjelesnim oštećenjima mjerimo pomoću skala stavova. Jedna od poznatijih je i skala koju su izradili autori Yuker i suradnici 1960. Međutim, istraživanja stavova prema osobama s invaliditetom provode se i u Hrvatskoj kao npr. stavovi mladih prema osobama s tjelesnim invaliditetom (Leutar, Z. I Štambuk, A.), ispitivanje stavova mladih prema ženama s invaliditetom (Hrvatska udruga gluhoslijepih osoba „Dodir“ i sl.

IZVORI NEGATIVNIH STAVOVA PREMA OSOBAMA S TJELESNIM OŠTEĆENJIMA

1. **SOCIOKULTURALNO KONDICIONIRANJE** – društvene norme, standardi i očekivanja članova određene društvene ili kulturne zajednice; npr. naglašavanje ljepote, cjelovitosti tijela, osobne produktivnosti, socijalna degradacija osoba sa invaliditetom
2. **PSIHODINAMSKI MEHANIZMI** – vjerovanja npr. da su osobe s invaliditetom nesretne i tužne, odgovorne za svoje stanje, strah od socijalne izolacije kod zdravih osoba, osjećaj krivnje zbog vlastite normalnosti
3. **ESTETSKA AVERZIJA** – snažna odbojnost prema vidljivim tjelesnim nedostacima
4. **DOŽIVLJAJ INVALIDITETA KAO KAZNE ZA GRIJEHE**
5. **PERCEPCIJA INVALIDA KAO PRIPADNIKA NEPOŽELJNE MANJINE** – time se skupine osoba s invaliditetom izjednačavaju sa ostalim manjinskim skupinama, takve se skupine smatra „rubnim skupinama“, javljaju se stereotipi o manjoj vrijesnosti i nižem statusu takvih osoba

Sukladno prethodno navedenom, možemo zaključiti sljedeće: ukoliko u društvu prevladavaju negativni stavovi prema osobama s tjelesnim oštećenjem, istodobno postoje i velike poteškoće da se pojedinac potpuno rehabilitira i integrira u društvo kao svaka druga osoba. Odras negativnih stavova na psihički život pojedinca ogleda se u mijenjanju slike o samom sebi, vlastitom podcjenjivanju i samosažalijevanju te ponašanja u skladu s takvom slikom o samom sebi. Stoga je obaveza svakog modernog i demokratskog društva promjena negativnih stavova prema osobama s invaliditetom što je velikim dijelom moguće kroz različite reklamne kampanje i promidžbe poštovanja različitosti. Čini se kako bi najuspješnija metoda promjene negativnih stavova mogla biti tzv. Integrativna metoda koja obuhvaća obrazovanje, informiranje i zajedničko druženje s osobama s invaliditetom.

3. RATNA ZBIVANJA I PSIHIČKE REAKCIJE

Ishodi učenja:

- definirati posttraumatski stresni poremećaj
- nabrojati i opisati glavne simptome poremećaja



3.1. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ

Razlika između akutnog stresnog poremećaja i PTSP-a

- *Akutni stresni poremećaj* nastaje kao akutna ili neposredna reakcija na djelovanje stresora
- većina ljudi oporavi se od ac. stresnog poremećaja već nakon nekoliko dana i nastavlja normalno živjeti
- *PTSP*: odraz ekstremne reakcije na težak stres, uključujući povećanu anksioznost, izbjegavanje podražaja vezanih uz traumu te otupljivanje emocionalnih reakcija.

Posttraumatski stresni poremećaj ima tri važne sastavnice:

1. Ponovno doživljavanje traumatskog događaja

- noćne more
- snažna emocionalna uzbuđenost kao reakcija na slične podražaje (grmljavina)
- ponovno doživljavanje je okosnica PTSP-a (osoba ne može integrirati traumatski događaj u svoju ličnost)

2. Izbjegavanje podražaja povezanih sa stresnim događajem

- izbjegavanje razmišljanja o traumi i podražaja koji na nju podsjećaju
- smanjeno zanimanje za druge
- nesposobnost za pozitivne događaje
- fluktuacija: osoba se neprekidno kreće naprijed-nazad; od ponovnog doživljavanja do otupljivanja i natrag

3. Simptomi pojačane pobuđenosti

- poremećaji spavanja (osoba ne može zaspati ili se prebrzo probudi nakon što zaspe)
- smanjena sposobnost koncentracije
- povećana pobuđenost
- pretjerana reakcija straha na iznenadne događaje

Uz posttraumatski stresni poremećaj nerijetko se vežu i pridružene poteškoće a najčešće su:

- anksioznost
- depresija
- srdžba
- osjećaj krivnje
- zloraba droga
- bračne nesuglasice
- problemi na radnom mjestu
- suicidalne misli
- napadi eksplozivnog nasilja
- psihosomatske poteškoće

Terapija PTSP-a

- skupina za razgovor – grupna terapija
- kognitivno-bihevioralna terapija
- psihodinamski pristup
- *SOCIJALNA PODRŠKA* ima ključnu ulogu u terapiji PTSP-a.

PTSP kod djece

- **dob djeteta**– određuje prirodu događaja koji može izazvati stresnu reakciju te način suočavanja sa istom
- *predškolska dob*: regresivni oblici ponašanja, poremećaji hranjenja i spavanja.
- *školska dob*: agresivno, inhibirano, nepromišljeno ponašanje, teškoće koncentracije i dosjećanja, teškoće u učenju, tjelesne smetnje.
- *mladenaštvo*: precjenjivanje vl. hrabrosti, krivnja, zavisnost, radikalne promjene u životu, ekstremni oblici ponašanja.

4. PRISTUP DJECI S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Ishodi učenja:

- ✿ definirati mentalnu retardaciju, nabrojati oblike i opisati terapiju
- ✿ definirati autizam, imenovati i opisati vrste i karakteristike autizma te tretman
- ✿ definirati hiperaktivni poremećaj, nabrojati i opisati simptome i terapiju
- ✿ definirati pojam senzorne dezintegracije, nabrojati i opisati simptome te oblike terapije



4.1. MENTALNA RETARDACIJA

MENTALNA RETARDACIJA označava značajno ispodprosječno intelektualno funkcioniranje praćeno velikim ograničenjem adaptivnog ponašanja s početkom prije 18.godine života (DSM-IV, 1994).

■ Za dijagnosticiranje mentalne retardacije bitna su tri kriterija:

1. *rezultat na testu inteligencije (IQ ispod 70)*
2. *adaptivno funkcioniranje* (vještine kao npr. briga za sebe; usvajanje pojmova vremena i novca, korištenje pribora za jelo, odlazak u kupovinu, osobna higijena, usvajanje socijalne odgovornosti, korištenje javnog prijevoza, samousmjeravanje)
3. *vrijeme početka kao kriterij (do 18.g)* – razvojni poremećaj koji nije uzrokovan povredama i traumama kasnije u životu

ETIOLOGIJA POREMEĆAJA

■ Američka udruga za mentalnu retardaciju (1992) navodi tri skupine uzroka mentalne retardacije:

1. **prenatalni uzroci** – kromosomski poremećaji, različite sindrome, poremećaje metabolizma i sl.
2. **perinatalni uzroci** – hipoksija, krvarenja u mozgu ili moždanim ovojnicama
3. **postnatalni uzroci** – stečene ozljede mozga, kontuzije, hemoragije, infekcije mozga (meningitis)

KLASIFIKACIJA MENTALNE RETARDACIJE

■ Međunarodni klasifikacijski sustav bolesti (MKB-10) dijeli mentalnu retardaciju na sljedeće subkategorije:

1. Laka mentalna retardacija LMR (IQ 50-69)
 - mentalna dob 9-12 godina
 - oko 85%
 - gotovo su neprepoznatljivi do početka škole
 - obično usvajaju akademske vještine do 4.r.OŠ

- kada odrastu sposobni su obavljati pomoćna zanimanja, uvijek rade uz nadzor (zaštitne radionice)
- sposobni za obrazovanje, uglavnom imaju teškoće pri učenju

2. Umjerena mentalna retardacija UMR (IQ 35-49)

- mentalna dob 6-9 godina
- 10%
- pohađaju specijalne škole i razrede u kojim je naglasak na usvajanje brige o sebi a manje na akademska postignuća
- obično usvajaju akademske vještine do 2.r. OŠ
- sposobni za osposobljavanje
- UMR otkriva se rano zbog loše koordinacije i sporosti u razvoju verbalnih i socijalnih vještina

3. Teška mentalna retardacija TMR (IQ 20-34)

- mentalna dob 3-6 godina
- 3-4%
- niz genetskih poremećaja i oštećenja, fizičke abnormalnosti
- trebaju trajnu pomoć i nadzor te su najčešće institucionalizirane

4. Duboka mentalna retardacija (IQ ispod 20)

- mentalna dob ispod 3 godine
- 1-2%
- potreban potpun nadzor, njega i briga tijekom cijelog života
- visok stupanj mortaliteta tijekom djetinjstva

SINDROM DOWN ILI TRISOMIJA 21

Britanski liječnik Langdon Down 1866.g. prvi je opisao karakteristike Downovog sindroma koje su sljedeće:

- inteligencija u rasponu od lake do umjerene
- fizički znakovi: kratko i zdepasto tijelo, skloni debljanju, ovalne prema gore postavljene oči, epikantus, široki i plosnati nazalni most, velik ispucani jezik koji viri iz usta jer su usta mala, kratke i široke ruke sa zdepastim prstima
- djeca sa Downovim sindromom često imaju srčane anomalije, slabiji imunitet te su podložniji respiratornim infekcijama
- mortalitet im je visok nakon 40.g. života
- najveći broj ih može naučiti čitati, pisati te nešto matematike

PRIMJER EPICANTUSA



Slika 2. Izgled oka bez i sa epicantusom

1. Rana intervencija

- genetski uzrokovana MR može se u ranijem stadiju trudnoće otkriti amniocentezom
- povećanje svjesnosti o uzrocima (zaštita trudnica, pravilna prehrana, izbjegavanje konzumacije lijekova, alkohola i sl.)

2. Deinstitutionalizacija u vidu pružanja mogućnosti razvoja (korištenje obrazovnih i društvenih resursa)

3. Obrazovanje i osposobljavanje za rad i svakodnevni život



Slika 3. Primjer kreativnih radionica za osobe s mentalnom retardacijom

4.2. AUTIZAM

AUTIZAM (pervazivni razvojni poremećaj) predstavlja skupinu poremećaja koje obilježavaju kvalitativne nenormalnosti uzajamne interakcije i obrazaca komunikacije kao i ograničen, stereotipan, ponavljajući repertoar interesa i aktivnosti (MKB-10).

- najčešće su prisutni i određeni opći kognitivni deficiti
- često je intelektualno zaostajanje ali nije nužno
- poremećaj se ponajprije dijagnosticira na osnovu ponašanja (slabije socijalne vještine, izbjegavanje kontakta očima)
- Eugen Bleuler (1911.) – autizam – osnovni simptom shizofrenije

VRSTE PERVAZIVNIH RAZVOJNIH POREMEĆAJA

- Autistični poremećaj
- Aspergerov poremećaj
- Rettov poremećaj
- Dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu
- Neodređeni pervazivni razvojni poremećaj

AUTISTIČNI POREMEĆAJ (KANNEROV SINDROM)

Karakteristike Kannerovog sindroma su sljedeće:

- *zatvaranje u svoj svijet; manjak (izostanak) interesa za vanjski svijet, dg. prije treće godine života*
- *strah od promjene* (stanje straha i panike kada se nešto promijeni u njihovom nbeposrednom okruženju)
- *nedostatak normalne dječje povezanosti s roditeljima*
- *nema reakcija smješka, pogleda oči u oči, razlikovanja roditelja od drugih osoba, gesta anticipacije (pružanje ruku kada bi se dijete podiglo)*

- *osobitosti govornog jezika*: usporen razvoj govora, sklonost tvorbi novih riječi, eholalija (ponavljanje riječi i glasova)

ASPERGEROV SINDROM (AUTISTIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI)

Hans Asperger je 1944. prvi opisao karakteristike ovog sindroma:

- oštećenje socijalnih interakcija i komunikacije
- neobično snažno izraženi posebni interesi i stereotipski obrasci ponašanja (bavljenje nekim uskim područjem; točke taljenja metala, crkveni tornjevi, vrste piva)
- intenzitet interesa (ne govore ni o čemu drugom)
- viša razina intelektualnog funkcioniranja
- rani razvoj govora
- 4 puta češći kod dječaka



Prema analizama života i djela nekih poznatih ličnosti kroz povijest, neki istraživači pretpostavljaju da su od Aspergerovog sindroma vjerojatno bolovali: William Henry Gates, Sir Alfred Joseph Hitchcock, Sir Isaac Newton, Jane Austen, Hans Christian Andersen, Charles Darwin, Thomas Jefferson, Thomas Edison, Ludwig von Beethoven, Wolfgang Mozart.

POJAVNOST AUTISTIČNIH POREMEĆAJA

- 3-4 djece na 10 000
- 4 puta je učestaliji u dječaka nego u djevojčica
- rasprostranjen je podjednako u svim socioekonomskim slojevima, svim etničkim i rasnim grupama

UZROCI AUTISTIČNIH POREMEĆAJA

- *utjecaji nasljeđa* (učestalost autizma među braćom 215 puta veća nego u općoj populaciji)
- *moždana oštećenja i poremećaji moždane funkcije* (poremećaj lijeve moždane hemisfere)
- *biokemijske osobitosti* (promjene hormona i neurotransmitera)
- *poremećaji emocionalnog razvoja*
- *okolinski činitelji* (toksično-alergijska reakcija)
- *interakcija nevedenih činitelja*

UČINKOVITOST POSTUPAKA U TRETMANU AUTISTIČNIH POREMEĆAJA

■ **Programi rane intervencije**

- autističnu djecu treba što ranije podvrći odgovarajućim postupcima poticanja u ambulantama za autizam

■ **Bihevioralna terapija**

- operantno uvjetovanje (nagrade i averzivni podražaj)
- davanje potpore
- oblikovanje ponašanja

■ **Postupci usmjereni na tijelo**

■ **Pedagoški programi**

- školska integracija djece s autizmom
- znakovni jezik
- “Daily-life terapija” – visoka razina straha kod autistične djece može se smanjiti fizičkim vježbama koje dovode do lučenja endorfina kojim se kontroliraju strah i frustracija; grupni rad, povezuju se društvene aktivnosti za tjelesnim aktivnostima

■ **Terapija lijekovima**

- lijekovima se djeluje na određene simptome ili grupe simptoma autističnih poremećaja (npr. nedostatna socijalna i verbalna interakcija, stereotipije, ispadi bijesa, depresivna raspoloženja i sl.)

4.3. HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ

HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ JE biološki uvjetovan poremećaj koji obuhvaća smetnje pažnje, praćene impulzivnošću i motoričkim nemirom (hiperkineza).

Iako se podaci dobiveni različitim studijama ponešto razlikuju, čini se da je ADHD prisutan kod 3-10% školske populacije. Hiperaktivno dijete može imati poteškoće na tri različita područja koji ujedno predstavljaju primarne simptome: *aktivnost, pažnja i kontrola impulsa*.

POTEŠKOĆE NA PODRUČJU AKTIVNOSTI

- dijete se često vrpolti, previja, meškoli na stolicama
- često pretjerano puno priča
- glasno je
- stalno je u pokretu
- nemirno je i neumorno
- lako se uzbuđi
- naglo poseže za predmetima
- često ustaje u situacijama kada se očekuje da sjedi na mjestu

POTEŠKOĆE NA PODRUČJU PAŽNJE

- dijete radi pogreške jer ne poklanja pažnju detaljima
- teško održava pažnju u zadacima ili igri
- teško organizira zadatke i aktivnosti
- teško se koncentrira
- nema dovoljno sposobnosti planiranja
- odsutno je mislima
- ima poteškoća u praćenju uputa
- kratko trajanje pažnje

- teško dovršava zadatak

POTEŠKOĆE NA PODRUČJU KONTROLE IMPULSA

- impulzivno dijete daje odgovor prije nego je završeno pitanje
- ima poteškoće sa čekanjem reda
- često prekida i ometa druge
- djeluje prije nego što promisli
- nameće se drugima
- prebacuje se s jedne aktivnosti na drugu
- ne može pratiti pravila igre ili neke grupne aktivnosti

SEKUNDARNI SIMPTOMI HIPERAKTIVNOG POREMEĆAJA

- poteškoće u učenju (zbog nemogućnosti usmjeravanja i održavanja pažnje)
- sniženo samopoštovanje

ŠTO NIJE HIPERAKTIVNI POREMEĆAJ ?

Postoje neka medicinska i psihijatrijska stanja koja mogu pogrešno upućivati na ADHD:

- mentalna retardacija
- poremećaji vida ili sluha
- poremećaji učenja
- prkosno ponašanje
- smetnje ponašanja
- neurološke smetnje
- nuspojave lijekova ili droga

TRETMAN HIPERAKTIVNOG POREMEĆAJA

1. **Psihodinamske studije** – uzrok hiperaktivnog poremećaja vide u narušenim intraobiteljskim emocionalnim odnosima
2. **Psihosocijalne intervencije** – usmjerene su na obitelj školu i dijete kroz edukaciju roditelja i učitelja o ovom poremećaju i rad sa djetetom
3. **Bihevioralne tehnike** – nagrade, tehnika gašenja, izolacija iz problematične situacije
4. **Medikamentozno liječenje** – psihotropni lijekovi (stimulancije)

PREVENCIJA

- rano otkrivanje poremećaja (u predškolskoj dobi)
- koordinirana suradnja pedijatara, roditelja, odgajatelja, učitelja
- neliječen hiperaktivni poremećaj predisponira dijete za psihijatrijsku i socijalnu patologiju u kasnijem životu.

4.4. POREMEĆAJ SENZORNE INTEGRACIJE

SENZORNA INTERGRACIJA je način na koji živčani sustav obrađuje informacije iz naših osjetila. Kod većine ljudi senzorna integracija događa se bez svjesnog razmišljanja ili uloženog truda.

SENZORNA DEZINTEGRACIJA predstavlja nepravilnost ili poremećaj u moždanom funkcioniranju koji otežava integraciju senzornog unosa podražaja.

Djeca sa senzornom dezintegracijom često su zbunjena, uznemirena ili razdražljiva. Teško shvaćaju što se događa unutar i izvan njihova tijela te nerijetko ili izbjagavaju zbunjujuće podražaje ili traže dodatne podražaje kako bi shvatili što se s njihovim tijelom u određenom trenutku događa. Djeca sa autizmom nerijetko imaju senzornu dezintegraciju.

DIJAGNOZA SENZORNE DEZINTEGRACIJE I UZROCI

Dijagnoza poremećaja najčešće se postavlja na temelju promatranja djeteta prilikom normalnog razvoja. Od dijagnostičkih sredstava najčešće se koristi test DSI (Viola, 2002; hrv. adaptacija 2003). Kao uzroci senzorne dezintegracije najčešće se navode:

- neurološka dezorganizacija
- traume mozga
- manjak osjetnih podražaja nakon rođenja
- prematuritet

KAKO PREPOZNATI SENZORNU DEZINTEGRACIJU (ZNAKOVI)

- pojačana osjetljivost na jako svjetlo, zvukove, pokrete
- značajno povećanje ili smanjenje razine aktivnosti
- problemi koordinacije
- zaostajanje u govoru i jeziku
- problemi s pažnjom i samokontrolom

TERAPIJA SENZORNE DEZINTEGRACIJE

CILJ terapije jest omogućiti upravljanje senzornim unosom kako bi dijete stvaralo adaptivne reakcije koje integriraju osjete u cjelovit doživljaj.

OSNOVA TERAPIJE je senzorna stimulacija (podražaji) i razvoj adaptivnih vještina na njih. Terapija je individualna, prirodna bez upotrebe medikamenata a potrebna je i pomoć terapeuta koji specifičnim vježbama pomaže integraciju osjetnih doživljaja.

SENZORNA TERAPIJA je vrsta terapije koja nema određenog zadatka već dijete samo istražuje prostoriju u kojoj se nalaze različiti rekviziti te samo bira podražaje. Na taj način dijete kroz igru postiže sljedeće:

- promatra i dodiruje različite predmete
- usmjerava koncentraciju na različite podražaje
- komunicira i ostvaruje bliskost
- stvara bolje znanje o svom tijelu



Slika 4. i 5. Prikaz senzorne sobe kao oblika senzorne terapije

5. ZDRAVSTVENA PSIHOLOGIJA I POSAO

Ishodi učenja:

- nabrojati najčešće uzroke nesreća na poslu i načine predobrane
- definirati socijalnu potporu
- nabrojati i opisati mehanizme pružanja socijalne potpore



5.1. NESREĆE NA POSLU

UZROCI NESREĆA NA POSLU

Najčešće se uzroci nesreća na poslu vežu uz:

1. **Ljudske činitelje ili faktore** (npr. emocionalno stanje, stav prema poslu, osobine ličnosti)
2. **Osobine radne okoline i prirodu samog posla**

OSOBNI ILI LJUDSKI ČINITELJI

- **inteligencija** – pretpostavka da će osoba većeg IQ imati manji broj nesreća na poslu opravdana je jedino u slučaju poslova koji zahtijevaju visoku razinu prosudbe
- **zdravstveno i tjelesno stanje** – djelatnici slabijeg zdravstvenog stanja imaju veći broj nesreća na poslu – slab vid
- **umor** – jasna povezanost, u poslovima gdje postoji desetosatno radno vrijeme najveći je broj nesreća u posljednja dva sata
- **radno iskustvo** – djelatnici sa dužim radnim vremenom uzrokuju manji broj nesreća
- **dob** – stariji zaposlenici uzrokuju manji broj nesreća; a kada ih uzrokuju posljedice su teže i zahtijevaju duže vrijeme oporavka
- **osobine ličnosti** – emocionalno nestabilne osobe doživljavaju veći broj nesreća, nisu sklone utjecaju autoriteta, visoko su tjeskobne i ne surađuju sa kolegama

FIZIČKO OKRUŽENJE

- **vrsta posla** – stresni i zamarajući poslovi nerijetko rezultiraju većim brojem nesreća
- **radno vrijeme** – podaci podržavaju pretpostavku da se nešto više nesreća događa u noćnim nego u dnevnim smjenama
- **rasvjeta** – loša rasvjeta uzrokuje čak 25% svih nesreća na poslu a najviše ih se događa u sumrak
- **temperatura** – manji broj nesreća događa se pri temp. 20-24 stupnja Celzija a raste s promjenama temperature u oba smjera

- **dizajn opreme** – nepravilni i neergonomski projektirani aparati i oprema uzrokuju velik broj nesreća.

ZAŠTITA OD NESREĆA NA RADU

- **učiniti posao zanimljivim**
- osnovati povjerenstva za sigurnost
- nagrađivati pojedince koji su imali mali broj nesreća na poslu
- javno obznaniti statistike o nesrećama i upute za povećanje sigurnosti
- povremeno sa svima organizirati sastanke o sigurnosti na poslu

5.2. SOCIJALNA POTPORA I SAMOZAŠTITNE GRUPE

SOCIJALNA POTPORA je svaka vrsta uzajamne pomoći koju članovi neke primarne skupine dijele među sobom. *Primarne skupine su*: obitelj, rodbinske mreže, seoske zajednice, krugovi bliskih prijatelja, krug bliskih znanaca s posla i sl.

Utvrđeno je da ljudi s jačom socijalnom mrežom značajno manje obolijevaju od svih vrsta bolesti nego ljudi u većoj socijalnoj izolaciji

Neka istraživanja pokazuju da u uzorcima krvi osoba koje su u socijalnoj izolaciji a suočavaju se sa značajnim stresorima, postoji niža razina imunološke reaktivnosti bijelih krvnih stanica nego kod onih koji žive pod istim ili sličnim stresnim uvjetima ali s većom socijalnom potporom.

TEORIJA OTPORNIKA

Jedan od najpoznatijih teorijskih modela koji objašnjava vezu između socijalne potpore i zdravlja zove se **model otpornika na stres**.

Prema tom modelu, socijalna potpora pridonosi uspješnijim strategijama suočavanja sa stresom bilo da se javlja u početnoj fazi reakcije na stres (kada pojedinac procjenjuje značenje situacije) ili u završnoj fazi kada je aktiviran niz fizioloških reakcija na stres

Tako socijalna potpora djeluje na cjelovito zdravlje duž tri glavne odrednice:

1. *kroz socijalne uzore u obitelji i zajednici*
2. *kroz prisnu međuljudsku komunikaciju u zajednici*
3. *kroz povratne obavijesti stručnjaka i drugih vanjskih autoriteta*

OBRASCI SOCIJANE POTPORE

1. *obavijesti o poslu, poslovni kontakti, obavijesti o prilikama stanovanja*
2. *druženja* (spontano posjećivanje u slobodno vrijeme, formalno organizirane zajedničke akcije)
3. *emotivna potpora* (slušanje nečijih pritužbi, savjetovanje glede obiteljskih problema, izražavanje solidarnosti u teškom stresu)
4. *neformalne usluge* (posuđivanje kućnih aparata i potrepština)

5. *oblici uzajamne novčane pomoći i potpore* (velike ili male svote novca)

VRSTE OBITELJSKIH STRESORA

Obiteljski terapeuti obično razlikuju dvije glavne skupine stresora:

1. **Horizontalni stresori** – prate razvoj obitelji kroz pojedine životne cikluse
2. **Vertikalni stresori** – prenose se sa generacije na generaciju poput običaja, rituala, mitova

Međutim, vrlo je teško zamisliti sveobuhvatnu podjelu obiteljskih stresora obzirom da svaka nagla promjena vezana uz jednog člana (bolest, odlazak člana obitelji, hendikep) narušava cijeli sustav. Također, stresori koji djeluju na jednu obitelj ne moraju djelovati i na neku drugu obitelj.

STILOVI OBITELJSKIH REAKCIJA NA STRES

Kao i pojedinac, obitelj na sresna zbivanja reagira *općim adaptacijskim sindromom* kroz tri faze: faza alarma, odupiranja i iscrpljenja

Obiteljske disfunkcije uglavnom se očituju u zatajivanju obitelji kao cjeline, tj. u *stagnaciji ili regresiji* sveukupnog obiteljskog sustava s viših na niže razine razvoja

OBITELJ U RATU I DRUGIM MASOVNIM STRADAVANJIMA

Najučestalije stresne reakcije obitelji na stres ratnih razaranja su:

- pojačavaju se skriveni obiteljski sukobi
- uzajamno udaljavanje ili međuovisnost članova
- jačaju mehanizmi međusobnog okrivljavanja
- problemi ponašanja kod djece rastu kao i poteškoće u školi
- opće opadanje zdravlja u članova obitelji, naročito djece, žena i starijih osoba

6. LITERATURA

- Havelka, M. (1998). Zdravstvena psihologija: Jastrebarsko: Naklada Slap
- Havelka, M. Zdravstvena psihologija (nastavni tekstovi): Zdravstveno veleučilište u Zagrebu
- Klawans, H. (2008). Špiljska žena: Zagreb: Naklada Jesenski i Turk
- Krizmanić, M. (2010). Život s različitima: Zagreb: Profil
- Nikolić, S., Marangunić, M. i sur. (2004). Dječja i adolescentna psihijatrija: Zagreb: Školska knjiga
- Šverko, B. I sur. (2006). Psihologija: Zagreb: Školska knjiga
- Zarevski, P. I Havelka, M. (2014). Psihologija: Zagreb: Školska knjiga