

„LJUDI GOVORE...”[®]

PSIHIJARIJA I PSIHOTERAPIJA IZMEĐU
HUMANOSTI, NEUTRALNOSTI I
PROFESIONALNOSTI

Priredio Branko Ćorić

Beograd, 2012.

**PSIHIJARIJA I PSIHOTERAPIJA IZMEĐU HUMANOSTI,
NEUTRALNOSTI I PROFESIONALNOSTI**

Priredio Branko Ćorić

<i>Recenzenti:</i>	Prof. dr Jovan Bukelić Prof. dr Marko Munjiza Prof. dr Dobrivoje Radovanović
<i>Izdavač:</i>	Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, FASPER, Visokog Stevana 2, Beograd
<i>Dekan:</i>	Prof. dr Jasmina Kovačević
<i>Glavni i odgovorni urednik:</i>	Prof. dr Branko Ćorić
<i>Lektor i korektor:</i>	Milena Ćorić
<i>Kompjuterski slog:</i>	Biljana Krasić
<i>Štampa:</i>	AQUA CLUB d.o.o.
<i>Tiraž:</i>	300 primeraka

ISBN 978-86-6203-038-2

U finansiranju izdanja učestvovalo
Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

616.89:1(082)
615.851.1(082)

СЕМИНАР Људи говоре --- (2011 ; Београд)
Психијатрија и психотерапија између
humanosti, neutralnosti i profesionalnosti /
[Seminar "Ljudi govore ---", 12. i 13.
decembar 2011. godine ; organizator
Univerzitet u Beogradu, Fakultet za
specijalnu edukaciju i rehabilitaciju] ;
priredio Branko Ćorić. - Beograd : Fakultet
za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju,
2012 (AQUA CLUB d.o.o.). - 223 str. ; 24 cm
Tiraž 300. - Napomene i bibliografske
reference uz tekst. - Bibliografija uz
pojedine radove.

ISBN 978-86-6203-038-2

1. Ћорић, Бранко [уредник]
а) Психијатрија - Зборници б)
Психотерапија - Зборници
COBISS.SR-ID 195100684

UNIVERZITET U BEOGRADU
FAKULTET ZA SPECIJALNU EDUKACIJU I
REHABILITACIJU

SEMINAR „LJUDI GOVORE...”[®]

TEMA
PSIHIJARIJA I PSIHOTERAPIJA IZMEĐU
HUMANOSTI, NEUTRALNOSTI I
PROFESIONALNOSTI

12. i 13. decembar 2011. godine

SADRŽAJ

PSIHIJARIJA KROZ TERAPIJSKI ODNOS (UMESTO PREDGOVORA)

Branko Ćorić 9

KAKO JE MOGUĆ SAVREMENI HUMANIZAM

Bogdan Drakulić 19

SOCIJALNI DARVINIZAM

Aleksandar Jugović 37

ZAŠTO POSTOJI PSIHIJARIJA (ILI DA LI SU PSIHIJATRI UGROŽENA VRSTA)

Aleksandar Damjanović 45

KORENI PSIHOTERAPIJE – PROŠLOST, SADAŠNJOST I BUDUĆNOST

Vesna Dukanac 57

KAKO OBUČITI PSIHOTERAPEUTA ZA XXI VEK

Vladeta Jerotić..... 67

ZNANJE/LEGITIMITET

Petar Jevremović 71

DISKURZIVNA ANALIZA UMETNOSTI (DISKURS I IDEOLOGIJA UMETNOSTI)

Miško Šuvaković 77

TERAPEUT U SVOM OGLEDALU

Vesna Brzev-Ćurčić..... 87

ARHETIPOVI POMAŽUĆIH PROFESIJA

Svetlana Zdravković..... 97

ZEN – MOGUĆNOST SAMOSPOZNAJE I SAMOODREĐENJA

Snežana Milenković..... 107

OSOBENOSTI RADA SA OSOBAMA SA OMETENOŠĆU I NJIHOVIM PORODICAMA

Sanja Dimoski

Istorija profesionalnog rada sa osobama sa ometenošću govori o postojanju konstantnog trenda, koji u fokus naučnog interesovanja stavlja samu ometenost (oštećenje, nedostatak, disfunkciju...). Ovakva situacija, bila je slična, u svim područjima koja se bave ometenošću, od pedagogije, preko psihologije, psihijatrije, pa sve do praktičnih disciplina specijalne edukacije i rehabilitacije. Osoba sa ometenošću „skenira“ se tehnikama različitih naučnih disciplina radi utvrđivanja šta sve ne može ili može slabije od tipičnog pojedinca bez ometenosti. Osoba bez ometenosti, reper je u odnosu na koji se porede osobe sa ometenošću. Implicitni cilj tretmana zasnovanog na ovakvom pristupu je da osoba sa ometenošću postigne funkcionisanje što sličnije osobama bez ometenosti.

Ipak, ovakav pristup nije potpuno adekvatan, jer su kriterijumi normalnosti, zrelosti i adaptiranosti pojedinca diskutabilni i promenljivi, uprkos postojanju zvaničnih klasifikacija koje su u upotrebi. Precizno određenje normalne ličnosti nije konačno i nepromenljivo, te postoji rizik da se osobe sa ometenošću porede sa fiktivnim reperima normalnosti. Da bi se izbegla ovakva metodološka teškoća, pribeglo se upoređenju funkcija – govora, motorike, inteligencije i sl., što je omogućilo relativno dobru klasifikaciju ometenosti. Ipak, ometenost, u svojoj složenosti uglavnom prevazilazi jednostavne klasifikacije, ne samo zato što se

u praksi veoma često sreću multipli poremećaji, već i zbog krajnje različitih individualnih posledica postojanja oštećenja na planu socijalnog, emocionalnog, psihološkog funkcionisanja pojedinca.

Različite naučne discipline pripremaju stručnjake različitih profila za rad sa osobama sa ometenošću. U ovu veliku grupu spadaju edukatori i rehabilitatori različitih profila, lekari različitih specijalnosti, psiholozi – psihodijagnostičari, razvojni psiholozi, radni terapeuti, socijalni radnici, psihoterapeuti.

Odnos koji osobe sa ometenošću uspostavljaju sa ovim stručnjacima, ima mnoge osobenosti psihoterapijskog odnosa – tretmani relativno dugo traju, pruža se psihološka podrška, sprovodi lečenje, kreira partnerski odnos aktera. Zato ćemo, poput situacije u psihoterapiji, osobe sa ometenošću i njihove porodice nazivati terminom klijent jer nam se čini najmanje lošim, najmanje stigmatizujućim, sa najmanjom tendencijom ka patologizaciji.

Posmatrano kroz vremensku prizmu, bavljenje nauke isključivo oštećenjem nametao je mehanicistički pristup ljudskoj prirodi, koji je podrazumevao rehabilitaciju svedenu na „popravku“ ili neko manje uspešno prevazilaženje „kvara“. Ometenost, tumačena u okvirima medicinskog modela podrazumevala je redukcionizam u shvatanju čoveka, zanemarivanje očuvanih kapaciteta i sužavanje polja izučavanja samo na oštećenje ili oštećenu funkciju. Ovakav pristup negativno se odražavao na odnos stručnjak – klijent, jer je stručnjaka stavljao u ekspertsku poziciju, a klijenta u poziciju pasivnog konzumenta tretmana. Ekspertska pozicija je doprinosila distanciranju, dehumanizaciji, ali i podizanju osećanja omnipotencije i odgovornosti stručnjaka koji su bili odgovorni za sve sfere života klijenta (lečenje, smeštanje u ustanove, školovanje). Kod klijenata se razvijala naučena bespomoćnost, pasivizacija, demotivisanost za učešće u tretmanu, ali i za učešće u donošenju odluka o sopstvenom životu. Stručnjaci su veliki deo svog posla posvetili dijagnostifikovanju, kategorisanju i drugim vrstama etiketiranja, koje nisu bile primarno korisne njihovim klijentima. Ovakav susret bio je susret superiornog pojedinca, koji je autoritativan, ima znanje i pruža usluge i inferiornog, koji se stavlja pred „svršen čin“ i nužno mora da prihvati iskreiran tretman. Oštećenje i deficit su bivali isključivi predmet izučavanja, a sačuvani kapaciteti ličnosti, koji su neprocenjivi u tretmanu ometenosti, zanemareni su.

Tek savremeni trendovi kvalitativno menjaju koncept tretmana. U žižu interesovanja ulazi i stručnjak, a naročito interakcija između dva aktera. Stručnjak, poput edukovanog psihoterapeuta postaje bitan akter interakcije. Njegova osećanja, svesna i nesvesna reaganja, osobine ličnosti i temperamenta, njegova demokratičnost i kreativnost postaju važni i željeni elementi njegove ličnosti. Interaktivnost procesa lečenja, rehabilitacije, edukacije ili psihoterapije postaje jednim od najvažnijih aspekata ovih procesa. Polje bavljenja prestaje biti samo oštećenje organa ili funkcije, već postaje celokupna ličnost, osoba sa ometenošću, njeno porodično okruženje sa svojim potencijalima, kao i socijalnim interakcija-

ma. Osobe sa ometenošću, odnosno roditelji dece sa ometenošću, partneri su u procesu tretmana, a svaka osoba je neponovljiva individua koja zahteva specifično prilagođavanje tretmana i individualne kurikulume, koje sačinjavaju multidisciplinarni timovi zajedno sa samim klijentima. Pružanje psihološke podrške, empatije, aktivnog slušanja klijenta uobičajen je profesionalni zadatak stručnjaka, umnogome preuzet iz oblasti psihoterapije.

Ipak, susret osobe sa ometenošću i osobe bez ometenosti nosi izvesne specifičnosti, pokreće nešto što je potencijalno emocionalno provokativno za oboje. Ove specifičnosti možda su najuočljivije kada se osobe bez ometenosti, laici za pitanja ometenosti, susretnu sa osobama sa ometenošću. Istraživanja govore da se u ovakvom susretu obično animiraju mnoga osećanja – sažaljenje, osećaj zbnjenosti, nelagode, izbegavanja. Stavovi opšte populacije prema ovoj grupi ljudi opterećeni su predrasudama, tendencijama ka izbegavanju i socijalnoj distanci. Očito da se u susretu ove dve osobe odvijaju mnogi svesni i nesvesni procesi. Laici, u pokušaju brzog procesuiranja sveta oko sebe, osobe sa ometenošću, naročito one kod kojih je ometenost spolja vidljiva, doživljavaju kao različite od sebe. Nesamostalnost, oslonjenost na druge ili pomagala, snažno indukuje nesvesne strahove od sopstvene zavisnosti i nemoći. Na osobe sa ometenošću, kao marginalizovanu grupu, projektuju se sopstvena neprihvatljiva ili na neki drugi način uznemirujuća osećanja (nemoć, agresija, netrpeljivost), često vezana za neprihvatljive delove sopstvene ličnosti, te oni tako postaju epiteti osoba sa ometenošću. Nesvesni, iracionalni strahovi (od zaraze tuđom nesrećom, kazne koja će nas sustići slično kao i dotične osobe) ili agresivni ispadi snažno kreiraju odnos većine prema osobama sa ometenošću.

Susret stručnjaka sa osobom sa ometenošću, očekivano je, trebalo bi da izgleda drugačije. U ovom kontekstu, najčešće se postavlja pitanje da li stručnjak bez ometenosti može u dovoljnoj meri da empatiše, razume i saživi se sa osobom sa ometenošću. Empatija je sposobnost kreirana u ranim interakcijama sa važnim figurama, naročito majkom, u kojima se sticalo iskustvo da su nas razumeli, što je preduslov za mogućnost da razumevamo sami sebe i svet oko sebe. Stručnjak, u procesu tretmana, treba da razume osećanja svojih klijenata, a ne njihovo oštećenje, a osećanja svih ljudi su univerzalna – svi volimo ili mrzimo, stidimo se, radujemo se ili plaćemo. Empatija, fundamentalno važna u svim pomažućim profesijama, ima izuzetno mesto i u ovom specifičnom odnosu. Savremen tretman mora da podrazumeva empatijsko posredovanje u kojem se empatiše sa osećanjima, a ne sa oštećenjem.

S druge strane, pred stručnjaka, koji empatiše, stavlja se zahtev adekvatne psihološke elaboracije ličnih iskustava i doživljaja, koja se mogu javiti u radu sa osobama sa ometenošću. Rad sa ovim osobama često angažuje snažna osećanja i duboko preživljavanje iskustava osoba sa ometenošću. Stručnjak bi trebalo da ume da prepozna svoja emotivna angažovanja i da vrlo suptilno i pažljivo čuva profesionalni odnos prema klijentima, koji treba da omogući kvalitetan rad, ali

i mogućnost da ostale sfere života stručnjaka (njegov brak, roditeljstvo) ne budu zasićeni emotivnim reakcijama vezanim za klijente. Psihoterapeuti, a naročito psihoanalitičari, koji prolaze didaktičke analize, tokom svoje edukacije uče da pronađu finu poziciju empatskog reagovanja, prepoznavanja nesvesnih procesa, davanja adekvatnih intervencija i čuvanja sopstvenog psihološkog funkcionisanja od često uznemirujućih sadržaja sa kojima se susreću u radu. Ovakve teškoće koje se stavljaju pred stručnjaka sreću se i u radu sa nekim drugim kategorijama klijenata – žrtvama nasilja, torture, decom koja su zlostavljana i u svim onim situacijama u kojima je očekivano snažno emotivno reagovanje svakog čoveka. Sindrom „profesionalnog sagorevanja“ jednim delom ima veze se opisanim osobenostima interakcije.

Naročit zahtev koji se stavlja pred stručnjaka je vezan za specifičnosti komunikacije sa osobama sa ometenošću. Ova komunikacija zaista je specifična, jer se ponekad komunicira sa osobama koje nemaju uobičajen način verbalnog izražavanja (osobe sa govorno-jezičkom patologijom), ne mogu da komuniciraju na uobičajen način (osobe oštećenog sluha ili vida) ili imaju neke druge probleme koji se odražavaju i na kvalitet komunikacije (autizama, ADHD). Zbog toga bi bilo poželjno da stručnjak poznaje neke specifične tehnike komunikacije (npr. znakovni jezik u radu sa gluvima). Verbalna komunikacija često je naročito osiromašena i zbog slabije verbalne ekspresije osećanja, koja je tipična za mnoge vrste ometenosti. Komunikacija između dva aktera pod snažnim je dejstvom konteksta u kojima se odvija, institucija i njihovih kodeksa (npr. oblačenja, op-hođenja), uticaja drugih stručnjaka, te je partnerski odnos između profesionalca i klijenta teško uspostavljati. Takođe, zbog usmerenosti na roditelje ili pomagala, osobe sa ometenošću sklone su razvijanju zavisnih odnosa sa osobama iz okoline, što uspostavljanje partnerstva sa stručnjakom čini kompleksnim i dugotrajanim procesom.

Stručnjak bi trebalo da ima mogućnost da toleriše ugroženost svog profesionalnog narcizma. Ne bi trebalo da bude osoba zavisna od spoljašnjih profesionalnih gratifikacija, čije bi izostavljanje dovelo do osećanja inferiornosti ili uvređenosti. Visoko narcistične osobe nemaju osetljivost za mikropostignuća koja su podrazumevajuća u radu sa osobama sa ometenošću. Kod ovakvih osoba otežano je prihvatanje osećanja bilo kakve neuspešnosti, pa tako i profesionalne. Stručnjaci se od osećanja neuspešnosti brane zanemarivanjem ili adaptacijom na pojavu (Bojanin, Milačić, 1995). Zbog čestih oscilacija u tretmanu, minimalnih pomaka, regresija dece sa ometenošću, profesionalac bi trebalo da ima visok prag tolerancije na ovakve profesionalne frustracije.

Naročitu specifičnost podrazumeva rad sa porodicom deteta sa ometenošću. Za razliku od prevaziđenih koncepcija po kojima su roditelji dece sa ometenošću bili samo pasivni izvršioci delova tretmana koji se odnosio na njihovu ulogu (npr. dovođenje dece, sprovođenje vežbi), savremeni, porodični pristup tretmanu, podrazumeva važnosti sagledavanja ne samo klijenta, koji je na tretmanu,

već i porodice, povezivanje simptoma pojedinca sa onim što je u njegovom okruženju, shvatanje da simptome mogu podržavati članovi porodice, te činjenicu da članovi porodice ne moraju biti svesni svog udela u održavanju simptoma (Asen, Tomson, 2001).

Specifičnosti rada sa porodicom, jednim delom proizilaze iz specifičnosti funkcionisanja samih porodica deteta sa ometenošću. Mnoga istraživanja (npr. Dragojević, 2008) pokazuju da porodice sa detetom sa ometenošću karakterišu postojanje stresa u porodici, kao i razlike, na nivou ličnosti, između roditelja deteta sa ometenošću i bez ometenosti. Samo saznanje o ometenosti deteta podrazumeva snažna emotivna reaganja, kao i dosta dug period adaptacije na situaciju o kojoj se radi. Fantazije o detetu, stvarane još tokom trudnoće, želje za savršenim, zdravim, lepim i pametnim detetom naglo i nepopravljivo se ruše, naročito u situacijama kada je ometenost spolja vidljiva još pri rođenju deteta. Takođe je ugroženo i duboko simbolično značenje, koje dete ima za roditelje. Kao produžetak sopstvenog Ega, dete simbolizuje zdravlje, vitalnost, seksualnu potenciju, besmrtnost. Neka psihoanalitička ispitivanja reakcije majki na rođenje deteta sa ometenošću (Solint i Stark) pokazuju da je osnovna reakcija, reakcija tužovanja za izgubljenim, željenim, zdravim detetom i nastojanje da se dezinvestira to željeno, zdravo i savršeno dete, a investira rođeno kao voljeni objekat. Istraživanja uglavnom potvrđuju razlike u reaganjima očeva i majki (Mitler, 1986; Mitić, 1996). Dok su preovlađujuće reakcije majki strah i osećanje krivice, očevi reaguju negacijom i izolacijom. Rođenje deteta, događaj u koji su investirane tolike emocije, tako, postaje traumatično iskustvo. I investicije šire porodice, naročito u patrijahalnim sredinama su izneverene. Rođenje deteta sa ometenošću podstiče razvoj interpretacija koje se često vežu, naročito u manjim sredinama, za sustizanje kazne za davno počinjene porodične grehe. Osećanje iracionalne individualne krivice roditelja, naročito majki, transponuje se u ideju o porodičnoj krivici i obratno, ideja o porodičnom grehu preuzima se kao sopstvena.

Vremenom, porodični sistem se razvija sa velikim rizikom da postane disfunkcionalan, da funkcioniše u senci ometenosti. Najčešće promene u dinamici porodičnih odnosa su (Hrnjica, 1997): smanjena spontanost među članovima porodice, napetost, premorenost, razdražljivost i prenaplašeni doživljaj ometenosti.

Razvoj porodičnog sistema pokazuje da se u ovim porodicama veoma često, razvija jaka dijada između majke i deteta sa ometenošću. Majka, koja je kulturološki odgovorna za podizanje dece, ali i ophrvana osećanjem odgovornosti i krivice, zanemaruje svoje uobičajene uloge i posvećuje se skoro isključivo materinstvu. Očevi, koji su kulturološki predodređeni da brinu o egzistenciji porodice, uobičajeno se distanciraju, bez davanja dovoljno podrške majci. Ostala deca u porodici mogu snažno reagovati na ovakvu situaciju. Ona dobijaju manje brige i pažnje, što interpretiraju na različite načine, uobičajeno nepovoljno po sebe.

Članovi porodice, različito reaguju na samu ometenost, kao i na tretman koji treba da sledi. Reakcije roditelja se mogu kretati od konstruktivnih, na koje ukazuje brzo i kvalitetno prilagođavanje problemu, do otpora, negiranja problema, njegovog minimaliziranja, stvaranja nerealnih očekivanja od stručnjaka i sl. Reakcije roditelja, uopšteno govoreći, zavise od osobenosti njihovih ličnosti i stepena u kojem je porodični sistem funkcionalan (Dimoski, 2008).

Određene strukture ličnosti, naročito anksiozne i nepoverljive osobe, reaguju velikom osetljivošću i izraženom anksioznošću na postojanje ometenosti i potrebu za tretmanom. U ovom pogledu, kod majki se češće očekuje javljenje većeg stepena anksioznosti, hipohondrijskih ideja, nepoverljivosti i osećanja krivice. Nelagodnost se javlja kao posledica iracionalnog osećanja krivice zbog odgovornosti majke koja je navodno doprinela javljanju ometenosti kod deteta. Kod ovakvih osoba strepnja i strah se mogu izražavati nekontrolisano. S druge strane, ovakve osobe često razumeju da je njihova anksioznost preterana, te mogu pokušavati da je kontrolišu u potrebi da je drugi, a naročito dete ne prepoznaju što često dovodi do nespontanosti, izveštačenog reagovanja ili usiljenog bodrenja deteta. Na nesvesnom planu dete veoma jasno može da detektuje roditeljsku anksioznost. To je za njega potencijalno veoma uznemirujući signal, jer ako se odrasli i moćni plaše, onda mora da ga očekuje nešto teško i strašno.

Očekivanja roditelja, koja se stvaraju još pre započinjanja tretmana deteta, kao i ona koja su indukovana prvim impresijama o tretmanu, imaju značajnu ulogu u spremnosti roditelja na saradnju. Nova, uznemirujuća situacija doprinosi tome da očekivanja roditelja najčešće ne prate realni kontekst, već su pod uticajem stresne situacije u kojoj su se našli.

Fenomen „slepih mrlja“, negacija problema, zakasnelo reagovanje, minimaliziranje, česti su kreatori prvih ponašanja roditelja u tretmanu. Ponekad, laičko uverenje da će teškoće vezane za ometenost deteta spontano proći (npr. mucanje), saradnju sa stručnjacima čini suvišnom, nepotrebnom i nametnutom. Potpuno drugačija forma otpora roditelja podrazumeva njihovo rano i brzo reagovanje na problem, ali uz nerealna i precenjena očekivanja od tretmana, idealizaciju stručnjaka i institucija i nestrpljivo ponašanje. Roditelji se, takođe, mogu braniti pasiviziranjem, otporima da se uključe u tretman, izbegavanjem davanja informacija. Pre započinjanja tretmana moguće je i javljanje malodušnosti, skepse, traženje kvazinaučnih rešenja i sl.

Veoma često, ponašanje stručnjaka u tretmanu ima direktno negativno dejstvo na roditelje koji se, implicitnim i eksplicitnim porukama, omalovažavaju i kojima se indukuje osećanje bezvrednosti i krivice. Lista ovakvih verbalnih i neverbalnih poruka stručnjaka je zaista dugačka – nedostatak adekvatnog prostora koji ne bi implicirao nejednakost učesnika u tretmanu, prenaglašavanje značaja uzimanja anamneze koje podseća na isleđivanje, distanciranost, korišćenje stručne terminologije, odsustvo komunikacije u kojoj se partneri gledaju u oči, slušaju, u

kojima se komunikacija produbljuje. Mnoga ovakva ponašanja stvaraju osećanje suvišnosti i bezvrednosti kod članova porodice. Stručnjak tako, kao reprezent društva, svojim celokupnim verbalnim i neverbalnim ponašanjem u tretmanu, šalje snažnu poruku o tome kako porodica sa detetom sa ometenošću treba sebe da pozicionira.

Zapravo, prvi posao stručnjaka, u bilo kojoj formi rada sa porodicama je uspostavljanje saradničkog odnosa i razvijanje poverenja. Ovo se postiže različitim tehnikama – adekvatnim predstavljanjem, upućivanjem i informisanjem roditelja u prirodu ometenosti deteta, upoznavanjem sa vrstom tretmana, njegovim trajanjem i prognozama, upoznavanjem roditelja sa njihovom ulogom u tretmanu itd. Tehnike kojima se gradi partnerski odnos sa porodicom, postupci koji doprinose stvaranju osećanja sigurnosti i bezbednosti kod roditelja, jačanju realnog optimizma, podsticanje na uključivanje...sve su to tehnike u kojima stručnjaci mogu da se obučavaju. Ipak, važno je, ako ne krucijalno, da osobine ličnosti stručnjaka budu u skladu sa ciljevima kojima se stremi u savremeno koncipiranom tretmanu ometenosti – promovisanju partnerstva, kreativnosti, inicijativnosti i interaktivnosti.

Ovo otvara ozbiljno pitanje edukacije stručnjaka za rad sa osobama sa ometenošću i njihovim porodicama. Edukacija stručnjaka, prevazilazi koncept vezan za potrebu da se stekne optimalan resurs znanja. Savremena koncepcija edukacije nužno bi trebalo da podrazumeva uzimanje u obzir motivacije stručnjaka, sa svim njenim svesnim i nesvesnim implikacijama koje jednu osobu opredeljuju za određen rad, osobinama ličnosti kao i spremnošću za partnerstvo i interakciju sa drugima. Edukacija bi trebalo da podrazumeva segmente koji pretenduju da doprinesu razvoju tolerancije, kreativnosti i inovativnosti i vrednosnih sistema i stavova koji poštuju tuđu ličnost. Ovo bi bilo olakšano uključenjem budućih stručnjaka u određene forme psihoterapijskog ili radioničarskog rada. Ovakve forme angažovanja mogle bi da doprinesu „radu na sebi“, koji bi bio dobra osnova za budući rad sa drugima. Tokom sticanja praktičnog iskustva stručnjaci bi trebalo da prolaze kroz supervizijski rad. Supervizije od strane iskusnih edukatora pomažu u sagledavanju sopstvenih potencijala i postignuća i omogućavaju prevazilaženje početničkih teškoća u praktičnom radu, kao i razvoj partnerskog učenja kroz superviziju. I možda najvažnije, potrebno je razmotriti svrsishodnost oprezne selekcije kandidata za anagažovanje na ovako zahtevnim i osetljivim profesionalnim zadacima. Drugim rečima, lečenje, rehabilitacija i edukacija osoba sa ometenošću trebalo bi da budu redefinisani, u raznim fazama ovih procesa – od edukacije kandidata za rad sa ovim osobama, pa sve do realizacije praktičnog dela posla stručnjaka. Inače, ova humana delatnost u riziku je da postane stresna i neadekvatna za sve one koji u njoj učestvuju.

REERENACE:

1. Asen, E., Tompson, P. (2001). *Porodična rešenja u praksi*, Beograd:UNICEF.
2. Carmichael, K. D. (1993). Play therapy and children with disabilities. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 16(3), 165-173.
3. Carmichael, K.D. (1994). Play therapy for children with physical disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 60(3), 51-53.
4. Despotović, T., Jovanović-Dunjić, I., Vulević, G., Mitić, M., Karleuša, M. (2002). *Pomoć pomagačima*, Priručnik za profesionalce. Beograd, Save the Children UK Belgrade.
5. Dimoski, S. (2006). *Ciklusi razvoja porodice deteta sa slušnim oštećenjem*, Beograd: *Beogradska defektološka škola*, br.1, str. 1-11.
6. Dimoski, S. (2008). Značaj porodice u procesu rehabilitacije glasa kod dece, U: Petrović-Lazić, Kosanović, *Vokalna rahabilitacija glasa*, Beograd: Nova naučna, str.183-187.
7. Dimoski, S. (2010). Kontratransfer kao inspiracija - Ko je preko puta osobe sa ometenošću? U: *Frojdov doprinos nauci i kulturi* (priredio Ž. Trebješanin). Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Beograd.
8. Dimoski, S. (2011). Stavovi prema osobama oštećenog sluha i faktori koji ih određuju. Beograd. Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.
9. Dragojević, N. (2008). Odlike funkcionisanja porodica sa ometenim detetom. U: D. Radovanović (ur.) *U susret inkluziji – dileme u teoriji i praksi*, Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, str. 175-187.
10. Milačić, I., Bojanin, S. (1995). Autoritativni stav kao anksiozni i anksiolitički činilac u radu sa autističnom decom, *Defektološka teorija i praksa*, Beograd.
11. Hrnjica, S. (1982). *Zrelost ličnosti*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva.
12. Heflin, J. & Simpson R.L. (1998). Interventions for Children and Youth with Autism. Prudent Choices in a World of Exaggerated Claims and Empty Promises. : *Intervention and Treatment Option Review*. 13.4: 194-211.
13. Lorenz, D. C. (2010). *Can I play? Using play therapy for children and adolescents with disabilities*.http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_07.pdf
14. McFarlane, W. (1991). Family psychoeducational treatment. In Gurman A., Kniskern D. (ed.) *Handbook of Family Therapy* (vol II) NY: Brunner-Mazel, 165-178.
15. Sweeney, D.S. & Homeyer L. (1999). *The handbook of group play therapy: how to do it, how it works, whom it's best for*. Jossey-Bass Publishers.