

UNIVERZITET U BEOGRADU
FAKULTET POLITIČKIH NAUKA

Lidija.R. Vasiljević

ANTIDISKRIMINATIVI PRISTUP I RODNA
INKLUZIVNOST U POLITIKAMA MENTALNOG
ZDRAVLJA

DOKTORSKA DISERTACIJA

Beograd 2016

UNIVERSITY OF BELGRADE
FACULTY OF POLITICAL SCIENCES

Lidija.R. Vasiljević

**ANTI - DISCRIMINATIVE AND GENDER
INCLUSIVE APPROACH IN MENTAL
HEALTH POLITICS**

Doctoral dissertation

Belgrade, 2016

PODACI O MENTORU I ČLANOVIMA KOMISIJE:

MENTOR:

Prof.dr Tamara Džamonja Ignjatović, redovan profesor

Fakultet političkih nauka , Univerzitet u Beogradu

ČLANOVI KOMISIJE:

- Prof. dr Jasna Veljković, docent

Fakultet političkih nauka , Univerzitet u Beogradu

- Prof. dr Tatjana Vukosavljević - Gvozden, redovan profesor

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

DATUM ODBRANE: _____

ANTIDISKRIMINATIVNI PRISTUP I RODNA INKLUZIVNOST U POLITIKAMA MENTALNOG ZDRAVLJA

REZIME: Mentalno zdravlje predstavlja jedno od značajnijih oblasti interesovanja kako psihologije, psihoterapije i socijalnog rada, tako i sfere ljudskih prava. Sistem zdravstvene zaštite bi trebalo da bude rukovođen principom jednakih prava i mogućnosti za sve klijente što podrazumeva ujednačenu dostupnost usluga, ali i neutralnost i nepristrasnost u pristupu.

Na žalost, u praksi to nije uvek tako, a teškoće koje se, s tim u vezi, postavljaju pred praktičare mentalnog zdravlja, u najvećoj meri se odnose na probleme nejednakosti, diskriminacije i ekskludiranja (izopštavanja) određenih grupa. Problem neadekvatnosti tradicionalnog, a često i dominantnog pristupa mentalnom zdravlju, predstavlja posledicu diskriminacionih politika u društvima generalno, koje se zatim prenose i na druge specifične oblasti, što za posledicu ima njegove štetne, redukcionističke i neadekvatne prakse. Ipak, savremene tendencije politika mentalnog zdravlja jasno odlikuje sve veća potreba i spremnost za inkluzijom i pristupima koji će otkoniti ove negativne pojave.

Osnovna tema disertacije je razmatranje pericipiranja grupa različitih po kriterijuma: roda, pola, rase, socijalne klase, seksualnih opredeljenja, posebnih potreba, iskustava migracija i izbeglištva ili hospitalizacija u okviru ustanova mentalnog zdravlja (kao jednog velikog dela diskriminiranih kategorija), i njihovog tretmana od strane praktičara u okvirima mentalnog zdravlja, kao i sistema u okvirima kojih funkcionišu. Cilj rada je da istraživanje teorijske i praktične mogućnosti apliciranja antidiskriminativnih i rodno inkluzivnih pristupa u okvirima politika mentalnog zdravlja. Antidiskriminativni pristupi predstavljaju različite *strategije, mere i tehnike*, čijom se primenom sprečavaju, ublažavaju ili minimiziraju diskriminativni procesi u okvirima mentalnog zdravlja. Ovakavi pristupi dele platformu uvažavanja i jednakog tretmana svih rasnih, klasnih, nacionalnih, etničkih, religijskih kao i seksualnih opredeljenja i neophodan su deo savremenih i politički korektnih pristupa u različitim oblicima pružanja psihosocijalne podrške.

Osnovna hipoteza rada je da nepostojanje adekvatnog antidiskriminativnog kao i rodno inkluzivnog pristupa u politikama mentalnog zdravlja ima za posledicu nejednak i neadekvatan tretman određenih društvenih i političkih kategorija, pre svega marginalizovanih grupa i žena, a posebno višestruko diskriminiranih osoba u njenim okvirima. Takođe, rad je uključio

pretpostavku da će primena antidiskriminativnih i rodno inkluzivnih praksi uz adekvatno upoznavanje sa problemima roda, rase, klase i psihoseksualnog identiteta u edukaciji, umnogome rekonstruisati tradicionalni pristup problemima mentalnog zdravlja i omogućiti bolji tretman manjinskih i stigmatizovanih grupa u psihosocijalnom radu.

Premisa na kojoj se teza zasniva je da postojanje razmene znanja i iskustava između pripadnika kliničke prakse, psihijatrijskih i terapijskih krugova, s jedne, i nekliničkih aktivističkih i humanih oblasti rada na mentalnom zdravlju, s druge strane, omogućava nastanak novih kvaliteta u ovoj oblasti. Metodološki pristup koji je primenjen je pre svega kritička i problemska analiza teorijskih koncepata, empirijskih evidencija, primera dobre i loše prakse kao i evaluativnih istraživanja. Teorijska analiza iznosi pregled i hronologiju razvoja antidiskriminativnih, antiopresivnih i inkluzivnih metoda razvoja terapijskog rada i savetovanja, a i empirijski pristup je korišćen u iznošenju primera iz stručne prakse. Pored analize rodne inkluzivnosti, za čije je uključivanje u terapijsku praksu, ključnu ulogu imao feminizam i teorije roda, u razmatranje su uključene i analize psiholoških, psihoterapijskih i socijalnih teorija koje su uticale na formiranje antidiskriminativnih politika.

Namera doktorske teza je da predstavlja doprinos tematici politika mentalnog zdravlja kao i istraživanjima u oblasti psihoterapije i inkluzivnih praksi. Rad može biti koristan, kako za istraživače u oblasti politike, socijalnog rada, studija roda i humanih nauka, tako i za praktičare u oblasti mentalnog zdravlja i socijalne zaštite. Otvaranje važnog pitanja antidiskriminativnih praksi i inkluzije u oblasti mentalnog zdravlja i analiza ovog problema, predstavlja neophodan preduslov njegove institucionalizovane primene, što bi predstavljalo krajnji cilj i dostignuće proklamovanih principa u praksi.

Ključne reči: mentalno zdravlje, diskriminacija, rod, inkluzija, manjinske grupe, psihoterapija, politike

Naučna oblast: Političke nauke

Uža naučna oblast: socio-psihološka

UDK: 159.913:305(043.3) 613.86(043.3)

ANTI - DISCRIMINATIVE AND GENDER INCLUSIVE APPROACH IN MENTAL HEALTH POLITICS

Abstract: Mental health is one of the more important areas of interest for psychology, psychotherapy and social work, as well as for the sphere of human rights. In its approach to clients, the health care system should be guided by the principle of equal rights and opportunities, which entails not only accessibility of services but also a neutral and impartial approach to clients, regardless of their background.

Unfortunately, this is not always the case in practice. Problems that mental health practitioners face because of that are related to inequality, discrimination and exclusion of certain groups. The inadequacy of the traditional, and often dominant, approach to mental health is a consequence of discriminatory policies in the society in general, which are subsequently extended to specific areas, resulting in harmful, reductionist and inadequate practices. Nonetheless, modern tendencies in mental health policies are clearly characterized by an increasing need and readiness for both inclusion and approaches that will eliminate the abovementioned negative occurrences.

The central theme of the dissertation is the analysis of the perception of different groups – genders, sexual minorities, different races and classes, individuals with special needs, migrants, and former beneficiaries of mental health services (as a large part of disadvantaged categories) – and the way the mental health practitioners and the systems within which they operate treat these groups. The objective of the thesis is to explore theoretical and practical possibilities of applying anti-discriminatory and gender-inclusive approaches within the mental health policies. The anti-discriminatory approaches include different *strategies, measures and techniques* preventing, mitigating or minimizing discriminatory mental health practices. These approaches share the platform of recognition and equal treatment of all racial, class, national, ethnic, religious and sexual identities, and are an essential part of contemporary and politically correct approaches in different forms of psychosocial support.

The main hypothesis of the dissertation is that the lack of appropriate anti-discriminatory and gender-inclusive approaches in mental health policies results in an unequal and inadequate treatment of certain social and political categories, especially women and marginalized groups,

and, above all, individuals facing multiple discrimination. The dissertation also hypothesizes that the application of anti-discriminatory and gender-inclusive practices will, together with an appropriate incorporation of issues related to gender, race, class and psychosexual identity in education, significantly reconstruct the traditional approach to mental health problems and ensure a better treatment of minorities and stigmatized groups in the sphere of psychosocial work.

The thesis is based on the premise that the exchange of knowledge and experience between the members of clinical practice, psychiatry and therapy circles, on one side, and non-clinical, activist and humanistic fields of mental health work, on the other side, enables creation of new qualities in this area. The main methodological approach is a critical and problem analysis of theoretical concepts, empiric evidence, examples of good and bad practice, and evaluation researches. The theoretical analysis offers an overview and chronology of the development of anti-discriminatory, anti-oppressive and inclusive therapeutic and counseling methods, while in giving examples of working practice the empiric approach has been used. Apart from the analysis of gender inclusion, with feminism and gender theories having a key role in its introduction in therapeutic practice, we have also included an analysis of psychological, psychotherapeutic and social theories which have influenced the development of anti-discriminatory policies.

The purpose of the thesis is to contribute to mental health policies and research in the field of psychotherapy and inclusive practices. This paper can be useful to researchers in the field of politics, social work, gender studies and human sciences, as well as to mental health and social work practitioners. Raising the important question of anti-discriminatory and inclusive practices in the sphere of mental health, and analyzing this problem are a necessary prerequisite for the institutional use of these practices, which would be the ultimate objective and achievement of the proclaimed principles in practice.

Key words: mental health, discrimination, gender, inclusion, minority groups, psychotherapy, politics

Academic field: Political sciences

Academic discipline: Socio-psychological

UDK : 159.913:305(043.3) 613.86(043.3)

SADRŽAJ:

| | |
|---|-----------|
| UVOD..... | 1 |
| I KREIRANJE POLITIKA MENTALNOG ZDRAVLJA – PROBLEM NORMI | |
| 1.1 Shvatanja pojma normalnosti i počeci normiranja psihičkih bolesti..... | 6 |
| 1.1.1 Pojava psihijatrije..... | 10 |
| 1.2 Koncepti, paradigme i modeli procene mentalnog zdravlja..... | 15 |
| 1.3 Socio-ekonomski aspekti kategorizacija u okvirima mentalnog zdravlja..... | 20 |
| 1.4 Mentalno zdravlje: nejednakost i različitost..... | 27 |
| 1.5 Politike mentalnog zdravlja..... | 31 |
| II OPRESIJA I DISKRIMINACIJA U PSIHOSOCIJALNOM RADU I TERAPIJI | |
| 2.1 Problem opresije..... | 37 |
| 2.2 Diskriminacija i predrasude u sferi mentalnog zdravlja | 42 |
| 2.3 Diskriminacije različitih kategorija..... | 51 |
| 2.3.1. Diskriminacija žena | 51 |
| 2.3.2 Diskriminacija LGBT populacije heteroseksizam i homofobija..... | 53 |
| 2.3.3 Diskriminacija osoba s invaliditetom..... | 54 |
| 2.3.4 Rasna diskriminacija..... | 57 |
| 2.3.5 Klasna diskriminacija..... | 59 |
| 2.3.6 Interseksijalnost klase, roda i seksualne orijentacije..... | 60 |
| 2.4 Oblici socijalne kontrole devijacija – stigmatizacija..... | 61 |
| 2.4.1 Stigmatizacija mentalno obolelih..... | 62 |
| 2.4.2 Teorije o poretku stigmatizacije..... | 63 |
| 2.4.3 Kako stigma utiče na mentalno zdravlje?..... | 64 |
| III RODNO INKLUZIVNI PRISTUP PSIHOTERAPIJI I SAVETOVANJU..... | 68 |
| 3.1 Feministička psihologija..... | 69 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2 Feministički pristup terapiji..... | 72 |
| 3.3 Terapijski pravci proizašli iz feminističke teorije..... | 79 |
| 3.3.1 Feministička terapija i savetovanje..... | 79 |
| 3.3.2 Radikalna feministička terapija..... | 81 |
| 3.3.3 Feministička grupna terapija..... | 82 |
| 3.3.4. Feminocentrični pristup u psihoterapijskom radu –Model ritma – (Jocelyn Chaplin)..... | 84 |
| 3.3.5 Rodno inkluzivni pristupi u okviru psihoterapijskih terapijskih modaliteta..... | 85 |
| 3.3.6. Uključivanje rodnih aspekata u okvire porodične terapije i savetovanja..... | 87 |
| 3.4 Uključivanje rodne inkluzije u različite modalitete grupne terapije..... | 88 |
| 3.5. Oblici rada na opštem osnaženju..... | 92 |
| 3.5.1 Terapijski efekti aktivizma..... | 93 |
| 3.5.2. Asertivni trening..... | 94 |
| 3.5.3. Grupe za podizanje svesti..... | 95 |
| 3.5.4 Rad na prevenciji burnout sindroma (sindroma sagorevanja)..... | 97 |
| IV ANTIDISKRIMINATIVNI I AFIRMATIVNI PRISTUP U RADU SA SEKSUALNIM RAZLIČITOSTIMA..... | 98 |
| 4.1 Od Gej opresivne do afirmativne prakse..... | 102 |
| 4.2 Dva modela razvoja identiteta LGBT osoba..... | 105 |
| 4.3 Gej afirmativna praksa..... | 107 |
| 4.3.1 Lezbejke..... | 111 |
| 4.3.2 Rad s mladima..... | 114 |
| 4.3.3. Biseksualne osobe..... | 115 |
| 4.3.4 Transrodne–pozitivne prakse..... | 117 |
| 4.3.5 Kvir određenje..... | 120 |

V ANTIOPRESIVNI I INKLUZIVNI TERAPIJSKI RAD U OKVIRIMA RASE, KLASE, RELIGIJE I VIŠESTRUKIH MARGINALIZACIJA

| | |
|---|-----|
| 5.1 Antirasistički pristup u psihoterapiji i savetodavnom radu..... | 123 |
| 5.2 Problem klase u psihoterapiji i savetovanju..... | 132 |
| 5.2.1 Uticaj klasnih pitanja na kreiranje odnosa klijent – psihoterapeut..... | 133 |
| 5.2.2 Uticaj klase na obrazovanje kadrova..... | 136 |
| 5.2.3 Savetovanje o psihoterapiji s pripadnicima religijskih grupa..... | 136 |
| 5.3 Rad sa višestruko marginalizovanim grupama..... | 139 |

VI RAD NA OJAČAVANJU KAPACITETA VULNERABILNIH GRUPA.....

| | |
|---|-----|
| | 142 |
| 6.1 Osnajivanje kapaciteta osoba s invaliditetom..... | 144 |
| 6.1.1 Društveni odgovor na različitosti invaliditeta..... | 144 |
| 6.1.2 Invalidno–afirmativni model..... | 149 |
| 6.1.3 Rodna pitanja i invalidnost..... | 150 |
| 6.2 Izbeglice i migranti..... | 152 |
| 6.2.1 Problemi u tretmanu izbeglica i migranata..... | 153 |
| 6.2.2 Depatologizacija izbegličkog iskustva i otvaranje drugačijih pristupa..... | 155 |
| 6.2.3 Predloženi principi i preporuke praktičarima u pružanju efektivne pomoći migrantima..... | 160 |
| 6.3 Psihološka pomoć i ojačavanje kapaciteta bivših hospitalizovanih klijenata (pacijenata u remisiji)..... | 163 |
| 6.3.1 Nastanak ideje o oporavku | 163 |
| 6.3.2 Modeli oporavka..... | 168 |
| 6.3.2.1 Model oporavka – “Tempo” (PACE)..... | 169 |
| 6.3.2.2 Model oporavka kroz podizanje kapaciteta | 171 |

| | |
|--|-----|
| VII ANTIOPRESIVNI I RODNO INKLUZIVNI PRISTUPI U EDUKACIJI PSIHOTERAPEUTA, SAVETNIKA I PRAKTIČARA MENTALNOG ZDRAVLJA..... | 174 |
| 7.1 Antiopresivna praksa u edukaciji i superviziji..... | 176 |
| 7.2 Rodno inkluzivna praksa u edukaciji i superviziji..... | 180 |
| 7.3 Predloženi modeli | 182 |
| 7.3.1 Trodimenzionalni model | 182 |
| 7.3.2 Antiopresivni i rodni inkluzivni pristup u superviziji - Feministička supervizija..... | 182 |
| 7.3.3 Model integrisane supervizije..... | 186 |
| 7.3.4 Relaciono–kulturološki pristup (RKP)..... | 187 |
| 7.3.5 Model zamišljene nejednakosti..... | 189 |
| 7.3.6 Akciona supervizija (metod supervizije naslonjen na teoriju, metode i tehnike psihodrame)..... | 190 |
| VIII RODNO INKLUZIVNA, ANTIOPRESIVNA PSIHOTERAPIJSKA PRAKSA RAZVIJANJA LIČNIH KAPACITETA U INDIVIDUALNOM RADU, INTEGRATIVNOM PSIHODRAMSKOM GRUPNOM RADU, SAVETOVANJU I SUPERVIZIJI | |
| 8.1 O pristupu..... | 193 |
| 8.1.1 Vrednosna dimenzija i referentini okvir pristupa..... | 193 |
| 8.1.2 Terapijsko metodološki elementi i teorijska uporišta..... | 195 |
| 8.1.2.1 Feministička teorija i feministička psihoterapija..... | 195 |
| 8.1.2.2 Egzistencijalistička terapija – Jalom..... | 196 |
| 8.1.2.3 Teorija uloga..... | 197 |
| 8.2 Metode i tehnike..... | 199 |
| 8.2.1 Psihodramski metod i psihodramske tehnike..... | 199 |
| 8.2.2 Integracija psihodrame sa drugim modalitetima i tehnikama (TA, sistemske porodične terapije, art ekspresivne tehnike, telesne terapije, narativne terapije)..... | 200 |
| 8.2.3 Rodžersova klijetocentrična terapija..... | 202 |

| | |
|--|-----|
| 8.2.4 Originalne ideje i koncepti nastali na osnovu iskustva u psihoterapijskom radu..... | 203 |
| 8.2.4.1 Rodni barometar..... | 203 |
| 8.2.4.2 Emocionalno-socijalni atom..... | 204 |
| 8.2.4.3 Transgeneracijsko emocionalno mapiranje (ukrštanje socijalnog, emocionalnog, transgeneracijskog i komunikacionog nivoa)..... | 204 |
| 8.2.4.4 Tehnika –“Semafor”..... | 205 |
| 8.3 Primena metode u individualnoj i grupnoj psihoterapiji..... | 206 |
| 8.3.1. Problemi u partnerskim odnosima LGBT osoba..... | 206 |
| 8.3.2 Rodne uloge i porodica..... | 209 |
| 8.3.3 Terapijski radovi s grupom..... | 212 |
| 8.3.3.1 Strah od osude grupe – stigmatizacije..... | 212 |
| 8.3.3.2 Rad na nacionalnom identitetu i osećaju pripadnosti..... | 216 |
| 8. 4 Primeri integrativnih terapijskih radionica i grupa..... | 218 |
| 8.4.1 Integrativni pristup radu na pitanjima rodnih identiteta i rodnih uloga..... | 218 |
| 8.4.2 Integrativni pristup u radu na pitanjima partnerskih odnosa i seksualnosti..... | 219 |
| 8.4.3 Integrativni pristup u radu sa ratnom traumom..... | 220 |
| 8. 5 Primena pristupa u okvirima edukacije i supervizije..... | 222 |
| 8.5.1 Edukacija..... | 222 |
| 8.5.1.1 Primena akcionih tehnika u dekonstrukciji stereotipa i predrasuda..... | 224 |
| 8.5.1.2 Primena integrativnih tehnika u osveščivanju rodnih uloga – rodno mapiranje..... | 226 |
| 8.5.2 Supervizija..... | 228 |
| IX ZAKLJUČAK..... | 232 |
| Spisak literature | 249 |
| Biografija..... | 291 |

Uvod

Praktično još od svog nastanka, psihoterapija je bila rezervisana mahom za pripadnike privilegovanih socijalnih grupa. Ona je, stoga, u velikoj meri odražavala vrednosne sisteme svojih dominantnih korisnika, pripadnika viših i srednjih slojeva društva. Poslednjih godina raste svest o toj činjenici, te je današnja psihoterapija, koja se tokom vremena razgranala u najrazličitije vrste pristupa i metoda lečenja, napadana iz najrazličitijih vrsta "oružja".

Na meti kritike su, pre svega, stručnjaci koji se bave psihoterapijom. Kod njih se uočava nedostatak želje i spremnosti za sticanjem znanja koja se odnose na društvene grupacije čiji im se pripadnici obično ne obraćaju za pomoć, iako i oni takodje predstavljaju potencijalne korisnike psihoterapije. Kritikovani su, potom, sistemi zdravstvene zaštite, teorijske pretpostavke na kojima se psihoterapeutski pristupi i metode zasnivaju, politike javnog zdravlja koje su integrisane u sistem procene normalnosti korisnika, načini dijagnostikovanja bolesti, kao i brojni pristupi i metode koji su se razvili u okviru psihoterapije.

Dostupnost usluga psihoterapije i savetovanja opterećena je ekonomskim poteškoćama koje utiču kako na postojanje sistema zaštite mentalnog zdravlja, tako i na opseg cena privatnih terapijskih seansi. Takođe, svaka finansijska i društvena kriza za sobom povlače s jedne strane veći broj potencijalnih korisnika ovakvih usluga (ljudi u krizi), a s druge strane, manju spremnost pojedinaca (i njihovih porodica) da odvoje novac za ovakve „neurgentne“ oblike pomoći u situaciji ekonomske krize. Pripadnici/e marginalizovanih grupa, socijalno i ekonomski depriviranih klasa, mnogo teže dolaze do informacija o načinima pomoći koja im je dostupna, kao i do usluga sistema zdravstvene zaštite, koji uključuje i podršku u okvirima unapređivanja mentalnog zdravlja ili intervencija u krizi. Na žalost, problem se ne završava u oblasti finansija, nedostatka informacija i još uvek vladajućim stereotipima prema „radu na sebi“ - princip odbacivanja je dvosmeran.

Osnovna tema disertacije razmatraće vidjenja različitih socijalnih grupa, klasa, rodni kategorija, kao i njihovog tretmana od strane onih koji spadaju u oblast pomažućih profesija, i sistema u okvirima kojih funkcionišu. Ponavljanje opresije, koju različite grupe doživljavaju na političkom i društvenom planu, a i u oblasti mentalnog zdravlja, putem diskriminacije, stereotipizacije, kao i drugih oblika neadekvatnih tretmana, predstavljaju oblast izučavanja politika mentalnog zdravlja.

Dostupnost sistema brige o mentalnom zdravlju je ograničena, kako je već rečeno, a kod pripadnika marginalnih i ekonomski depriviranih društvenih slojeva prisutna je povećana stopa rizika od psihičkih bolesti. Stoga sistem socijalnog rada teži ka uspostavljanju jednakih prava u okviru sistema zdravstvene zaštite, i brige o mentalnom zdravlju (International federation of social workers 2008, 3). Najveće teškoće koje se, s tim u vezi, postavljaju pred socijalne radnike svakako su one koje se odnose na probleme nejednakosti i diskriminacije.

Koji su uzroci pojave diskriminacije u okviru sistema brige o mentalnom zdravlju?

Pojam diskriminacije se, uopšteno govoreći, odnosi na problem nejednakog tretiranja različitih grupa ljudi, a u ovom slučaju grupa korisnika psihoterapijskih usluga, što je direktno povezano sa pitanjem nejednake raspodele moći u društvu, odnosno jednakih prava i mogućnosti za korišćenje psihoterapijskih usluga. Veza između diskriminacije (nejednake raspodele prava, moći i resursa) i opresije (iskustva nepravde i zlostavljanja) je višestruka - između ostalog, opresija predstavlja jednu od mogućih reperkusija diskriminacije. Problem neadekvatnosti tradicionalnog, a često i dominantnog pristupa mentalnom zdravlju, predstavlja posledicu diskriminacionih politika u društvima generalno, koje se zatim prenose i na druge specifične oblasti, što za posledicu ima njegove štetne, redukcionističke i neadekvatne prakse.

Mentalno zdravlje jeste jedno od najvažnijih pitanja kako psihologije, psihoterapije, tako i socijalnog rada, koji je u svojoj srži okrenut podsticanju i promovisanju socijalne promene, ojačavanju snaga i osnaživanju kapaciteta korisnika za dostizanje maksimalne dobrobiti. Uporedo s razvojem socijalnog rada, kao oblasti koja je, sama po sebi svojim fokusom i središnjim problemom ostvarivanja socijalnih prava ugroženih, pružala plodno uporište, *razvijao se i anti – opresivni pristup*. Istorijski gledano, oblast socijalnog rada je 60-tih godina XX veka oblikovao uticaj feminističkih pokreta, studentskih protesta kao i antipsihijatrije, dok je 70-tih godina bio evidentan uticaj sociologije i socijalne psihologije. Takođe, svoj upliv imala je i psihoanaliza, ali i antiabolicionistički pokreti i pokreti za slobode ispoljavanja seksualnih različitosti.

S obzirom na to da je oblast socijalnog rada izložena snažnim uticajima različitih teorijskih i ideoloških platformi, tu nema govora o nekakvoj homogenosti pristupa i metoda. Naprotiv, socijalni rad podrazumeva raznolikost i kontekstualnu odredjenost pristupa, koji često znaju da budu “obojeni” i ličnim iskustvima, željama i stremljenjima njihovih praktičara (Wilson

& Bereford 2000). Odnose praktičara/savetnika i klijenata u okviru oblasti socijalnog rada moguće je analizirati kroz prizmu njihovih političkih implikacija, imajući u vidu uticaje dominantnih ideologija i diskursa, kao i odnose moći bazirane na hegemoniji. Pod pojmom hegemonije podrazumeva se politička dominacija određenog pojedinca i/ili društvene grupe nad ostalima. Hegemonija je neodvojiva od eksploatacije, budući da u praksi one obično počivaju na zajedničkim ideološkim osnovama (Thompson 1993). Kada je reč o uticaju ideologija, važno je istaći da pripadnici određenog društva, koji obično nisu svesni toga da su usvojili i internalizovali principe na kojima ideologija počiva, veruju da su kroz njih u stanju da iskažu sopstvena mišljenja i stavove. To se može negativno odraziti na celokupan razvitak ličnosti, što posebno važi za pripadnike marginalnih društvenih grupa. U bliskoj vezi s pojmom ideologije je i pojam diskursa, pod kojim se, najkraće rečeno, podrazumeva određeni *režim istine*.¹ Kroz sva tri pomenuta elementa, primetan je uticaj na klijente putem: otuđenja, izolacije ili marginalizacije, finansijskih deprivacija, pada samopouzdanja, nemogućnosti socijalnog uključivanja i građenja profesionalne karijere (isto).

Cilj ovog rada je da istraži teorijske i praktične mogućnosti apliciranja antidiskriminativnih i rodno inkluzivnih pristupa u okvirima politika mentalnog zdravlja. Antidiskriminativni pristupi predstavljaju različite *strategije, mere i tehnike*, čijom se primenom sprečavaju, ublažavaju ili minimiziraju diskriminativni procesi u okvirima mentalnog zdravlja. Ovakav pristup, ili bolje rečeno pristupi koji dele platformu uvažavanja i jednakog tretmana svih rasnih, klasnih, nacionalnih, etničkih, religijskih kao i seksualnih opredeljenja, neophodan su deo savremenih i politički korektnih pristupa u različitim oblicima pružanja psihosocijalne podrške. Savremene tendencije politika mentalnog zdravlja, jasno odlikuje sve veća potreba i spremnost za inkluzijom, koja bi se odrazila i u njenoj praksi. Jedna od važnijih odlika antidiskriminativnog pristupa, u širem smislu, bila bi i *uvođenje rodne inkluzivnosti u politike mentalnog zdravlja*, i to u svim njegovim aspektima.

Mentalno zdravlje žena predstavlja relevantnu oblast naučnog interesovanja kako u okvirima feminističke psihologije, tako i u oblasti društvenog delovanja. Ono naime, problematizuje pitanje društvene strukture i njoj inherentnih odnosa nejednakosti kao i procese

¹Pojam diskursa detaljno je analiziran u okviru filozofije poststrukturalizma, a posebno u delu Mišela Fukoa.

njihove interiorizacije kod samih žena. Granice normalnosti su kroz čitavu istoriju konstituisane na način koji nije rodno neutralan, i stoga bi rodna inkluzivnost u politikama mentalnog zdravlja pretpostavljala ujednačavanje tretmana i otvorenost za korigovanje postojećih pristupa. Ovo pitanje se naročito odnosi na proces normiranja koji nužno ima i svoje reperkusije u razvijanju praksi i načinima tretmana žena kao političkih subjekata.

Namera ovog rada je, takodje, i da sistematizuje savremene metode, tehnike i modele antidiskriminativnih praksi u oblasti psihosocijalnog i savetodavnog rada. Osim pružanja uvida u primere dobrih praksi, kao i nekliničkih aktivnosti koje dovode do pozitivnih terapijskih efekata (npr. akcionih tehnika), teza će sadržati i kritičku analizu različitih aspekata ovog problema, kao i pojašnjenje njegove političke i socijalne dimenzije. Posledično, rad takođe ukazuje na potrebu izgrađivanja argumentacije kojom se može relevantnije preispitati neadekvatnost tretmana rodnih, klasnih i rasnih pitanja u njenim okvirima. Pored analize rodne inkluzivnosti, za čije su uključivanje u terapijsku praksu ključnu ulogu imali feminizam i teorije roda, baviću se analizom psiholoških, psihoterapijskih i socijalnih teorija, koje su uticale na formiranje antidiskriminativnih politika.

Uzevši u obzir širi i užu politički kontekst nastanka i razvoja različitih metoda pružanja pomoći i podrške, kao i metoda lečenja, prevencije i resocijalizacije, **teza će integrisati i reflektovati** kritičku analizu i odnos prema tradicionalnim didaktičkim pristupima.

Osnovna pretpostavka na kojoj se zasniva moje teorijsko istraživanje, a iz koje proizlaze sve ostale pretpostavke i pitanja kojima se u radu bavim, je sledeća: *Razmenom znanja i iskustava medju akterima koji deluju u oblasti psihosocijalnog i savetodavnog rada, s jedne strane, i aktivizma u oblasti nekliničkog, humanitarnog rada, kojem je cilj unapredjivanje mentalnog zdravlja stanovništva, s druge strane, može se ostvariti značajan napredak u ovoj oblasti.* Inkluzivni pristup se, kako je poznato, bazira na isticanju polne/rodne ravnopravnosti i jednakosti medju pripadnicima različitih rasa i kultura. Smatram da je razvoj svih vrsta inkluzivnih modaliteta, u okviru već postojećih formi grupnog rada, veoma važan za budućnost svih formi psihoterapije, pa i one koju sama praktikujem u radu s korisnicima i korisnicama.

Na osnovu prethodno iznetog, može se reći **da doktorska teza teži da doprinese proučavanju politika mentalnog zdravlja, u kontekstu unapređenja psihoterapije i inkluzivnih praksi.** U našoj (i ne samo našoj) sredini ta oblast nije dovoljno istražena. Pored

nedostatka stručne literature na srpskom jeziku prisutna je i tendencija ka simplifikaciji i nestručnoj popularizaciji psihoterapije, bez razumevanja njenih političkih, društvenih i psiholoških aspekata, što se štetno odražava na aktuelne i potencijalne korisnike psihoterapijskih usluga. Upravo zbog toga se nadam da će ovaj rad poslužiti kao *koristan izvor informacija* kako istraživačima iz oblasti društvenih i humanističkih nauka, tako i praktičarima iz oblasti psihoterapije i socijalne zaštite. Diskusija o antidiskriminativnim i inkluzivnim praksama u oblasti sistema brige o mentalnom zdravlju predstavljaće, svakako, jedan od preduslova za institucionalno uvođenje proklamovanih principa i praksi.

I Kreiranje politika mentalnog zdravlja – problem normi

Shvatanja kategorija normalnosti i abnormalnosti ili nenormalnosti (ludila), i njihovih međusobnih granica i odnosa, bila su, još od vremena njihovog uvođenja u medicinski diskurs, opterećena subjektivnošću zadatih kriterijuma. Pokušaji uvođenja objektivnih klasifikacija, baziranih na različitim vrstama “merenja” i statističkih proračuna, rešavali su jednu vrstu problema, ali su obično otvarali nova pitanja i probleme.

Praksa procenjivanja normalnosti zasnivala se na potrebi za naučnim napretkom, ali je predstavljala i jasan politički akt. Oni koji su u bilo kom smislu odstupali od normiranog, društveno poželjnog ponašanja označavani su kao “drugi” i/ili “drukčiji” i time odvajani od “normalnih”. Kod laika, pa i kod samih psihijatara, prisutna je tendencija da se pojedine grupe ljudi, čitavi kolektivi, pa i narodi, proglašavaju duševno poremećenim. S druge strane, postojala je i sklonost ka “romantizaciji ludila”, te je ono dovedeno u vezu sa osobinama kao što su strastvenost, hrabrost, autentičnost, neustrašivost, pri čemu su se laička i stručna odredjenja razdvajala i/ili kombinovala, u zavisnosti od konteksta i nečijih trenutnih potreba.

U ovom poglavlju baviću se problematikom normi, kao i njihovim izvorima, istorijom i tipologijom. Akcenat će biti stavljen na probleme s kojima se, usled društvenih procesa normativizacije i stigmatizacije, suočavaju diskriminisane kategorije korisnika psihoterapijskih usluga. Govoriću, takodje, o načinu na koji se kreiraju politike mentalnog zdravlja.

1.1 Shvatanja pojma normalnosti i počeci normiranja psihičkih bolesti

Čak i u najstarijim kulturama ludilo je bilo prepoznavano na osnovu nekakvih kriterijuma. Specifične promene u ponašanju, uočavane kod onih za koje se verovalo da su “prešli na drugu stranu”, u početku su dovedene u vezu sa magijom ili sa uticajima viših sila, duhova i nebeskih tela. Kako god da su uzroci prepoznati, ovakva stanja su gotovo uvek dovedena u vezu sa određenim vrstama bolesti. U zavisnosti od kulture i/ili istorijske epohe, na takva ponašanja se reagovalo strahom, gadjenjem, strahopoštovanjem, ili im se pak pristupalo sa stavom obožavanja (kao u slučaju šamanizma).

O recepciji normalnosti i duševnih bolesti, pre njenog naučnog odredjenja, uvid se sticao indirektnim putem, kroz filozofske izvore, religijske spise, književnost, etnologiju, umetnost, analizom mitologije i narodnih verovanja. Prema istorijskim izvorima, najstariji narodi, poput Persijanaca, verovali su da je ludilo prouzrokovano opsednošću demonima, bacanjem kletvi, te je jedna od metoda izlečenja podrazumevala bušenje rupe u lobanji da zli dusi mogu izaći napolje. Takođe, pored ove drastične metode poznavali su prevenciju mentalnih bolesti, kao i Egipćani, te su preporučivali redovno čišćenje duha i tela (kroz higijenu i rekreaciju) (Foerschner, 2010).

Sa Hipokratom, koji je smatrao da su mentalne bolesti prouzrokovane neravnotežom telesnih fluida, približavamo se savremenom biomedicinskom modelu bolesti. Za razliku od Platona, koji je ludilo tumačio kao “dar s nebesa”, Hipokrat je smatrao da postoji “pet osnovnih oblika ludila”. On ih je označio kao *frenziu, maniu, melanholiju, epilepsiju i histeriju*, i doveo ih je u vezu sa obolelim stanjima organizma. Ovakva vrste podele bila je aktuelna tokom narednih dve hiljade godina. U 17. veku, recimo, melanholija je i dalje bila tretirana po uzoru na Hipokratov model, iako joj je u to vreme bilo pridodato i religijsko značenje. U islamskom svetu se, slično tome, verovalo *da su ludaci dragi bogu*. Ljudi su se prema njima odnosili s posebnim poštovanjem, a njihovo lečenje bilo je zasnovano na tzv. *unani sistemu*, koji je obuhvatao posebnu vrstu dijeta i kupki, kao i upotrebu lekovitog bilja (Sharma 2013).

Analizirajući načine na koje je ludilo bilo shvatano kroz istoriju, Mišel Fuko ističe da su tokom srednjeg veka mentalno oboleli pacijenti smatrani svojevrsnom “prelaznom životnom formom”, nalazili su se negde “između ljudi i životinja”, te je samilost prema njima bila isključena.

“Kategorija nerazumnih je, osim ludaka, uključivala i beskućnike, gubavce, pa i politički nepodobne ljude. Oni su smeštani na brodove kojima su, nakon toga, plovili bez cilja, čime su oslobađali državu i njene građane svog prisustva” (Fuko 1980).

Početkom 15. veka započelo se s praksom smeštanja duševno obolelih osoba u specijalizovane institucije – ludnice. U njima su, sudeći prema podacima kojima danas raspolazemo, oni uglavnom bili prepuštani sami sebi, lišeni osnovnih higijenskih uslova, a često i zlostavljani od strane neobučenog kadra. Bili su vezivani, bičevani, ponižavani na najrazličitije načine, a neretko su i prikazivani u javnosti, u vidu svojevrsnih atrakcija. Osim ludnica, postojali su i tzv. azili za duševno obolele osobe, u kojima uslovi nisu bili puno bolji.

Opšta težnja ka romantizaciji sveta i celokupne stvarnosti, koja je započela sa epohom Renesanse, prenela se i na oblast patologije. Kao što se može videti u delima renesansnih književnika poput Šekspira (Shakespeare) i Servantesa (Cervantes), ludilo je često, i to uz izraženu “dozu” fatalizma u pripovedanju, bilo dovodjeno u vezu sa ubistvima i smrću, ali je povezivano i sa ljubavlju i patnjom. Čitaoci su se, tako, poistovećivali sa likom Don Kihota, uprkos tome što je on predstavljen kao nerazumna soba, čovek kojim u potpunosti vladaju njegove iracionalne želje i porivi. Renesansa je značajna i zbog toga što se u to vreme započelo sa praksom klasifikovanja mentalno obolelih ljudi, u zavisnosti od njihovog bogatstva i društvenog položaja. Dok su jedni bili tretirani sa uvažavanjem, drugi su bili vezivani i podvrgavani tretmanima nalik lobotomiji (de Chavez 2009; Dickinson 1990).

Renesansno doba, pored najvećeg progona veštica u istoriji, donosi i otvaranje jednog od prvih azila za mentalno obolele 1790. godine, čime otpočinje reforma sistema zaštite mentalno obolelih, poznata kao humanitarna. Glavni inicijatori ove reforme, Pinel (Philipp Pinel, Francuska) i Tukes (William Tukes, Engleska), insistirali su na tome da se uvede praksa humanijeg tretmana mentalno obolelih osoba, kako bi se neki od njih po mogućstvu izlečili, a drugima se bar omogućilo da lakše podnose patnje bolesti. U doba klasicizma pojmu mentalne bolesti se, pod uticajem hrišćanstva, pridodaju značenja “grešnosti” i “belega”, te se ponovo započinje s praksom uklanjanja obolelih i njihovim smeštanjem u ustanove za mentalne bolesti. Kada se na mentalno obolele osobe počelo gledati kao na ljudska bića, u njih se počela i ugrađivati krivica zbog stanja u kom se nalaze, što je opstalo sve do danas.

Istorijski razvitak u odredjenju pojma normalnosti ima i svoja posebna obeležja, kad govorimo o ženama i pripadnicima manjinskih društvenih grupa. Žene su, tokom istorije, na različite načine bile dovodjene u vezu s ludilom. U grčkoj i rimskoj mitologiji, recimo, boginja Lisa predstavljala je personifikaciju ludila, dok je boginja Ira predstavljala personifikaciju neobuzdanog besa. Isto tako, legende i bajke iz različitih kultura sadrže čitavu plejadu antiheroína, veštica i vračara. Čest motiv beletristike u poslednjih nekoliko vekova je lik žene koja je izgubila razum (usled neuzvrćene ljubavi ili gubitka), i koja, tako luda, tavori na vrhu zamku ili je sakrivena u podrumu i vezana lancima (Nelson 1994).

Uzročna veza između pravila ponašanja i psihičkih poremećaja kod žena mnogo je očiglednija nego kod muškaraca, pošto se najčešće radi o pravilima koja su uspostavljena na

osnovu predrasuda i konvencija moralnog karaktera. Formiranje rodno stereotipnih uloga je služilo da odrazi rastojanje i razliku između muške i ženske moći. Ženina normalnost određivala se u odnosu na njenu funkciju u patrijarhalnom društvu - koje se vladalo prema zakonima muškaraca. Pravila ponašanja žena vekovima su se odnosila na telesnu i porodičnu sferu s izričitom moralnom konotacijom koja se tiče ženine sposobnosti ili nesposobnosti da se uklopi u idealnu sliku dobre ćerke, majke, supruhe ili seksualnog objekta. Problem opstanka ovakve nejednakosti u dijagnostici i njenom uticaju, uslovio je povećanu stigmatizaciju pacijentkinja (Ussher 1991).

Femininost se u popularnom diskursu, kao i u sklopu određenih naučnih promišljanja, često dovodi u vezu sa pasivnošću i mazohizmom, kao i sa nemogućnošću da se prevaziđu sopstvena biološka ograničenja. Zbog svojih “urođenih” slabosti žena je prinudjena da tokom čitavog života bude podvrgnuta kontroli i nadzoru od strane društva; uprotivnom, ona može “skliznuti” u psihičku bolest.² Institucionalno diktirana mizoginija dostigla je svoj vrhunac tokom progona veštica. Postoje različita mišljenja o tome zašto su žene tokom srednjeg veka bile proglašavane vešticama i proganjane. Prema jednom od tumačenja, progoni veštica bili su institucionalni “odgovor” na bolest koja je u to doba predstavljala nepoznanicu, a danas nam je poznata pod nazivom *histerija*.

Gregori Zilburg (Gregory Zilboorg), tumačeći spis *Malleus malleficarum* (1486), iznosi da su žene koje su bile optuživane za veštičarenje bile, u stvari, mentalno obolele osobe (Zilboorg 1935). Ovakva vrsta tumačenja je redukcionistička, i to iz više razloga. Osim što se depolitizuje institucionalno ustavljena praksa progiranja veštica, ignorisana je činjenica da su žrtve progona uglavnom bile žene iz nižih slojeva društva, i to one koje su ispoljavale određene, konvencionalno neprihvatljive forme ponašanja. Verovalo se da se spaljivanjem žena, koje su bile optužene za veštičarenje, zajednica vernika “čisti” od zlih čini. Prema Sasovom mišljenju, moguće je napraviti neku vrstu paralele između srednjovekovnog totalitarnog verskog i političkog režima, u kom se pravila jasna razlika između “zdravog” i “nezdravog” duha, i savremene psihijatrije koja, s jednakim, neprikosnovenim autoritetom, igra ulogu “boga” u životima pojedinaca (Szasz 1972).

² Žene bi trebalo da se nauče samokontroli. Moramo ih blagovremeno prisiliti da kontrolišu svoje hirove, kako bi bile spremne da služe drugima. Njihova rasejanost, lakomislenost i nepostojanost proističu iz njihove nemoći da savladaju sopstvene sklonosti, te ih one često nagone na pogrešnu stranu (Ruso; prema Vulstonkraft 1994, 117).

Početak 19. veka bio je obeležen verom u moć nauke, te naučna objašnjenja ludila preuizimaju primat nad do tada aktuelnim shvatanjima. Novonastala društvena situacija, obeležena pozitivističkom naučnom klimom, prouzrokuje nestanak mnogih tradicionalnih shvatanja, koja bivaju zamenjena novim pojmovima; tada se, izmedju ostalog, uvodi pojam mentalnog zdravlja.³ Tokom naznačenog perioda pitanja i problemi u vezi sa mentalnim zdravljem potpadaju pod sferu medicinskog uticaja, i vode se brojne rasprave o prirodi bolesti i pitanju medjuuzročnosti fizioloških bolesti mozga i bolesti uma (psihe).

1.1.1 Pojava psihijatrije

Filozofija, još od Platonovog vremena, teži da razume prirodu sveta i čovekovo mesto u njemu. Nadovezujući se na dugu evropsku tradiciju mišljenja (prisutnu u antičkoj filozofiji, zatim u hrišćanstvu, a potom i kod Dekarta), Kant postavlja temelje modernoj misli time što prekida dugu tradiciju kruženja svesti, odnosno subjekta saznanja oko predmeta/objekta, i upravlja predmete prema svesti. Pozitivističko-racionalističkim naučnim pristupom, proisteklim iz dominantne kantovske tradicije, zastupa se stanovište da se sve pojave mogu objasniti uz pomoć čovekovog uma/razuma, čime se uspostavlja jasna granica u odnosu na teološki model razumevanja sveta i čoveka. Moderna nauka, u okviru koje je ljudskom umu dat krajnji autoritet u određivanju istine, bavi se, tako, analizom, komparacijom, klasifikovanjem i objašnjavanjem/tumačenjem pojava i procesa opaženih u „spoljnom svetu“. U skladu s tim, moderna medicina, nastala na temeljima zapadne filozofsko-naučne tradicije, na osnovu procesa opservacije i analize teži dijagnostifikovanju bolesti, kao i određivanju odgovarajućih terapija za njihovo lečenje.

Normalnost, kao standard mentalnog zdravlja, dobija zvanični naučni legitimitet pojavom psihijatrije u 19. veku, kada medicina preuzima nadzor nad oblašću mentalnog zdravlja, te se - za i u ime države - započinje sa praksom lečenja duševno obolelih osoba. Pojavom psihijatrije,

³ U procesu diskreditovanja do tada prisutnih religioznih tumačenja ludila, značajnu ulogu je, prema Mek Donaldovom mišljenju, imala i politika. Naime, Torijevci su podržali naučno objašnjenje ludila, prema kojem ono predstavlja rezultat sumanutih ideja i nekontrolisane mašte, budući da im je u političkom smislu odgovaralo da se distanciraju u odnosu na puritanace i metodiste, koji su primenjivali radikalne metode poput isterivanja djavola i spaljivanja veštica (McDonald 2001).

mentalne bolesti bivaju strukturirane po ugledu na fiziološka oboljenja, a pristupi u okviru psihijatrije formiraju se po ugledu na pristupe u okviru opšte medicine.

Kako bi se normalnost definisala i normirala, uveden je postupak procenjivanja prisustva i/ili odsustva simptoma. Odgovornost za brigu i lečenje preuzimaju najpre psihijatri, da bi, etabliranjem i institucionalizacijom psihoterapije tokom 20. veka, ona prešla u domen psihoterapije. Vremenom nastaju različite vrste shvatanja mentalnog zdravlja, koja su se formirala shodno teorijskim pretpostavkama različitih psihoterapijskih i filozofskih škola i pravaca. Neki autori su, tako, pružali različite vrste odredjenja i sistematizacija samih bolesti, pri čemu se nije moglo razabrati šta se, zapravo, podrazumeva pod pojmovima psihičkog zdravlja (normalnosti) i bolesti,⁴ dok su drugi verovali da psihička bolest, u stvari, ne postoji.⁵

Kroz istoriju psihijatrije i psihologije, nastajao je (i nestajao) veliki broj teorija koje određuju normalnost. Bez obzira na velike varijetete u ovom određenju, jedna od najprisutnijih i najprihvaćenijih definicija mentalnog zdravlja podrzaumeva *blizak kontakt s realnošću* (Jahoda 1958). S druge strane, postoje i autori koji ističu da se stigmatizovanje i etiketiranje duševnih bolesnika može izbeći jedino ukoliko prestanemo sa praksom odredjivanja i definisanja psihičkih bolesti.

Generalno govoreći, postoje dva osnovna odredjenja psihičkih bolesti: prvo je strogo teorijsko, dok je drugo bazirano na upravo pomenutom stavu, da psihičke bolesti ne treba definisati. Prvo, teorijsko odredjenje psihičkih bolesti ustanovljeno je od strane autora koji su delovali izvan oblasti psihijatrije, dok je drugo odredjenje povezano sa dijagnostikom, i korišćeno je u okviru dijagnostičko-klasifikacionog sistema. Autori koji iznose teorijska odredjenja pojma normalnosti oslanjaju se na različite filozofske, sociološke i antropološke pravce i perspektive, i bave se pitanjem duševnih poremećaja, prednostima i nedostacima odredjenih definicija, idejom normalnosti kao socijalnim konstruktom itd.

O normalnosti kao *pretpostavci* prvi govori Frojd (Sigmund Freud) tvrdeći da zadatak psihoterapije (psihoanalize) nije da pruži odgovor na pitanje šta je normalno a šta patološko - jer se to zasniva na vrednovanju - već da razume pojedinca. Od nastanka psihoanalize normalnost počinje da se doživljava kao kontinuum, a pojava duševnih bolesti se na osnovu njene etiologije

⁴ Psihijatri se, kako navodi Jablenski, ne moraju baviti odredjenjima bolesti i njihovim definisanjem, jer se pokazalo da oni uspešno obavljaju svoj posao i bez toga. Videti: Jablensky 2007.

⁵ Zagovornici ove teze su, medju ostalima, Tomas Sas, Tomas Šef, Edvin Limert i Hauard Beker.

određuje kao izlečiva ili ireverzibilna pojava. Erik Erikson (Eric Ericson), tvorac razvojne teorije ličnosti, smatrao je da normalnost nije univerzalna, već da njen sadržaj i obim treba određivati u zavisnosti od životnog doba osobe.⁶ Saliven (Harry S. Sullivan),⁷ pak, izmešta problem normalnosti i patologije iz oblasti individualnog, i smešta ga u oblast interpersonalnog, ističući da se osnovno merilo normalnosti ogleda u kvalitetu komunikacije koju ostvarujemo s drugima.

Erih From (Erich Fromm),⁸ kao i mnogi drugi humanistički filozofi i psiholozi, smatrao je da je stepen normalnosti ekvivalentan s kapacitetom čoveka da ostane veran sopstvenim vrednostima, odnosno deluje u skladu sa svojom autentičnom, pravom prirodom. Proces “vraćanja sebi”, kako From smatra, može biti „nepatološki” i “produktivan” (u tom slučaju, on se aktualizuje kroz rad, ljubav, rekreaciju i sl.) ili „patološki” (aktualizuje se kroz pojavu bolesti). S druge strane, antipsihijatri, poput Lenga (Friedrich Leng) i Sasa (Thomas Szasz), smatraju da tek u ludilu pojedinac može da ispolji svoje pravo ja. Ono što društvo određuje kao normalnost je, po mišljenju ovih autora, mehanizam kojim se pojedinac usmerava ka društveno prihvatljivom načinu života, iako “idealna prilagodjenost” nije ništa drugo nego mit.

Modeli normalnosti se, zavisno od načina na koji su uticali na nauku (posebno na psihijatriju), dele na *statističke i normativne*. Normalnost je, u sklopu normativnih modela, shvaćena kao određeni standard. Svako odstupanje od njega meri se stepenom patologije, a on se izražava u simptomima.⁹ Postoji puno različitih stavova i mišljenja u vezi sa naglim porastom broja bolesti u svetu, koji sa sobom nosi puno negativnih posledica. Dolazi do toga da čitavo društvo biva patologizovano, granica između normalnog i patološkog se zamagljuje, i raste broj društveno disfunkcionalnih osoba. Stoga se o problemu normalnosti više ne diskutuje samo u kontekstu medicinskih nauka, već se njime sve više bave i autori koji deluju u okviru društvene teorije (Magaro 1976 prema Keefe 1980).

⁶ Erik Erikson je bio nemački psihijatar i psihoanalitičar. Razradio je Frojdovu tezu o osam razvojnih stadijuma i uveo je pojam krize identiteta. Njegovi najpoznatiji radovi su *Uvid i odgovornost* (1964) i *Dimenzije novog identiteta* (1974).

⁷ Hari Stak Salivan je pružio značajan doprinos psihoterapiji neuroza. Tvorac je teorije ličnosti koja ističe socijalno poreklo i socijalnu ekspresiju. Njegovo najpoznatije delo je *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (1953).

⁸ Erih From, polazeći od Frojdovih i Marksovih uvida, objedinjuje individualnu psihologiju i društvenu kritiku. Centralni problem kojim se on bavi u okviru svoje filozofske teorije je sloboda izbora. Njegova najvažnija dela su: *Umeće ljubavi* (1990), *Bekstvo od slobode* (1978), *Anatomija ljudske destruktivnosti* (1986).

⁹ U klasifikaciji psihičkih poremećaja iz 1929. godine nabrojano je 12 kategorija. Već 1938. godine bilo ih je oko četrdeset (Gergen, Hoffman & Anderson 1996). Prvi „Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje“, poznatiji kao DSM-I, izdalo je Američko društvo za psihijatriju 1952. godine. U njemu je navedeno 198 mentalnih poremećaja. U revidiranom i dopunjenom drugom izdanju te publikacije (DSM-II, 1968) navedena je 221 mentalna bolest. DSM-I iz 1994. godine razlikuje čak 340 poremećaja.

Oslanjajući se na ideje Fukoa i drugih postmodernista, postpsihijatrijski pristup relativizuje postojanje esencijalne i jedine “istine”, te otvara mogućnosti interpretacija/e - deskripcije. Postmoderne kritike klasičnog, tj. tradicionalnog normiranja mentalnog zdravlja, iznose u prvi plan prava korisnika usluga psihijatrijske procene da definišu sopstvenu realnost, i time postanu aktivni agensi kako same procene, tako i psihoterapije koja sledi. (Karban 2011).

Prema Kecmanoviću, psihijatrija je danas sukobljena sama sa sobom, i to u većoj meri nego ikad ranije (Kecmanović 2012). Njen trenutno nepovoljan društveni status proističe, u velikoj meri, iz mera kojima se *ograničavaju sredstva namenjena zaštiti duševnog zdravlja* (ta vrsta mera se sprovodi u sklopu opštih mera štednje, posebno u Evropi).¹⁰ Psihijatrima se, tako, nameće obaveza da empirijskim putem, iz čisto ekonomskih razloga, ispituju da li su određeni terapijski tretmani efikasni, kako bi se ustanovilo koliko je “realno” sredstava potrebno uložiti u oblast mentalnog zdravlja.

Osim pitanja koji je kriterijum za procenjivanje normalnosti i koja nauka, odnosno struka treba da postavlja tu vrstu kriterijuma, nameće se i pitanje da li je procenjivanje normalnosti uopšte potrebno, i koja je njegova svrha? Činjenica da postoji puno različitih određenja duševnog zdravlja, pokazuje, po mišljenju Frejdisa, da bi tu kategoriju trebalo ukinuti (Freides; prema: Kecmanović 2012). U određenim pristupima, poput antipsihijatrije, smatra se da je i sam proces dijagnostifikovanja bolesti krajnje upitan.

Klijenti, tokom poslednjih godina, oslanjajući se na mogućnosti koje pružaju Internet forumi i moderna tehnologija, ulaze u rasprave sa lekarima, pa i sa psihijatrima. Oni im postavljaju mnoštvo pitanja, traže od njih objašnjenja, a povremeno (mada obično samo prividno) preuzimaju proces lečenja u svoje ruke. Oni se više ne čine nemoćnima i nesigurnima, kao što je to bio slučaj ranije, jer su upoznati sa stručnom terminologijom, farmakoterapijom, doziranjem lekova, kontraindikacijama, nuspojavama. Sve to omogućava demistifikaciju ustanovljene medicinske procedure, jer se moć vraća u ruke onih kojima je oduzeta, ali se time,

¹⁰ Poslednjih godina sve se više govori o nedopustivim postupcima proizvođača psihotropnih lekova. Naime, pokazalo se da oni deluju pod pokroviteljstvom (i diktatom) velikih farmaceutskih korporacija. Tendencije da se prepisuju određene grupe lekova mogu se pratiti sezonski, čime se umanjuje kredibilitet i samih stručnjaka i procesa dijagnostifikovanja bolesti.

istovremeno, kreira prostor za manipulaciju, stvaranje površnih medicinskih shvatanja i praksi, mešanje uloga. Ovakva vrsta “paralelne stvarnosti” ne dotiče psihijatriju, pa ni stožere na kojima ona počiva (autoritet psihijatra, upotreba mernih instrumenata, process dijagnostifikovanja, farmakoterapija).

Politika psihijatrije i pobuna

“Svaka institucija zarobi nešto vremena i interesovanja pojedinaca i pruža im nešto nalik celom jednom svetu” (Goffman 2011, 111).

Borba za drugačije viđenje psihijatrije, a samim tim i politike mentalnog zdravlja, dobija politički i društveni karakter krajem šezdesetih godina XX veka (naročito kroz pokret '68), a jedan od njegovih zajedničkih imenitelja bila je inicijativa za decentralizaciju moći i borbu protiv institucija uključujući i mentalne azile. Tada se oslobađa prostor za vaninstitucionalne inicijative i grupe podrške¹¹, te stasava jedan od najuspešnijih sistema koji je ponudio alternativu klasičnoj politici azila, tzv *italijanski model*.

Kako navodi Luciano Karino (Luciano Karino), autor koji se rukovodi antipsihijatrijskom orijentacijom, „Svima je poznato da su zdravlje, normalnost i javne službe područja u kojima se interes ideologije i društvenih grupa koje su na vlasti može jasno prepoznati, i da je dejstvo ludnice terapeutsko u istoj meri u kojoj logor predstavlja vaspitnu instituciju“ (Isto, 53). Pre 68-e godine, zamerke na račun medicinskog modela iznete su od strane Lenga, Sasa, Goffmana (Goffman) i Fukoa. Njihovo zajedničko polazište bila je kritika opresije koja se sprovodila nad pacijentima, jer je ona vodila njihovoj degradaciji i stigmatizaciji.

U okviru dominantnog diskursa, normalnost se i dalje određuje u skladu sa predstavom belog, uspešnog, heteroseksualnog muškarca. Odlike pojedinca su od sekundarne važnosti, jer institucionalizovani kriterijumi mentalnog zdravlja sa njega skidaju svaku vrstu odgovornosti, čineći ga elementom institucije sistema. Daglas, koji se bavio mogućnostima “razmišljanja izvan

¹¹ Veliki uticaj na dalji tok dešavanja u antipsihijatrijskom pokretu imaju mreže nastale u SAD poput Alternative psihijatriji osnovane 1975. godine na inicijativu Dejvida Kupera (David Cooper), Feliksa Gatarija (Felix Guattari) i Franka Bazalje (Franco Bazaglia), Mreže protiv psihijatrijskog ugnjetavanja (SAD), Psihijatrijske solidarnosti (Australija), Kuće za pobege iz ludnice (Holandija) i druge (iz Alternative psihijatriji 1986).

institucija”, iznosi da mi, u stvari, institucijama prepuštamo da donose odluke umesto nas, jer prihvatamo model „ritualizovanog mišljenja“, koji se zasniva na određenom kulturnom kodu, i koji smanjuje individualnu odgovornost (Douglas 1986). Institucije umanjuju teskobu onih koji deluju izvan njih, a kojima su one potrebne kako da bi mogli da uspostave razliku između „sebe” i „drugih”. Institucije oblikuju određene vrste znanja, i kolektivno i individualno sećanje, te se mogu definisati i kao „mašine za mišljenje”.

Tokom poslednje tri decenije, u političkoj istoriji psihijatrije dominiraju dve suprotstavljene struje. Prema prvoj perspektivi, psihijatrija je, zapravo, mehanizam socijalne kontrole devijacija. Prema drugoj perspektivi, ona predstavlja sistem lobiranja, kojem je cilj ostvarivanje “prava na različitost”. Treća perspektiva je proistekla iz druge perspektive, manje je radikalna od nje, ali je i realnija. Ona akcentuje dobrobit pacijenata, i teži ka tome da ostvari pozitivan uticaj na sistem mentalnog zdravlja, pa i da pozitivno utiče na oblast političkog (Jablensky 1992).

Da li postoje (i kakvi su) oblici otpora koji se mogu praktikovati u oblasti mentalnog zdravlja? Da bi se oni realizovali neophodno je da, na mikro planu, postoji određena doza kritičkog otklona kod pacijenata u odnosu na terapijske metode, dok se od terapeuta, na makro planu, očekuje da će se kritički odnositi naspram moralno neprihvatljivih globalnih politika mentalnog zdravlja. Obznaniti prikrivenu politizaciju terapije, značilo bi razmišljati o načinu na koji se tretiraju klijenti, o orijentacijama samih terapeuta, kao i o formama putem kojih se diskurs otpora može inkorporirati u terapijsku kulturu.

1.2 Koncepti, paradigme i modeli procene mentalnog zdravlja

Autori koji se bave pitanjima i problemima u vezi sa mentalnim zdravljem oslanjaju se na različite modele, koncepte i paradigme. Modeli nas obaveštavaju o tome *kako* određene stvari funkcionišu, dok teorije, baveći se genezom pojave i njenom složenom kauzalnošću, pokušavaju da nam objasne *zašto* one funkcionišu. Paradigme nam, slično teorijama, nude *određene interpretacije sveta*, i predstavljaju neku vrstu “naučnih sistema verovanja”. Modeli mogu biti patocentrični, tj. fokusirani na određivanje patologije ili problema, i nepatocentrični.

Biomedicinski model je jedan od najšire prihvaćenih patocentričnih modela. Njega karakteriše značaj koji se pridaje procesu bolovanja, naglašavanje uticaja genetike, biologije i hemijskih faktora, i “odgovor na bolest”, koji se zasniva na uspostavljanju dijagnoze i propisivanju tretmana od strane profesionalaca. Psihijatrijski model lečenja se zasniva na biomedicinskom modelu. U psihijatriji se koriste dva osnovna modela klasifikacije mentalnih bolesti: DSM (dijagnostičko statistički priručnik) i ICD (internacionalna klasifikacija bolesti).

Modeli zasnovani na nepatocentričnoj perspektivi fokusiraju se, pre svega, na prevazilaženje problema. Jedan od najreprezentativijih modela te vrste je svakako Rodžersov klijentocentrični model. U praksi (bilo individualnoj ili grupnoj), se potencira kongruentnost, empatija i pružanje podrške klijentima u njihovom samostalnom pronalaženju rešenja za poteškoće (Karban 2011).

Postmoderni i postpsihijatrijski model

Savremenim pristupom u oblasti socijalnog rada, koji je kompatibilan sa postmodernistički intoniranim teorijskim pretpostavkama, akcentuje se odnos između brige i kontrole. Asertivnost u pristupu je izraz koji označava praksu dinamičnog rešavanja problema na terenu, uz viši stepen uključivanja od strane praktičara. Zavisno od konteksta, ovakva vrsta pristupa može biti protumačena kao pozitivan stav podrške, koja ima za cilj minimiziranje haosa u životima korisnika, ili, pak, kao intruzivan pristup, koji prekoračuje granice profesionalnog odnosa. U ustanovama mentalnog zdravlja, kako Fuko navodi, prisutna je neka vrsta multidirektivnog kontrolisanja pacijenata, jer se centar kontrole ne nalazi samo u psihijatriji, kao oblasti koja je namenjena unapredjivanju zdravlja, već i u mehanizmima njene institucionalne moći (Karban 2011, 45).

Modeli socijalne uzročnosti, poput modela koji su predložili Braun i Haris, polaze od pretpostavke da socijalni faktori (nezaposlenost, briga o deci, nedostatak podrške partnera itd.), predstavljaju osnovne uzroke za pojavu depresije kod žena. Kritika tradicionalnog modela mentalnog zdravlja, koja se razvila u okviru ovog pravca, upućuje na to da je u faktore rizika potrebno svrstati i različite oblike opresije (poput rasne, klasne, rodne represije) itd. Uticaj ovog modela može se prepoznati u zakonskim legislativama, koje su uvedene od 80-tih godina do

danas, naročito u Velikoj Britaniji (The essential shared responsibilities, National institute for mental health, 2004).

Model oporavka, koji poreklo duguje Pokretu korisnika usluga (Service users movement), široko je rasprostranjen, i upotrebljava se u mnogim centrima za mentalno zdravlje. Model stavlja akcentat na unutrašnji lokus kontrole (samom korisniku usluga) umesto spoljnje instance. Pacijenti uče da izazove prihvate kao deo svoje svakodnevice, bez da ih percipiraju kao probleme (Deegan 1996 prema Amering 2009). Ovakav pristup korisnicima (ljudima koji su doživeli psihičke krize) vraća nadu i veru u oporavak, otvarajući im različite vrste životnih alternativa.

Model socijalne dinamike mentalnog zdravlja stavlja akcentat na medjuzavisnost različitih socijalnih faktora koji deluju na mentalno zdravlje. Shodno tome, neka od novijih istraživanja ukazuju na značaj koji imaju pripadnost određenoj lokalnoj zajednici, upućenost na njene članove, poverenje medju članovima, odnosi zasnovani na deljenju i medjusobnom pružanju pomoći itd. Socijalna izolacija je, shodno tome, percipirana kao izrazito negativan faktor.

U sklopu *modela pozitivnog mentalnog zdravlja*, čiji je tvorac Jahoda, odbacuje se patocentričnost, jer je ovaj model zasnovan na pretpostavci da mentalno zdravlje i patologija predstavljaju dve, u kvalitativnom smislu različite pojave. Ovaj model se zasniva na kriterijumima kao što su: pozitivan odnos prema sebi, sposobnost za lični razvoj i samoinicijativu, integrisanost u zajednicu, autonomiju u donošenju odluka, realno vidjenje stvarnosti itd. (Cowen & Kilmer 2002 prema O' Donohue 2009).

Strukturirani model pozitivnog mentalnog zdravlja oslanja se na prethodni model, ali uvodi koncept ponovnog socijalnog prilagodjavanja (Išisuka 1988). On se zasniva na pretpostavci da se postignuće, self i intimnost, kao tri dimenzije mentalnog zdravlja, nalaze u neprestanoj interakciji.¹²

Salugogeni model Antonovskog takodje odbacuje patogene faktore fokusirajući se na salugogenim faktorima koje obuhvataju: generalizovane resurse otpornosti i osećaj koherentnosti. Ovaj model takodje odbacuje dihotomiju zdravlje-bolest i fokusira se na principe prevladavanja problema i dostizanja blagostanja.(Antonovsky 1985prema Mayer 2011).

¹² Sfera intimnosti, kako navodi Išizuki, obuhvata intelektualno-socijalnu, emocionalnu i telesno-seksualnu komponentu.

U okviru *modela prihvatljivog opšteg zdravlja*, koji uvodi Tengland, demistifikuje se koncept idealnog mentalnog zdravlja, jer je takvo stanje nedostižno. Umesto toga, ideja je da se svakom pojedincu omogući da ostvaruje svoje životne ciljeve na sebi svojstven način, u skladu sa sopstvenim željama (Tengland 2001 prema Nordenfelt & Liss 2003).

Modeli subjektivnog i psihološkog blagostanja polaze od koncepta blagostanja, te se procenjivanje vrši na osnovu njega.¹³ U okviru modela *subjektivnog blagostanja* ključni kriterijumi su osećanje zadovoljstva i prisustvo pozitivnih emocija (Diener 2002 prema Seligman 2002). *Model psihološkog blagostanja*, koji uvodi Kerol Rif, zasniva se na pokušaju ispravljanja nedostataka koje prethodno pomenuti koncept nosi. Multidimenzionalni model psihološkog blagostanja obuhvata šest različitih aspekata: samoprihvatanje, pozitivne odnose s drugima, upravljanje okolinom, autonomiju, postojanje svrhe života i lični rast i razvoj (Seligman 2002).

Feministički model mentalnog zdravlja

U okviru *feminističkog pristupa (modela)* polazi se od nekoliko osnovnih pretpostavki. Prva i najvažnija pretpostavka je da zdravlje predstavlja *političku kategoriju*. Ona je rodno konotirana, društveno uslovljena, i u direktnoj je vezi sa opresivnim politikama usmerenim na žene, koje se sprovode u okviru zdravstvenog sistema (Mladenović 1999). Nasilje koje muškarci sprovode nad ženama, u kom god da je obliku, svakako mora ostaviti posledice. Pojava bolesti kod žene predstavlja adaptaciju njenog tela na konstantnu izloženost pritisku i nasilju. Feministička kritika usmerena je, pre svega, na institucije koje i same predstavljaju uporišta patrijarhalnog sistema i često su, implicitno ili eksplicitno, mizogine. Zapravo, institucije reflektuju načine na koje su žene tretirane u okvirima njihovog roda. One svojim delovanjem, a ne retko i upotrebom tradicionalnih psiholoških i psihijatrijskih tehnika, konstantno vraćaju žene njihovim nametnutim rodnim ulogama.

U skorije vreme, pojam mentalnog zdravlja se postupno zamenjuje pojmom mentalna dobrobit. On se određuje kao „dinamično stanje u kom je pojedinac u stanju da razvije svoje potencijale, obavlja poslove produktivno i kreativno, stvara snažne i pozitivne odnose s drugima i doprinosi svojoj zajednici“ (Waire 2000 : 33). Jedan od primera modela koji promovišu

¹³ Osećaj subjektivnog blagostanja, sa svojim kognitivnim i afektivnim dimenzijama, zasniva se na proceni sopstvenog života, dok se psihološko blagostanje određuje kao razvoj realnih potencijala osobe.

mentalno zdravlje, pri čemu se uzimaju u obzir kompleksni odnosi elemenata koji na njega utiču (na makro, mezo i mikro nivou), jeste model koji uvode Mekdonald i Ohara (McDonald & Ohara 1998; prema: Waire 2000).

Srodno pojmu modela je i gledište *socijalnog reda* (Individualističko - Reformistično). Ovo gledište vidi socijalni rad kao komponentu sistema socijalne zaštite. Stanovište koje se zastupa tiče se neophodnosti pružanja podrške ljudima u periodima teškoće i kriza, sve dok ne dosegnu određeni stepen stabilnosti. Za razliku od prethodnog gledišta, koje zastupa stav rešavanja trenutnih problema, gledište transformacije (socialističko – kolektivističko) potencira promenu društva (sistema) da bi marginalizovane grupe mogle da imaju odgovarajuće uslove za ostvarenje svojih prava i potreba. Traži se simultana aktivnost na olakšavanju emocionalne boli onima koji pate, dok se radi na promeni globalne dinamike sistema koji generiše nejednakost, a time i socijalnu nepravdu (Baines 2011, 3). Socijalni rad bi trebalo da teži odnosima koju su ravnopravniji i pružaju mogućnosti onima koji su najugroženiji da postignu lično i društveno osnaženje.

Paradigme

Paradigma, po Kunovom odredjenju, predstavlja skup verovanja, vrednosti i pristupa koji su karakteristični za pripadnike određene zajednice (Kuhn 1996 prema Wiggins 2003). Kako navodi Pejn, sva teorijska i metodološka stanovišta izgrađena su na određenim paradigama. Iako je kritikovan zbog svoje neodredjenosti, pojam paradigme nam može poslužiti kao oslonac za razumevanje istorijskih i socijalnih faktora koji su uticali na formiranje mišljenja o mentalnom zdravlju (Bates 2006 prema Wiggins 2003). U okviru socijalnog rada, postoji nekoliko osnovnih shvatanja mentalnog zdravlja. Sva ona zasnovana su na različitim paradigama, teorijama i praksama.

Političko-ekonomska paradigme

Političko ekonomska paradigma zauzima kritički stav prema političkim i ekonomskim strukturama koje imaju uticaj na zdravstveno stanje. Kao primarnu brigu ističe kompleksnu

interakciju između države, ekonomije i civilnog društva, naročito produkcije i distribucije bogatstva, i relativne moći socijalnih klasa koja je u vezi sa akumulacijom kapitala i organizaciji radne snage, čime se kontrološe tržište. Na taj način se na dalje utiče na dostupnost usluga mentalnog zdravlja za pojedine klase ili kategorije. Ova paradigma procenjuje nejednakosti u sferi zdravlja kao rezultat *dispariteta moći unutar struktura* i nastoji da objasni vezu između političke ekonomije i zdravlja kao disbalansa struktura usluge, i njihove mogućnosti da uslugu iznesu (ostvare). Takođe, iznosi kritiku dominantnog biomedicinskog pristupa, kao institucionalnog izraza socijalne kontrole, koji osnažuje rasizam i patrijarhat, a samim tim i interese kapitalističkog sistema (Lupton, 2002)¹⁴.

1.3 Socio-ekonomski aspekti kategorizacija u okvirima mentalnog zdravlja

Značenje pojmova normalnosti i patologije treba posmatrati u odnosu na njihovu antropološku i društvenu dimenziju. Na osnovu dominantnih kulturoloških i vrednosnih sistema uspostavljaju se razlike između ponašanja koje se označava kao normalno, obično i poželjno, i ponašanja koje se označava kao patološko, neadekvatno i nepoželjno. Stigmatizacija, koja je postojala u različitim istorijskim periodima, zavisila je od toga u kojoj meri su određene osobe bile procenjivane kao “opasne”, kao i od pitanja kako one utiču na društvo, i da li je s njima moguće uspostaviti smislenu komunikaciju.

Koncept “normalizacije” nastao usled potrebe da se promovišu ljudska prava i jednakost, često se od strane institucija koristi kao instrument kojim se nameću dominantne vrednosti i stavovi onima koji, u bilo kom smislu te reči, “odudaraju” od većine (Chappell 1992 prema Lupton 2002). “Normalnost” je, stoga, neodvojiva od politike i dominantnog sistema vrednosti, i uvek je “obojena” predrasudama. U okviru psiholoških teorija ličnosti takodje su, zavisno od teorijskih orijentacija njihovih autora, kao i zavisno od njihovih ličnih predubedjenja, prisutna različita shvatanja pojma normalnosti.

Prve ustanove za mentalno zdravlje osnovane su u Evropi u 17. veku. Njihovi tvorci nisu bili vodjeni isključivo motivom brige za mentalno obolele osobe, već su se upravljali i logikom

¹⁴ Zdravlje se vidi kao odraz stanja političke ekonomije jednog društva. Dobro zdravlje je stanje fizičke i emocionalne dobrobiti, koja uključuje pristup i kontrolu nad osnovnim materijalnim i nematerijalnim resursima koji održavaju i podsiću život na zadovoljavajućem novou.

ekonomske isplativosti takve vrste ustanova.¹⁵ Praksa smeštanja prosjaka i besposičara u azile, pod geslom lečenja, primenjivala se i kasnije u mnogim državama; na taj način obezbeđivala se besplatna radna snaga. To je kulminiralo pojavom politike Trećeg rajha i institucije logora za izolaciju političkih neistomišljenika (u SSSR-u, SFRJ-u).

U srednjem veku i Renesansi, mentalno bolesni ljudi posmatrani su u kontekstu predstave i zabave za narod. Njihovo zatvaranje u ustanove, što je praksa s kojom se započelo u doba klasicizma, stavilo ih je u drugačiji kontekst: od tada, oni su kod “normalnih” pobudjivali zazor, stid i strah od pojave sopstvenog ludila. Fuko ludilo poređi sa korpom za prljav veš u kojoj se nalazi sramota i balast čitavog čovečanstva – ona se, stoga, mora sakrivati.¹⁶

Čin uspostavljanja dijagnoze, kako Fuko takodje iznosi, nimalo nije naivan, jer je bolesnik, da bi uopšte mogao da bude izlečen, prinudjen da se uklopi u predviđene dijagnostičke uzuse i udje u „kulturni prostor umne poremećenosti“. Izlazak iz bolesti, sleđenjem predviđenih koraka, predstavlja ulaznicu u društvo i njegove priznate vrednosti, a svako odstupanje se posmatra kao anomalija, koja se danas može izraziti i statistički.¹⁷ Institucije društvene kontrole učestvovala su u promovisanju sistema mentalnog zdravlja kakav je odgovarao državi i vlasti. Stoga antipsihijatrija zagovara pobunu protiv institucionalizovanih oblika represije koju sprovode društvo i država, jer su njeni zagovornici uvereni da je upravo to ono što pojedinca i čini bolesnim.

¹⁵ Početkom 16. veka u Parizu je, pod vlašću Anrija IV (Henry IV), živelo 100 000 stanovnika. Čak 30 000 ljudi su živeli prosjaci. Država ih je iskoristila kao radnu snagu time što ih je zatvorila u azile, u kojima su bili prinuđeni da rade. Videti: Fuko 1980, 61

¹⁶ „U poređenju sa neprekidnim dijalogom razuma i ludila, u vreme renesanse, klasicističko zatvaranje je bilo učutkivanje. Ali ono nije bilo potpuno: jezik u je u njemu više bio uključen u stvari no istinski ukinut. Zatvoreni domovi, tamnice, ćelije pa i sama mučenja zapodevaju između razuma i bezumlja jedan nemi dijalog-borbu. Sada je taj dijalog prekinut: ćutanje je potpuno; između ludila i razuma više ne postoji zajednički jezik.“ Videti: Fuko 1980, 233-234.

¹⁷ Ugrađivanje osećaja krivice u mentalno obolele, od momenta kada počinju da se doživljavaju kao deo ljudskog roda, opstaje i danas. Od pojave psihoanalize uzrok poremećaja se traži u samoj ličnosti, iako se inicijalni greh svaljuje na društvo ili na porodicu, te se, uz pomoć psihoanalitičara, krivica prorađuje kroz transfer ili guši medikamentima. Psihijatrijska klinika tako postaje okosnica procesa „normalizacije“, dok se lekovima stvara nova, ili prepravlja stara neadekvatna biografija.

Socijalne determinante zdravlja

U okviru biomedicinskog modela smatra se da postoji veza između sveukupnog i mentalnog zdravlja (statusa) pojedinca. S druge strane, svaka osoba se smatra odgovornom za sopstveno zdravlje (na njega, osim naslednog faktora, utiču rizično ponašanje, osetljivost na stres itd.). Ovaj model ne uključuje socijalne faktore (npr. socijalnu nejednakost) i njihov značaj za zdravlje pojedinaca, iako je, na osnovu podataka sakupljenih na terenu, jasno da su oni u tom smislu veoma značajni (Bywaters et.al. 2010 prema Bedoe & Maidment 2014). Uticaj socijalnih faktora na zdravlje ogleda se i u činjenici da pojedinci, koji pripadaju nižim slojevima društva i teže dolaze do kvalitetne medicinske nege, i češće oboljevaju od psihičkih bolesti. Ovakva pojava se objašnjava faktorima rizika, poput postojanja neadekvatnih životnih uslova, niskih primanja, veće nezaposlenost i barijere mogućnosti otklanjanja ovih problema.

Ukoliko mentalno zdravlje posmatramo kao kontinuum, gde je na jednom kraju briga/blagostanje a na drugom kontrola/prinuda, primetno je da su manjinske grupe (rasne, klasne, ekonomski deprivirane) previše prisutne na kraju kontrole, a premalo na kraju brige. U oblasti socijalnog rada se, nakon što su u nju inkorporirane ideje preuzete iz oblasti političke ekonomije, javlja shvatanje da se ključni uzroci za probleme koji se javljaju u oblasti mentalnog zdravlja nalaze u samoj društvenoj strukturi. Oni proističu iz toga što dominantne društvene grupe akumuliraju moć i resurse radi ostvarenja vlastite koristi (Baines 2011). Iz tog ugla gledano, društvena dimenzija prakse terapijskog rada bi trebalo da se fokusira na preraspodelu moći i resursa, kako bi se unapredila opšta zdravstvena situacija stanovništva (isto). U oblasti socijalnog rada se, pod uticajem navedenih shvatanja i tendencija, sve češće javlja uverenje da bi primarne mehanizme intervencije trebalo usmeriti ka promeni strukturno određenih uslova života. U protivnom, održavanjem postojećih društvenih nejednakosti, održaće se i siromaštvo, a samim tim i bolesti.

Odnos između siromaštva i mentalnog zdravlja je kompleksan i multidimenzionalan. U okviru užeg određenja ovog odnosa akcentat je stavljen na nedostatak novca i materijalnih poseda, dok se, u okviru šireg određenja, akcentuje problem siromaštva, pri čemu se posebno uzimaju u obzir njegove posledice (nemogućnost korišćenja socijalnih i edukativnih resursa i sl.). Siromaštvo, nezaposlenost, nizak stepen obrazovanja, deprivacija i beskućništvo rasprostranjeni su u siromašnim zemljama, ali pogadjaju i neke od bogatih zemalja sveta. Kod siromašnih ljudi,

koji su lišeni mogućnosti da dobiju adekvatnu zdravstvenu i drugu pomoć, može se registrovati veća frekvencija pojave mentalnih poremećaja, ponekad izazvanih zloupotebom alkohola i korišćenjem droga.

Viša stopa se može dvojako objasniti – većim brojem uzroka poremećaja medju u siromašnima i pomeranjem mentalno obolelih u siromaštvo. Mada je bilo nesuglasica oko toga koji od ova dva mehanizma doprinosi višoj prevalenciji medju siromašnima, postojeće činjenice upućuju na to da su oba od značaja (Karban 2011). Na primer, uzročni mehanizam može biti značajniji za anksiozne i depresivne poremećaje, dok bi „drift teorija” (teorija pomeranja naniže) imala veći uticaj na višu prevalencu psihotičnih poremećaja i zloupotrebe supstanci medju siromašnima. Ali ova dva mehanizma se međusobno ne isključuju.

Pojedinci mogu biti predisponirani za nastanak mentalnih poremećaja zbog njihove socijalne situacije, a oni kod kojih se bolest razvije mogu da se suoče sa daljim lišavanjem koje je rezultat njihove bolesti. Takvo lišavanje uključuje niže nivoe sticanja obrazovanja, nezaposlenost i, u ekstremnim slučajevima, beskućništvo. Mentalni poremećaji mogu da prouzrokuju teške i trajne nesposobnosti, uključujući i nesposobnost za rad. Pojedine bolesti i problemi (depresivna stanja, samopovredjivanja, broj uspešnih suicida itd.) pokazuju znatno veću prevalenciju kod ekonomski deprivirane populacije, čime se vrlo eksplicitno ukazuje na njihovu klasnu dimenziju (Guinell 1995). Takođe, pojedini oblici neuroze učestaliji su kod pripadnika nižih klasa (Meltziger 1995 prema Lago & Smith 2004), a u Britaniji je zabeležena tri puta veća učestalost pojave šizofrenije kod osoba koje potiču iz radničkih porodica.¹⁸

Nasilje

Nasilje prema ženama predstavlja osnovni problem socijalnog i opšteg zdravlja i ono pogađa žene svih godina, kulturoloških sredina i imovinskog stanja. Izloženost dugotrajnom nasilju menja percepciju žene, njen doživljaj sebe i drugih, kao i odnosa prema realnosti. Posledice pogoršanja slike o sebi, života u konstantnom strahu i stanju strepnje, mogu izazvati

¹⁸ Kada je reč o slučajevima poput *anorexi-a nervosa*, najveći broj klijentkinja potiče iz srednje ili više klase .Videti: Hoek 2003

depresivna stanja, suicidalnost ili napade panike. Iskustva iz prakse pokazuju da se lekarima javljaju žene koje nemaju jasno vidljive znakove nasilja, ali imaju potrebu za češćim lekarskim pregledima, tražeći lekove protiv bolova, barbiturate ili lekove protiv depresije. Ove činjenice govore u prilog tome da se kod žena koje su izložene nasilju češće javljaju hronični zdravstveni problem, ili tzv. psihosomatske smetnje.

Veliki broj zlostavljanih žena ispoljava patološke simptome i prolazi kroz psihotične episode. Dolazi do otcepljivanja jednog dela njihovog identiteta, kako bi se očuvao psihički integritet. Silovanje i zlostavljanje predstavljaju ozbiljna traumatska iskustva sa veoma dubokim posledicama. Njegove posledice uključuju fiziološke i psihičke reakcije, kao i promene u ponašanju, do kojih dolazi zbog pretrpljenog straha od gubitka telesnog integriteta, pa i života. "Sindrom traume silovanja" ima sva obeležja posttraumatskog stresnog sindroma. On se javlja kod svih žena koje su bile žrtve silovanja, a ispoljava se kroz emocionalni i fizički bol koji može nastupiti tokom silovanja, odmah nakon njega, ili pak tokom dužeg vremenskog perioda nakon što se ono desilo.

Rasizam

Na osnovu psiholoških, socioloških i antropoloških istraživanja pokazano je da je rasizam povezan sa subzistencijom i rezistencijom mentalnih problema. Kod onih koji su skloni ispoljavanju rasističkih stavova i predrasuda prisutan je povećan rizik od pojave mentalnih bolesti ili njihovog pogoršanja, ukoliko su već prisutne. Psihijatriji su istraživali odnos između rasizma i mentalnog zdravlja, posebno u društvima u kojima je rasizam izražen, i pokazalo se da on može pogoršati depresiju. Na osnovu nedavno sprovedenog istraživanja, koje je obuhvatilo deset različitih rasnih grupa u Severnoj Americi i preko 15.000 ispitanika, utvrđeno je da postoji čvrsta veza između rasizma i iskustva psihološke patnje (Williams & Williams-Morris 2000 prema Karban 2011).

Rodne uloge i „normalizacija“

Interesovanje feminističkih teoretičarki za pitanja mentalnog zdravlja raste od šezdesetih godina XX veka javljajući se iz različitih izvora, i učvršćujući se na različitim nivoima

povezivanja s ostalim oblastima njihovog interesovanja. Elen Šouvalter (Elaine Showalter) kritikuje odnos psihijatrije prema kulturi i društvu, govoreći o mentalnoj bolesti kao rodno odredivoj kategoriji; autorke poput Marte Santjago (Martha Santiago), Sandre Gilbert (Sandra Gilbert) i Suzan Gubar (Susan Gubar) istražuju ludilo kao metaforu, dok se Filis Česler (Phyllis Chesler) pridružuje Lengu i Fukou, baveći se dekonstrukcijom pojma mentalne bolesti i represivnom prirodom psihijatrije. Česler smatra da posebnost institucije psihijatrije leži u njenoj moći „dijagnostifikovanja“, političkom činu koji diskvalifikuje i delegitimizuje građansku odgovornost jedne osobe (Chesler 1997).

Feminističke terapeutkinje su, baveći se pitanjima koja su povezana sa oblašću terapijskog rada, postavile osnov psihijatrijske reforme. Principi za koje se one zalažu su sledeći: ponovno prisvajanje sopstvenog tela, suprotstavljanje lekarskoj ideologiji (koja u svemu pronalazi tragove bolesti), uspostavljanje građanske kontrole nad delovanjem institucija mentalnog zdravlja (Burstow 1996). Kada je reč o politici odnosa među polovima, Hana Arent smatra da je socijalizacija oba pola, u skladu s načelima patrijarhata, siguran način da se sačuva vlast (Arendt 1999). Predrasude o mentalnoj superiornosti muškaraca, potpomognute činjenicom da su njihova tela korpulentnija, prenose se kao gotove vrednosti, uz isticanje muške snage, dominantnosti i uspešnosti. Rodna uloga žene podrazumeva, s druge strane, stanje duha i tela koje potuno suprotno tome: one se smatraju fizički slabim, pasivnim i zavisnim, te su za njih predviđeni intelektualno manje zahtevni poslovi, ili poslovi koji podrazumevaju brigu o drugima.¹⁹

Kostrič (Costrich 1975), Česler (Chesler 1972) i Rouz (Rose 1975) ustanovili su da psihijatri pre proglašavaju šizofrenima žene i muškarce koji se ne ponašaju u skladu sa socijalno ustanovljenim femininim i maskulinim ulogama, nego što to čine kada je reč o osobama koje su striktno usvojile tradicionalne patrijarhalne polne uloge, bez obzira na to što one mogu ispoljavati jasne patološke simptome. Studija koju je sproveo Zeldow (1976) potvrđuje prethodnu izenešenu tezu; muškarci i žene koji ispoljavaju sklonost ka prihvatanju uloga suprotnog pola obično se smatraju ozbiljno poremećenim (Gackenbach 1978).

¹⁹Za razumevanje odnosa mentalnog zdravlja i polnih uloga bitno je napraviti distinkciju između pola, kao biološke kategorije, i roda, kao socijalne. Kriterijum psihijatrijskog određenja mentalnog zdravlja uključuje i opis adekvatnog polnog ponašanja. Nastanku ovog kriterijuma umnogome je doprinela popularnost psihoanalize i prihvatanje Frojdovog određenja zdrave ličnosti, koja podrazumeva pravilnu identifikaciju s vlastitim polom.

Istraživanja su pokazala da se određene psihičke smetnje češće javljaju kod žena, druge kod muškaraca, dok su pojedine podjednako raspoređene po učestalosti kod oba pola. Moguće objašnjenje bi ležalo u pretpostavci o postojanju frustracija koje sa sobom donosi socijalizacija i prihvatanje polnih uloga. Polna segregacija vaspitnih modela proizvodi usmeravanje devojčica na privatnu sferu, dok kod dečaka podstiče ponašanja koja ih pripremaju za osvajanje javne sfere, prostora uglavnom predviđenog za muškarce. Češća pojava agorafobije kod žena i klaustrofobije kod muškaraca upravo se može objasniti različitom socijalizacijom i očekivanim ponašanjima u okviru zacrtanih polnih uloga (isto).

Brojna istraživanja, takođe, potvrđuju da se muškarci i žene bitno razlikuju kada je reč o ispoljavanju destruktivnosti. Muškarci se češće uključuju u tuče i druge antisocijalne aktivnosti, i ispoljavaju više agresivnosti nego žene (Oetzel 1966; Rohner 1976; Whiting & Edwards 1973; Maccoby & Jacklin 1974 prema Kandido-Jakšić 1995), što za njih predstavlja rodno prihvatljiv način kanalisanja negativne energije (Kandido-Jakšić 1995). Restriktivnost rodni/polni uloga se vremenom uvećava. Što su starije, žene su sve sklonije depresiji, dok se kod muškaraca sklonost ka depresiji postepeno smanjuje (Terman & Tyler 1954; prema: Herman 1983), jer je njima dozvoljeno da ispoljavaju ljutnju. Čak se i nasilje od strane muškaraca percipira kao “muževno”, i u socijalnom smislu je prihvatljivo.

Institucija braka predstavlja stožer društvenog sistema, kako u patrijarhalnim i konzervativnim društvima, tako i sklopu neoliberalnog poretka, te ona predstavlja jednu od poluga za delovanje sistema društvene represije. Nezinteresovanost za probem nasilja u brakovima i partnerskim odnosima (koje se time na indirektan način podržava), uplitanje crkve, koja svojim delovanjem onemogućava promene, pritisci koji se vrše na pripadnike odredjenih društvenih klasa (da ostanu u braku i sl.) - sve to utiče na stepen patologizacije razvoda i separacije partnerskih odnosa. Na osnovu brojnih istraživanja, koja pokazuju da se oženjeni muškarci mnogo manje psihički razboljevaju od udatih žena, moglo bi se zaključiti da u većini kultura, uključujući i našu, udaja predstavlja potencijalni mentalni rizik za ženu²⁰, dok, istovremeno, brak predstavlja stabilizujući faktor i oslonac za mentalno zdravlje muškaraca.

Socijalno-ekonomski faktori igraju važnu ulogu i u dostupnosti izvorima podrške i pomoći u okviru sistema zdravstvene zaštite. Otežan pristup onima koji ne mogu sebi da priušte

²⁰ Ispitivanje Konstantinović-Vilić (1986) na ženama sa sela koje su ubile svoje muževe pokazuje da je motiv bio oslobađanje bračne tiranije muževa i da se čak i zatvor percipirao kao mesto adekvatnije od kuće.

kvalitetne zdravstvene usluge dovodi do dalje deteriorizacije kako za pojedince tako i za čitave grupe.

1.4 Mentalno zdravlje: nejednakost i različitost

Pripadnici manjinskih grupa su izloženiji riziku od gubitka stabilnosti (blagostanja) i narušavanja mentalnog zdravlja nego pripadnici većinskog društva. Rešenje za taj problem se traži u sferama individualnog, socijalnog i političkog delovanja. Teoretičari i istraživači, koji deluju u oblasti socijalno inkluzivnog pristupa mentalnom zdravlju, pokušavaju da formiraju adekvatne kriterijume za procenjivanje stepena i vrste opresije koja se vrši nad manjinskim grupama. Takođe, oni pokušavaju da utvrde koji to mehanizmi i procesi negativno utiču na njihovo fizičko i mentalno zdravlje.

Uz pomoć Tomsonovog PCS modela,²¹ moguće je identifikovati lični (psihološki) nivo, kulturni nivo i strukturni (socijalni) nivo, pri čemu je akcenat na njihovom međusobnom prožimanju i povezanosti (Thomson 2006; prema: Karban 2011). Fuko naglašava da su ideje kojima su se pripadnici manjinskih grupa rukovali nastojeći da se integrišu u širu zajednicu, kao i strategije koje su oni razvijali u borbi protiv opresije, i danas aktuelne i značajne. Danas možemo govoriti i o strategijama borbe za antiopresivno i rodno inkluzivno poimanje mentalnog zdravlja, u okviru uže i šire zajednice. Takva vrsta inicijativa zahteva visok stepen uključenosti, konstantan dijalog, i spremnost da se koriguju soptvene “tamne mrlje”.

U cilju rešavanja demografske zdravstvene nejednakosti, potrebno je, ukoliko sledimo paradigmu političke ekonomije, intervenisati u sklopu širih društvenih struktura. Na primer, HIV infekcija predstavlja više od pukog medicinskog problema, jer ona uključuje društvene, rasne, političke, ekonomske i kulturne dimenzije (Carlson 2004). Zagovornici ove paradigme najoštrije kritikuju savremenu zapadnu političku ekonomiju, budući da nejednakosti u oblasti zdravlja proističu iz društvenih struktura i društvene organizacije. Marginalizovane grupe, kojima je, zapravo, potrebno pružiti najviše podrške, bivaju, tako, stavljene u još lošiji položaj (Bartley 2004 prema Carlson 2004).

²¹ Slovo P odnosi se na lični (eng. personal), slovo C na kulturni (eng. cultural) i slovo S na strukturni (eng. structural) nivo.

Interiorizovani rasizam

Predominantni diskurs psihijatrije, koji i danas usmerava zdravstvene i terapijske intervencije i odluke socijalnih radnika/radnica, nalazi se pod uticajem zapadocentričnog pogleda na svet. Rasizam se ispoljava direktno, ili u manje ili više prikrivenom vidu. Nekad je veoma teško prepoznati ga, tj. razlikovati ga od društvenih normi i dogmi koje su pojedici usvojili, a koje u dijagnostici imaju funkciju pokazatelja njihovog psihičkog stanja.

Od pojave dijagnoze *drapetomanije*²², preko tvrdnje Karotera (Carother 1953) da je depresija retka kod lokalnog stanovništva u Keniji (jer njima, po Karoteru, nedostaje osećaj odgovornosti), pa sve do skorašnjeg uvođenja termina “kanabis-psihoze”, uticaj rasnih predrasuda nije umanjen, već je samo modifikovan. Klijenti afro-karipske rase su, kako istraživanja pokazuju, bili upućivani kod specijalista za mentalno zdravlje ne toliko od strane lekara opšte prakse, koliko od strane kaznenih institucija i kriminoloških službi. Zbog uplitanja kriminološke dimenzije, procenu stepena zdravstvenog rizika kojem su ti ljudi izloženi je znatno otežana. Kao važni faktori rizika navode se: prevalencija mentalnih poremećaja kod lica koja su menjala mesto boravka, nedostupnost stalne zdravstvene zaštite, nedostatak saglasnosti za uzimanje lekova, diskriminacija od strane socijalnih radnika itd. (Audini & Lelliott 2002). Krajnje je neprimereno, kako to ističe Fernando, usmeriti napore ka popravljanju onog nad kim se vrši opresija, umesto da naponi budu usmereni ka ukidanju same opresije, ili ka promeni uslova koji do nje dovode.

LGBT i mentalno zdravlje

U literaturi i istraživanjima koja se bave pitanjem mentalnog zdravlja u okviru LGBT zajednice, kao najveći problem ističe se heteronormativnost, jer na osnovu nje dolazi do privilegovanja “seksualnih prava” heteroseksualne populacije u odnosu na prava onih koji iskazuju vlastitu seksualnost na drugačije načine. U većini zemalja homoseksualnost je

²² Drapetomanija – „bolest“ koja je pripisivana robovima afričkog porekla, ukoliko su bili nezadovoljni svojim položajem, određena je kao patološka pojava bežanja s poseda, koja se mogla očitovati i manjkom radne energije. Kao lek je predlagano fizičko kažnjavanje poput bičevanja, vezivanja isl. Videti: Vanesa Jackson

legalizovana do kraja 70-tih godina, a 1973. godine je uklonjena iz DSM klasifikacije mentalnih bolesti. Međutim, stvari su drugačije u praksi. Osobe homoseksualne orijentacije imaju probleme već u školskom uzrastu, i često su izložene vršnjačkom nasilju (vređanje, fizičko i verbalno zlostavljanje, uhođenje, stvaranje socijalnog pritiska preko društvenih mreža i sl.). To ih izlaže riziku od pojave samodestruktivnog ponašanja, depresije i suicida.²³

Internalizovana homofobija vodi ka rizičnim vidovima ponašanja (kompulzivno promiskuitetno ponašanje, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i alkohola i sl.), koji predstavljaju samodestruktivne oblike reagovanja na spoljne i unutrašnje pritiske. U okviru sistema mentalne zaštite uobičajeno je da osobe homoseksualne orijentacije, prilikom svog kontakta sa zaposlenim stručnjacima, dobijaju nejasne, neodređene ili otvoreno negativne poruke (King & McKeown prema Mizrahy& Larry 2008).Pošto su im iskustva sa institucijama mentalne zaštite uglavnom negativna, kod jednih se razvija potreba za još većom izolacijom, dok se drugi okreću alternativnim (često neadekvatnim) vidovima pomoći.

Rod i mentalno zdravlje

Većina istraživanja koja se bavi rodnim pitanjima polazi od podataka koji upoređuju prevalenciju hospitalizacija u okvirima muške i ženske populacije, gde pojedini podaci ukazuju na veći broj hospitalizacija žena, posebno iz grupe afro-karibijanki. Sumirajući faktore koji utiču na mentalno zdravlje žena Vilijsams je izdvojio: 1) Pristup izvorima koji promovišu mentalno zdravlje; 2) veću izloženost rizicima 3) procesima koji održavaju status quo (Williams, 2005 prema Karban 2011).

Veliki rizik po dobrobit žene i njeno duševno i fizičko zdravlje je izloženost nasilju u svim tipovima kulturnih sredina. Utvrđeno je da je blizu polovine žena koje se javljaju za pomoć zdravstvenim službama (u Velikoj britaniji i SAD) doživelo fizičko ili seksualno zlostavljanje u određenom periodu svog života (Karbon 2011). U brojnim istraživanjima mentalnog zdravlja, u kojima je akcenat stavljen na pitanja i probleme povezane s rodom, polazi se od upoređivanja prevalencije hospitalizacija pripadnika muške, odnosno pripadnica ženske populacije. Prema

²³ Pripadnici LGBT populacije su, kako istraživanja pokazuju, četiri puta više skloni suicidu nego heteroseksualne osobe. Ovi podaci se odnose na Veliku Britaniju, gde je ustanovljena razlika od 8% u korist žena (McManus 2009).

sakupljenim podacima, broj hospitalizovanih žena (posebno žena iz grupe afro-karibijanki) veći je od broja hospitalizovanih muškaraca .

Izloženost žene nasilju, koja je prisutna u svim kulturnim sredinama, dovodi do narušavanja njihovog duševnog i fizičkog zdravlja. Među ženama koje se javljaju za pomoć zdravstvenim službama u Velikoj Britaniji i SAD-u, bar polovina njih je u određenom periodu života doživela fizičko ili seksualno nasilje (Itzen 2006; prema: Karban 2011).

Klasa i mentalno zdravlje – Socijalne determinante paradigmi mentalnog zdravlja

U okviru diskursa koji naglašava socijalnu determinisanost mentalnog zdravlja, naglašava se negativan uticaj koji socijalni uslovi mogu imati po zdravlje (Bryant 2009). Ti uslovi uključuju: siromaštvo, niske prihode, rod, rasu, polnu nejednakost, lose uslove života i stanovanja, nizak stepen obrazovanja, rano roditeljstvo, loše radne uslove, socijalno isključivanje (Commission on Social Determinants of Health 2008; Marmot & Wilkinson 2006; Raphael 2008). Iako je prepoznavanje odnosa između socijalnih faktora i faktora koji proističu iz uticaja okoline odavno poznato, uključujući radove Rudolph Virchowa i Engelsa, taj odnos sve do 70-tih godina nije bio jasno definisan (Raphael 2006; Graham 2004 prema Murray & Clendon 2011).

Do izvesnog napretka na tom polju dolazi 80-tih godina, zahvaljujući istraživanjima koja su sprovedena u Velikoj Britaniji (*Black Report* and the *Health Divide*). Na osnovu njih je potvrđeno da je mentalno zdravlje određene osobe blisko povezano sa njenim socio-ekonomskim statusom, sa njenom nemogućnošću da se suoči sa smrću bliskih osoba, sa bolestima koje ona ima itd. (Townsend, Davidson & Whitehead 1992 prema Tones & Tilford 2001). U okviru diskursa koji se bavi socijalnim determinantama mentalnog zdravlja, polazi se od pretpostavke da se faktori rizika odnose, pre svega, na socijalne i ekonomske uslove života u određenoj sredini; pokazalo se, naime, da upravo oni imaju odlučujući uticaj na zdravlje. Ovaj teorijski pravac, koji uzima u obzir psihološko stanje pojedinca, ali i uticaje ekonomskih činilaca i socijalnog okruženja na njegovo zdravlje, usmeren je, pre svega, na pružanje dobrobiti. Konačno, perspektiva socijalnog poredjenja naglašava uticaj društvenih hijerarhija na

zdravlje. Pretpostavka je da percepcije i iskustva društvene nejednakosti dovode do stresa i negativnih zdravstvenih ishoda (Rafael 2006).

1.5 Politike mentalnog zdravlja

U većini zemalja, mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima ne pridaje se isti značaj kao telesnom zdravlju. Kada je reč o zemljama u razvoju, mnogi ljudi s teškim mentalnim poremećajima prepušteni su sami sebi, te oni lako mogu postati žrtve stigmatizacije i diskriminacije. U današnjem svetu javlja se sve više mentalnih poremećaja, i prisutan je sve veći „jaz u lečenju”.²⁴ U okviru edukacije budućih pomagača i psihoterapeuta ne posvećuje se dovoljno pažnje istoriji sistema mentalne zaštite, kao ni ekonomskim i političkim faktorima. Bavljenje pitanjima nastanka azila, načina na koji se tretiraju različite društvene grupe, uključivanja ili isključivanja određene vrste pomoći itd. - ostaje obično na margini planova i programa, osim ukoliko nije reč o posebnoj oblasti u okviru socijalnog rada, u kojoj se stavlja akcenat na probleme s kojima se sučavaju pripadnici marginalizovanih grupa.²⁵

Politike mentalnog zdravlja jedne države vezane su za prevenciju, organizaciju mentalne zaštite (koja obuhvata dijagnostiku, tretman, hospitalizaciju), zakonske odredbe o mentalnom zdravlju, ali i za kreiranje reprezentativne slike o korisnicima zdravstvenih usluga u široj javnosti. Izdvojićemo neke od važnijih uloga politika mentalnog zdravlja, od čijeg sprovođenja zavisi unapredjenje ove oblasti, kao i njeno dalje otvaranje ka progresivnijim načinima sprovođenja politika i mera, pa i njenoj daljoj inkluzivnosti.

Uvodjenje sistemskih promena putem zakonskih akata i promovisanjem medjusektoralne saradnje

²⁴ Danas oko 450 miliona ljudi u svetu pati od nekog mentalnog poremećaja ili poremećaja ponašanja, a samo mali broj njih ima pristup najosnovnijim merama zaštite i lečenja.

²⁵ Procenjuje se da mentalni poremećaji i poremećaji ponašanja čine 12% od sveukupnog tereta bolesti, dok su budžeti za mentalno zdravlje u većini zemalja manji od 1% od ukupnih zdravstvenih troškova. Postoji jasna nesrazmera između tereta bolesti i sredstava koja se ulažu u lečenje. Preko 40% zemalja nema politiku mentalnog zdravlja, a preko 30% nema program zaštite mentalnog zdravlja. Politikom mentalnog zdravlja se ne obuhvataju deca i adolescenti u više od 90% zemalja. Štaviše, zdravstveni planovi često ne pokrivaju mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja na isti način kao što pokrivaju druge bolesti, usled čega nastaju veliki ekonomski problemi za pacijente i njihove porodice.

Unapredjivanje mentalnog zdravlja pretpostavlja kreiranje i sprovođenje politika putem kojih bi se direktno - kroz uvođenje zakonskih akata, i indirektno - putem podrške drugim političkim subjektima, profesionalnim udruženjima, nevladinim organizacijama, mrežama psihosocijalne podrške, kao i neformalnim organizacijama, uticalo na njegovo poboljšanje. Politike mentalnog zdravlja pretpostavljaju prepoznavanje svih faktora koji bi uticali na sprovođenje adekvatnih mera, a relevantni su za određenu sredinu.

Potreba za saradnjom prilikom prakse promovisanja zdravlja zahteva uključivanje sociopolitičkih i ekonomskih determinanti zdravlja. Medjusektoralna saradnja bi uključivala zajedničke strategije za donošenje akata protiv porodičkog nasilja, seksizma, mobinga i seksualnog uznemiravanja na poslu, a afirmativne akcije bi olakšale pristup pripadnika manjinskih grupa sistemima zdravstvene zaštite. Saradnici na ovom polju mogu biti istraživači, edukatori, psihoterapeuti, socijalni radnici, kao i pripadnici ciljnih grupa (pre svega marginalizovanih grupa), čije bi potrebe, na ovaj način (zahvaljujući njihovom direktnom učešću), bile uzete u obzir.

Uvođenje različitih strategija, koje uključuju i različite profile učesnika u njihovom koncipiranju i sprođenju, proširilo bi polje njihovog delovanja. Prakse uobičajenog savetovanja o radu akcionih grupa, participativnog odlučivanja, korišćenja ekspresivnih i teatarskih tehnika, bile bi zamenjene praksama u kojima bi akcenat bio na istraživanju potreba ciljnih grupa i delovanju kroz multimedijalni prostor i socijalne mreže. Priroda i učestalost saradnje zavisila bi od rešavanja konkretnih pitanja koja su na vrhu liste prioriteta (npr. položaja Roma u okviru sistema mentalnog zdravlja, položaja samohranih majki, migranata itd). Adekvatna saradnja podrazumeva dobro planiranje, partnerstvo i otvorenost za različita vidjenja problema, kao i unapredjenje načina odličivanja, tj. dalju demokratizaciju pristupa.

Promovisanje sistema zaštite mentalnog zdravlja

Promocija mentalnog zdravlja podrazumeva usvajanje radnji koje podržavaju i podstiču individue da usvoje i održavaju zdrav načina života i koje stvaraju podršku u poboljšanju životnog okruženja. Uz prevenciju mentalnih poremećaja potrebno je podrazumevati i lečenje i rehabilitaciju osoba sa mentalnim bolestima i invaliditetom. Iz toga proističu tri ideje: 1)

mentalno zdravlje je sastavni deo opšteg zdravlja; 2) mentalno zdravlje je više od odsustva bolesti i 3) mentalno zdravlje je usko povezano sa fizičkim zdravljem i ponašanjem.

Ne postoji konsenzus oko definisanja pojma mentalnog zdravlja. Najšire prihvaćena definicija, koju je dala *Svetska zdravstvena organizacija*, glasi: Pod mentalnim zdravljem podrazumeva se stanje blagostanja, koje pojedincu omogućava da ostvari sve svoje potencijale, suočava se sa životnim izazovima, i produktivno i plodonosno radi i deluje, pružajući doprinos svojoj zajednici (WHO 2001). Mentalno, fizičko i socijalno zdravlje, su u recipročnoj medjuzavisnosti, i nisu medjusobno isključivi. Do isključivanja dolazi jedino u slučaju da zdravlje definišemo na restriktivan način, kao odsustvo bolesti (Thornicroft & Tancela 2010). Prepoznavanje zdravlja kao stanja ravnoteže, koje uključuje brigu o sebi i drugima, kao i doprinos socijalnoj zajednici, omogućava zajednicama i pojedincima da prepoznaju koji bi bili najadekvatniji načini njegovog unapredjenja.

Razvoj indikatora i merila mentalnog zdravlja

Pokret za mentalnu higijenu, osnovan početkom 20. veka, umnogome je doprineo razvitku koncepta mentalnog zdravlja. On je u početku bio fokusiran na poboljšanje nege hospitalizovanih klijenata, a kasnije se posvetio razvoju mera prevencije. Istraživanja sprovedena tokom 80-tih godina doprinela su boljem razumevanju pojma "mentalnog zdravlja". Ono se koncipira na različite načine, u zavisnosti od toga da li se određuje u odnosu na pozitivne emocije (poput osećanja sreće), osobine ličnosti (koje uključuju psihološke resurse samopoštovanja i sposobnosti prihvatanja sebe), ili rezilijentnost (kapacitet da se suočimo s poteškoćama života). Različiti aspekti i modeli mentalnog zdravlja doprinose boljem razumijevanju pojma pozitivnog mentalnog zdravlja.²⁶

Doprinos istraživanju u razvoju indikatora se prepoznaje kroz: epidemiološke studije mentalnog zdravlja, internacionalne studije kvaliteta života, posmatranje korelacija između društvenih determinanti, nejednakosti i zdravlja, psihometrijske studije, opservacija iz zdravstvenog nadzora i praksi. U predlaganju indikatora mentalnog zdravlja potrebno je uzeti u

²⁶ Razvoju ovog pristupa najviše su doprineli Selidžman, Diner i ostali predstavnici pozitivne psihologije, koji su osećanja sreće, zadovoljstva i blagostanja odredili kao indikatore mentalnog zdravlja.

obzir različite perspektive promocije zdravstvenih radnika i stručnjaka za mentalno zdravlje. Stoga, bilo kroz fokus na širu grupu ili na pojedince, bitno je postaviti okvir pozitivnog mentalnog zdravlja unutar društveno-političkog, ekonomskog i kulturnog okruženja, što utiče na distribuciju materijalnih i društvenih resursa kroz niz institucionalnih i pojedinačnih mehanizama. Na taj način može se uticati na proces distribuiranja materijalnih i društvenih resursa, kroz niz institucionalnih i pojedinačnih intervencija (Korkeila 2000 prema Bartlet & Sandland 2007).

Indikatori mentalnog zdravlja posmatraju se na nivou kulturnih, socijalnih i političko-ekonomskih procesa; distalnih mera društvene organizacije na nivou zajednica, škola, lokalnih naselja i radnih mesta; proksimalnih demografskih mera, materijalnih i društvenih okolnosti i ponašanja porodica; psiholoških, bioloških, društvenih, materijalnih i demografskih karakteristika pojedinaca i zajednica (Korkeila 2000; Lahtinen et al. 1999; National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and European Commission 2000; Stephens Dulberg & Joubert 1999). Na makro nivou postignuti su određeni rezultati, te su indikatori mentalnog zdravlja dati u okviru Indeksa ljudskog razvoja (HDI), koji je razmatran 2000. godine od strane UN. HDI je koncipiran u odnosu na meru postignuća, i fokusiran je na individualne ishode, kao i na ekonomski položaj zemlje. On uključuje i faktore pola, razvoja (GDI), i indeks rodnog osnaživanja (GEI).

Uključivanje zajednice prema korisnicima usluga i destigmatizacija

Pitanja uključenosti zajednice i njenog značaja za ostvarivanje mentalne dobrobiti pojedinaca, koja uključuju i političku dimenziju, predmet su mnogih debata. Zajednica može ograničavati pojedince, ukoliko se u okviru nje reprodukuju odnosi moći i opresije iz šireg socijalnog konteksta. S druge strane, ona pojedincu može pružiti jaku emocionalnu potporu, u vidu različitih vrsta *socijalnog kapitala*. Socijalni kapital uključuje strukturalnu/kognitivnu, povezujuću/premošujuću i horizontalnu/vertikalnu dimenziju (De Silva 2005).²⁷

²⁷ Programi koji promovišu poboljšanje mentalnog blagostanja, kao i jačanje kapaciteta rezilijentnosti, poput "Izabрати zdravlje" (Choosing health) i *Making it happen*, predlažu koordinisane intervencije na tri nivoa: jačanja

Socijalni rad i projekti međustrukovne saradje, podrazumevaju učešće čitavih zajednica, i predstavljaju važne faktore promocije, održavanja kao i prevencije poteškoća u oblasti mentalnog zdravlja. Praksa svakodnevnog promovisanja mentalnog zdravlja značila bi da se kapaciteti pojedinaca uvećavaju, da se pruža otpor stigmatizaciji, te da se preduzimaju mere u koje bi unapredile mogućnosti ojačavanja društvene inkluzije. To bi svakako doprinelo umanjivanju stigmatizacije klijenata/klijentkinja, posebno osoba koje se percipiraju kao slabije karike sistema (ranjive osobe, osobe sklone intenzivnim emocionalnim reakcijama i povlačenju u sebe).

Stanje ranjivosti, koje se javlja kod ljudi koji su u ugroženoj poziciji, a prouzrokovano je iskustvom nesigurnosti i beznađa, brzinom društvenih promena, rizikom od nasilja i deteriorizacijom fizičkog zdravlja, dovodi do pojave ili eskalacije mentalnih bolesti. Veliki broj korisnika usluga odlučuje da prekine započeti tretman; tim putem oni, zapravo, pokušavaju da izbegnu stigmatizaciju i etiketiranje. Stigma direktno oštećuje korisnike, jer umanjuje njegovo samopouzdanje i udaljava ih od mogućnosti izlečenja. Neophodno je kreirati programe koji bi bili usmereni na destigmatizaciju, na nivou čitave zajednice, kao i pružanjem pomoći pojedincima kod kojih je proces autostigmatizacije doveo do socijalne izolacije, stagnacije ili pogoršavanja kliničke slike.

Stigma takođe utiče na vezu između mentalnih bolesti i sistema krivičnog pravosuđa. Do kriminalizacije mentalnih bolesti dolazi u slučajevima kada, umesto sistema mentalnog zdravlja, interveniše policija kako bi se odgovorilo na pojavu krize mentalnog zdravlja kod određenih osoba. To doprinosi još izraženijoj prevalenciji simptoma bolesti (Teplin 1984). Osim toga, tendencija je da ljudi s mentalnim bolestima provode više vremena u zatvorima nego oni koji nisu mentalno oboleli (Steadman, McCarthy & Morrissey 1989). U slučajevima kada prestupnici nisu tolerantni prema osobama s psihičkim problemima, otvara se pitanje pooštavanja njihovih zatvorskih kazni, kao i pitanje drugačijih mogućnosti tretiranja mentalno obolelih osoba (Jemeka, Trupin & Chiles 1989; Lamb & Weinberger 1998 prema Corrigan 2008).

Negativne ishode stigmatizacije mentalno obolelih osoba trebalo bi posmatrati i u kontekstu opšteg zdravstvenog sistema. Stigmatizovane osobe teže pristupaju sistemu

individua, jačanja zajednice i umanjivanja strukturnih barijera u odnosu na mentalno zdravlje. Videti: Parott et.all 2008.

zdravstvene zaštite i njihove šanse da dobiju zdravstveno osiguranje su manje nego kada govorimo o pripadnicima drugih grupa (isto).

Unapredjivanje mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje je deo odgovornosti zajednice - ne samo briga pojedinaca, tako da bi trebalo i da se bavi problemom cena zdravstvenih usluga, koje su već nedostupne mnogima, a nastaviće da se povećavaju. Istraživanja u oblasti unapredjenja mentalnog zdravlja ukazuju na sledeće faktore: važnost intervencije u ranom detinjstvu (npr. kućne posete za trudnice, predškolske psihosocijalne intervencije), ekonomskog i socijalnog osnaživanja žena (npr. poboljšanje pristupa obrazovanju, mikro-kreditne sheme); socijalna podrška starijoj populaciji (npr. iniciranje kućnih poseta, centrima u zajednici i dan za stare); programi usmereni na vulnerabilne grupe; aktivnosti promocije mentalnog zdravlja u školama, intervencije mentalnog zdravlja na radu (npr. program prevencije stresa), stambene politike (npr. poboljšanje stanovanja), programi prevencije nasilja i programi razvoja zajednice.

Po mišljenju Viliijamska i Morisa, perspektiva javnog zdravstva mogla bi se unaprediti na više načina. Pre svega, to se može učiniti formulisanjem politike koja je usmerena na unapredjenje mentalnog zdravlja stanovništva, kao i obezbeđivanjem jedinstvenog pristupa odgovarajućim i ekonomski isplativim službama, uključujući službe za unapređenje mentalnog zdravlja i prevenciju. Potom, trebalo bi obezbediti adekvatnu brigu i zaštitu ljudskih prava institucionalizovanim bolesnicima sa najtežim mentalnim poremećajima i konstantno procenjivati i pratiti kvalitet mentalnog zdravlja na nivou čitavih zajednica, a posebno kod pripadnika vulnerabilnih društvenih grupa kao što su deca, žene i starije osobe. Takodje, treba promovisati zdrave životne stilove i uticati na smanjenje faktora rizika za nastanak mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (nasilna i destruktivna porodična okruženja, zlostavljanje i građanski konflikti i sl.), i to kroz praksu konstantnog podržavanja socijalne kohezije i ljudskog razvoja. Konačno, trebalo bi podsticati istraživanja uzroka mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, unapredjivati efikasno lečenje, i konstantno pratiti i evaluirati sistem mentalnog zdravlja (Williams & Williams-Morris 2000).

II Opresija i diskriminacija u psihosocijalnom radu i terapiji

2.1 Problem opresije

Problem opresije, koja podrazumeva oblik odnosa u kome se otvoreno ili prikriveno grupama ograničava sloboda i mogućnost izražavanja, nije moguće sagledati bez razumevanja njene unutrašnje dinamike. O tome šta je to opresija najbolje nam govore iskustva onih koji su je osetili na svojoj koži, a to su najčešće pripadnici marginalizovanih društvenih grupa. Kad slušamo iskustva ljudi koji su bili, ili jesu žrtve opresije, to nas, kako navodi Lordi, uvodi u samu suštinu tog problema, pomažući nam da uvidimo neophodnost uvodjenja društvenih promena (Lorde 1984 prema Darymple & Beverly 2006).

Opresija predstavlja kompleksan, socijalno konstrisan fenomen. Njega je teško definisati, budući da je multidimenzionalan, fluidan, i da obuhvata puno različitih nivoa (isto). Ključnu ulogu u procesu konstruisanja opresije imaju politička i ekonomska struktura, koje, zajedno sa ideologijom, funkcionišu kao moćni sistemi socijalne kontrole. Opresija se, stoga, može odrediti kao *stanje stvari* u okviru koga su životne šanse ljudi ograničene procesima koji to isto stanje kreiraju i održavaju. Interaktivna priroda opresije najbolje se može sagledati iz činjenice da se ona kontinuirano reprodukuje, kako kroz aktivnosti pojedinaca na svakodnevnom nivou, tako i delovanjem samog socijalnog sistema.

Opresija, po pravilu, podrazumeva postojanje nehumanog i degradirajućeg tretmana u odnosima između pojedinaca i/ili grupa, pri čemu jedna strana demonstrira svoju moć dominiranjem nad drugom stranom. Kako bismo razumeli dinamiku koju ona kreira na nivou međuljudskih odnosa, bilo da je reč o individualnom ili širem, društvenom planu, prethodno moramo razumeti povezanost fenomena opresije i moći. S tim u vezi bi trebalo kritički preispitati koncepte identiteta i različitosti, kako bi se učinile vidljivijim kontadiktornosti i društveni problemi na kojima se opresivne relacije zasnivaju.

Prema Fukoovom mišljenju, način na koji moć utiče na nastanak negativnih društvenih pojava, između ostalog i opresije, može se razumeti ukoliko uzmemo u obzir sledeće faktore: 1) kontekstualnost i promenljivost delovanja moći; 2) načine na koje moć “operiše”, delujući na

različitim nivoima (često na kontradiktorne načine, ili pak simultano na više nivoa); 3) različite načine na koje se moć doživljava; 4) različite vrste kontrolisanih uslova koji su generisani njenim delovanjem (Fuko, prema: Leary & Hoyl 2009). Opresija se sprovodi putem odbacivanja, isključivanja i nametanja osećaja inferiornosti, čime se kod žrtava izaziva osećaj neadekvatnosti i bespomoćnosti.

Svest o tome da su opresija i diskriminacija prisutne u politikama mentalnog zdravlja dovela je do uspostavljanja praksi koje teže ka tome da im se suprotstave, i to pre svega putem kreiranja drukčijih modela odnosa. Većina takvih modela oslanja se na psihodinamiku, kognitivno-bihejvioralnu teoriju, kao i na humanističke i postmodernističke teorije i koncepte – svima njima, međutim, nedostaje dimenzija zadovoljenja potreba zajednice. U cilju minimalizovanja postojećeg disbalansa, anti-opresivni pristup u teorijskom smislu promovise jednakost, dok u praktičnom smislu teži ka tome da omogući pun pristup zdravstvenim uslugama, Kritički pristup je neophodan u oblasti mentalnog zdravlja, kako bi se ona otvorila ka široj društvenoj zajednici. Pokušaj da se u toj oblasti uspostavi anti-opresivna praksa nailazi, kako ističe Larson, na mnoge izazove, među koje svakako spada i jaz između teorije i prakse (Larson 2008).

Od praktičara koji bi funkcionisali u antiopresivnim okvirima očekuje se samorefleksija, razumevanje pozicija kako opresora tako i žrtve opresije, kao i mogućnost kritičke evaluacije celog intervenišućeg procesa - po pitanju prirode odnosa koji u njemu vladaju (Larson 2008). Antiopresivni pristup podrazumeva samokritičnost prema nametnutim pretpostavkama, vrednostima i verovanjima, kao i progresivnu i holističku praksu, koja koristi sve prednosti uspešnih alternativnih i *mejnstrim* modela, ali na način na koji ostaje veran pomenutim principima

Kritički socijalni rad

Sredinom XX veka u teoriji i praksi socijalnog rada dominirao je tradicionalni pristup, koji se fokusirao na pružanje podrške pojedincima i porodicama u cilju njihove što uspešnije adaptacije u okvire postojećeg sistema. Sve do poznih 60-ih godina, kada je oblast socijalnog

rada integrisala radikalnije ideje, razmatranje mogućnosti promene samog sistema nije otvarano kao problem (Sacamoto& Pinter 2004). Tek tada se, u okviru kritičkog pristupa u oblasti socijalnog rada, započinje sa preispitivanjem dominantne ideologije, kao i sa dekonstruisanjem socijalno determinisanih uloga.

Prvu fazu kritike tradicionalne socijalne teorije odlikovala je radikalna promena fokusa, koja se kretala od pokušaja intervenisanja u individualne živote ka širim društvenim intervencijama, što je nužno dovelo do druge vrste krajnosti - negiranja individualnog. Od 80-ih godina u oblast socijalnog rada uključuje se i feministička kritika, kroz teorije feminističkog socijalnog rada (Healy 2005). Daljim razvojem, od 90-ih godina pa nadalje, došlo se do ideje antiopresivnog socijalnog rada, koji predstavlja prevalentnu orijentaciju u okviru kritičke teorije socijalnog rada. Formirana je, takodje, ideja o intersekcionalnosti, prema kojoj se opresije “ukrščaju” kako na strukturnom, tako i na ličnom, interpersonalnom i kulturnom nivou.

Savremeni pristupi u okviru kritičkog socijalnog rada odlikuju se tendencijom *ka integraciji suprotstavljenih sfera* - individualnog i socijalnog, kao i ličnog i političkog. Jedna od njegovih karakteristika je i otvorenost ka uticaju postmoderne teorije, u okviru koje se kritički preispituju dosadašnji pristupi socijalnim promenama, i to pre svega njihova monolitnost, koja ima za posledicu ignorisanje određenih aspekata ili njihovo pogrešno tretiranje. Prema teoretičarima kritičkog socijalnog rada, neophodno je, stoga, da se u polje razmatranja uvede kompleksnost i raznolikost pristupa, ali i da se, pritom, zadrži veza sa modelom socijalne promene koji je baziran na egalitarnom pristupu.

Pristup koji se fokusira na pitanja jezika i diskurzivnih praksi, inspirisan Fukoom, upućuje na to da opresiju treba tražiti na mestima gde se suprotstavljaju odnosi dominacije i subordinacije, bazirani na svakodnevnoj interakciji i znanjima koja je određuju. Pre nego što se pristupi sprovođenju određene antiopresivne prakse, neophodno je razmotriti sve njene moguće posledice. Stoga, praktičari moraju razvijati *sopstveni osećaj integriteta*, koji se zasniva na poštovanju ljudi s kojima dolaze u kontakt, što umanjuje mogućnost da će im se naneti bilo kakva vrsta štete (Darymple 2006). Savremena kritika prethodnih teorijskih modela oslanja se, u velikoj meri, na Fukoov koncept interiorizacije, kojim se označava tendencija subjekta, koji je stavljen u ugroženu poziciju, da pounutri upravo one “spoljne” stavove i perspektive koji ga

diskriminišu, stigmatizuju i obezvređuju. Interiorizacija (koju Frojd označava kao pounutrenje) predstavlja, dakle, proces putem kog subjekt svoje vidjenje i doživljaj sebe formira shodno stavovima i normama društva. Ovakva vrsta određenja bliska je načinu na koji se u okviru kritičke socijalne teorije određuje pojam internalizacije. Subjekt se, kroz pomenute procese, identifikuje sa određenim sistemom, prihvatajući mesto koje mu je u njemu dodeljeno, i na taj način aktivno učestvuje u procesu reprodukovanja postojećih struktura.

Politike identiteta postaju, tako, jedan od dominantnih teorijskih okvira za razmatranje mehanizama putem kojih pripadnici manjinskih grupa grade svest o sebi. Oni konstruišu neku vrstu teorije stigme, ideologiju putem koje sebi objašnjavaju sopstvenu inferiornost i/ili opasnost koju predstavljaju po druge, racionalizujući osećaj animoziteta koji je prisutan u njihovim odnosima s pripadnicima većinskog društva, pri čemu su međusobne razlike protumačene u ključu njihovih sopstvenih nesavršenosti (Goffman 1990). Iznet princip opresije deluje kada je reč o manjinskim grupama, kao i kada je reč o nacijama, ili o bilo kojoj drugoj vrsti kolektiviteta.

Opresija predstavlja rezultat procesa dominacije i marginalizacije, i prisutna je kako u rezultatima tih procesa, tako i u samim procesima (McDonald & Coleman 1999). Ekonomska moć dominantne grupe doprinosi legitimizaciji položaja grupe nad kojom se dominira, kao i njegovom održavanju. Borba za hegemoniju povezana je, takodje, sa borbom koja se vodi oko ograničavanja ekonomskih resursa, njihovim upravljanjem i načinom njihovog distribuiranja u svetu.

Hijerarhija opresije

Privilegije koje određene društvene grupe poseduju bivaju legitimisane putem hijerarhijskih odnosa koji obuhvataju najmanje dva stratuma, a koji se, teorijski, mogu dalje rašlanjivati. U teorijske orijentacije koje sadrže najjednostavniji vid dihotomne podele društva spadaju, recimo, *Marksova* klasno koncipirana podela društva, prema kojoj se ono deli na proletere i kapitaliste, zatim *radikalno-feministička* orijentacija, prema kojoj je društvo, u osnovi, podeljeno na muškarce i žene, kao i *radikalna LGBT* orijentacija, prema kojoj se društvo deli na heteroseksualne i homoseksualne osobe.

S druge strane, analiza kompleksnih, višestrukih hijerarhijskih odnosa uzima u obzir dinamiku koja je prisutna u relacijama između, recimo, žene tamne boje kože, koja je uz to lezbejka i invalidkinja, i belog muškarca, homoseksualca i invalida, kao i načine njihovog pozicioniranja unutar svake od navedenih kategorija. Prilikom analize kompleksnih hijerarhijskih odnosa suočavamo se sa problemom njihove nepostojanosti, jer oni pokazuju tendenciju da se uruše pod težinom sopstvenih inkonzistencija.

Opresija se, između ostalog, održava putem podržavanja i/ili slabljenja konflikata koji postoje u društvu. To se čini na različite načine, putem represivnih metoda koji se sprovode od strane vlade, ili pak putem kreiranja i održavanja odnosa kompetencije među različitim društvenim slojevima (lansiranjem ideje da se jednima pomaže, a drugima ne i sl.). Postojeće društvene kategorije su, koliko god da su nestabilne, teško zamenljive, a hijerarhijski odnosi koji se na njima zasnivaju mogu se zameniti samo nekim drugim vidovima hijerarhije (Freire 1996). Odnosi kompetencije među grupama nad kojima se sprovodi opresija svakako su negativna pojava, koja ne nastaje direktno delovanjem dominantne grupe, već reprodukcijom dominantnog načina mišljenja koji se oslanja na mehanizme kompetencije i stratifikacije moći.

Gramši određuje pojam hegemonije oslanjajući se na ideologiju i na odnose dominacije i potčinjavanja, u okviru kojih jedna grupa ostvaruje svoju prevlast u odnosu na druge. Drugim rečima, odnosi koji su zasnovani na hegemoniji održavaju se kroz proizvodjenje ideologija, koje opravdavaju poredak u kom određena grupa poseduje vlast, moć i privilegije (Gramshi; prema: Bates 1975).²⁸

Koncept "*normalizacije*" nastaje kao odgovor na potrebu da se promovira ljudska prava i jednakost, a institucije većinskog društva ga koriste u kontekstu njihovog nastojanja da "privole" one koje smatraju "dručkijima" da se prilagode vrednostima i normama dominantne kulture (Chappell 1992). Socijalna hijerarhija ne zasniva se samo na materijalnim (ekonomskim) principima, već je bazirana i na procenjivanju "idealnih" (mitskih) kvaliteta koje pripadnici određenog društvenog sloja poseduju, a to znači da svaki pojedinac poseduje vrednost koja se, između ostalog, može brojčano izraziti (Lorde 1980). Etnička pripadnost pojedinca, njegov/njen

²⁸Hegemonija se održava kroz četiri osnovne dimenzije: status pripadnika privilegovane grupe, uloge stručnjaka (eksperata) koje pripadnici privilegovane grupe imaju (one, između ostalog, uključuju pristup insitucionalnim izvorima moći), njihovu ličnu (fizičku) snagu i njihovu ekonomsku superiornost.

pol/rod, seksualna orijentacija, prisustvo ili odsustvo invaliditeta itd. – sve to se, zavisno od kriterijuma koji preovladjuju u odredjenom istorijskom periodu, koristi (svesno ili nesvesno) kako bi se odredilo mesto koje pojedinac ima u okviru društvene hijerarhije (isto).

Kako iznosi Riči, stigmatizovane nisu same osobe, već perspektive, a one se generišu u socijalnim institucijama. Nakon što se jedna hijerarhija, koja je zasnovana na odnosima opresije, dekonstruiše, postoji opasnost da se kreira nova. Kod marginalizovanih grupa prisutna je tendencija nadmetanja, jer svako želi da istakne težinu sopstvenog položaja, odnosno negativnost sopstvenog iskustva (Ricchie 1996). S tim u vezi, u okviru tzv. teorije višestrukih identiteta, različiti identiteti koje pojedinac poseduje (rasni, klasni, rodni, itd.) se ukrštaju, kako bi se ukazalo na to da svako potencijalno može biti i opresor i žrtva, jer istovremeno posedujemo atribute na osnovu kojih možemo biti privilegovani, ili pak ugnjetavani (Lorde 1984).

2.2 Diskriminacija i predrasude u sferi mentalnog zdravlja

Socijalna psihologija zasnovana je na tzv. ABC principima, koji se odnose na *afekte, ponašanje i kogniciju* (mišljenje).²⁹ Ukoliko govorimo o kognitivnoj komponenti prisutnoj u percipiranju članova odredjene grupe govorimo, u stvari, o predrasudama i stereotipima - pozitivnim ili negativnim verovanjima i stavovima koji su obično neutemeljeni, a odnose se na odredjene karakteristike pripadnika te grupe. Predrasude mogu poprimiti formu antipatije, ljutnje, straha, gadjenja ili, čak, mržnje. Pomenuti afekti se, u ekstremnijim slučajevima, ispoljavaju u vidu nasilja nad odredjenim kategorijama ljudi, npr. gej osobama. Zapravo, stereotipi i predrasude su izuzetno značajni ukoliko govorimo o uslovima i faktorima koji dovode do formiranja diskriminacije – negativnog ponašanja koje je usmereno ka pripadnicima odredjene grupe, i koje se zasniva na činjenici da su oni pripadnici upravo te, a ne neke druge grupe (Plouis 2004).

Stereotipi i predrasude na intenzivan, a najčešće i štetan način utiču na diskriminisane grupe, iako oni toga ne moraju biti svesni. Istraživanja koja su sprovedena u okviru socijalne psihologije pokazuju da delovanje kulturno uvreženih stereotipa, koji se kontinuirano

²⁹ A se odnosi na afekte (engl. affect), B na ponašanje (engl. behaviour), i C na kogniciju (engl. cognition).

usmeravaju ka određenoj grupi, može dovesti do umanjenja opštih životnih sposobnosti njenih pripadnika.³⁰

Predrasude

Istraživanje predrasuda umnogome reflektuje ideološke trendove, predubeđenja i subjektivnost samih istraživača koji su se njima bavili. Psihološka istraživanja predrasuda - poput onog iz 1925. godine koje je, nakon analize 73 slučaja, potvrdilo “mentalnu superiornost” belaca (Garth 1925, 359; prema: Duckitt 1992) - umnogome su doprinela afirmaciji ideje o superiornosti bele rase. Do izvesnih promena dolazi tokom treće i četvrte decenije XX veka, zahvaljujući Pokretu za ljudska i građanska prava. U istorijskim okolnostima u kojima dolazi do kraha kolonijalizma i pojačavanja antisemitizma, Adorno biva podstaknut da se bavi istraživanjem autoritarne čovekove prirode (Adorno 1950 prema Duckitt 1992).

Budući da je, prema Adornu, svet u kome autoritarne ličnosti žive - dihotomni, crno-beli svet, koji je striktno omeđen pravilima i odnosima koji su zasnovani na hijerarhiji, oni veoma lako razvijaju predrasude prema osobama nižeg socio-ekonomskog statusa. Iako su Adornova istraživanja autoritarnosti kritikovana, jer on na osnovu gradje koja se odnosi samo na određene društvene kontekste i istorijske epohe izvodi opšte zaključke o “ljudskoj prirodi”, ona su ipak na značajan način doprinela razumevanju načina na koji se stvaraju predrasude (Plous 2003). Na primer, politički konzervativan oblik autoritarnosti, poznat pod nazivom “desničarska autoritarnost” je, kako brojna istraživanja pokazuju, u korelaciji sa autoritarnošću.³¹

Oni koji svet vide kroz prizmu hijerarhijskih odnosa moći skloni su ka tome da razviju predrasude prema osobama nižeg socijalnog statusa, što je označeno kao “orijentacija socijalne dominacije” (Pratto, Sidanius, Stallworth & Malle 1994 prema Kramer 2012). Ovakva vrsta orijentacije korelira sa predrasudama na još intenzivniji način nego “desničarska autoritarnost”, te se ona dovodi u vezu sa anticrnačkim i antiarapskim predrasudama, seksizmom, nacionalizmom, anti-gej stavovima, kao i sa drugim vrstama predrasuda koje proističu iz hijerarhijskih odnosa moći (Altemeyer 1998; Sidanius, Levin, Liu, & Pratto 2000; Sidanius &

³⁰ U okviru jednog istraživanja eksperimentalnoj grupi studentkinja je, pred njihov izlazak na test, napomenuto da su muškarci uspešniji u matematici od žena, što je dovelo do toga da njihovi rezultati na testiranju budu slabiji od rezultata koje je postigla kontrolna grupa studentkinja. Videti: Spencer, Steele & Quinn 2001

³¹ Istraživanja sprovedena u Južnoj Africi, Rusiji, Kanadi, SAD-u, i drugim mestima, pokazuju da tzv. desničarska autoritarnost ide „u paketu“ sa mnoštvom predrasuda. Videti: Altemeyer 1996; Duckitt & Farre 1994; McFarland, Ageyev & Abalakina 1993 prema *Eugene M.; Wick, David P.; Hartsen, Kim M.; Preve, Rebecca 2007*

Pratto 1999). Možda i najveći doprinos Adorna i njegovih saradnika ogleda se u tome što su oni ukazali na činjenicu da rigidan, kategorički način mišljenja predstavlja osnovni element iz kog se sastoje predrasude.³²

Jedno od najizraženijih svojstava kategoričkog načina mišljenja jeste tendencija ka distorziji percepcije, koja se odvija kroz procese umanjivanja razlika unutar grupe (asimilacija), i uvećavanja razlika u odnosu na druge grupe.³³ Kada govorimo o uticajima koji određuju nečije ponašanje, uticaj unutargrupnog favorizovanja je izraženiji od uticaja negativnih osećanja prema pripadnicima drugih grupa (Brewer 1999). Predrasude koje pripadnici grupe dele među sobom, kao i njihovo unutargrupno favorizovanje, predstavljaju, po Tajfelu, izraze kolektivnih težnji ka sticanju samopouzdanja. Istraživanja potvrđuju ovakvu vrstu pretpostavki, jer je ustanovljeno da postoji jasna veza između pada samopouzdanja i povećanja stepena izražavanja predrasuda.

Predrasude su blisko povezane s načinom na koji članovi grupe, i oni izvan nje, objašnjavaju međusobno ponašanje. Ovakva vrsta tumačenja poznata je pod nazivom *kauzalna distribucija* – ona predstavlja, istovremeno, i simptom i izvor predrasuda. *Objašnjava se na tri načina*: 1) Izraz “pravedna distribucija u nepravednom svetu” podrazumeva stanovište prema kome ljudi dobijaju upravo ono što i zaslužuju (Lerner 1980; Montada & Lerner 1998 prema Goody 2005); reč je o veoma popularnom shvatanju, iako se njime, zapravo, opravdava opresija nad marginalnim grupama; 2) Izraz “fundamentalna greška distribucije” podrazumeva stanovište prema kojem su ljudi skloni da traže uzroke neadekvatne distribucije u dispozicionim faktorima, čak i onda kada je evidentno da su oni situaciono određeni (Ross 1977); 3) Izraz “ultimativna greška distribucije” podrazumeva formiranje dvostrukih standarda, zavisno od potreba ljudi (Pettigrew 1979 prema Goldwin & Hoffer 2012).

Uporedo s promenom društvenog konteksta i iznošenjem zahteva da se poštuju prava manjinskih grupa, menjaju se i načini ispoljavanja predrasuda. Prethodne forme ne nestaju, ali dolazi do njihove transformacije, te u promenjenim okolnostima predrasude bivaju teže

³² Olport se, u studiji pod nazivom Priroda predrasuda (1954), bavio istraživanjem odnosa između predrasuda i kritičkog mišljenja. On ukazuje na emocionalnu, kognitivnu, socijalnu i ekonomsku prirodu predrasuda, shvatajući ih kao jedan od “izdanaka” svakodnevnog ljudskog funkcionisanja.

³³ U terminologiji koja se koristi u okviru socijalne psihologije izraz „unutargrupno“ odnosi se na nečiju pripadnost određenom sistemu vrednosti u kom se nazire homogenost, dok se izraz „izvangrupno“ odnosi na druge grupe, čiji su pripadnici percipirani kao drukčiji, bilo da je reč o ljudima drugačije vere, rase, nacionalnosti itd.; u potonjem slučaju prisutna je sklonost ka stereotipizaciji.

uočljive.³⁴ Uzroci predrasuda su raznoliki i mnogobrojni, a neki od njih su, kako istraživanja pokazuju, povezani sa: *desničarskom autoritarnošću i orijentacijom socijalne dominacije, kognitivnim dispozicijama* (npr. sa tendencijom da se razmišlja u kategorijama), *motivacionim faktorima* (npr. sa potrebom za samopotvrđivanjem), *socijalnim faktorima* itd. Istraživanja pokazuju da predrasude koje se dovode u vezu sa prethodno pomenutim faktorima nisu ograničene samo na određeni broj pojedinaca koji ispoljavaju patološke karakterne osobine, već one predstavljaju sastavni deo svakodnevnog ljudskog funkcionisanja - pokazalo se, zapravo, da su im svi ljudi skloni.³⁵

Diskriminacija se manifestuje na različite načine koji se mogu sublimirati u četiri pojavne dimenzije kao: **eksplicitna – namerna diskriminacija, prepredena (skrivena), statistička i insitucionalna**. Ona operiše različito u različitim oblastima, a može se javljati i u njihovim preseccima. Kakvu god formu da ima, ona stvara prepreke jednakom tretmanu i mogućnostima a može imati i nepovoljne efekte na bilo koji domen svog delovanja (Blank 2004). **Eksplicitna diskriminacija**, kako Olport navodi, može uključivati postupno, eksponencionalno uvećavanje intenziteta neprijateljskih osećanja, koja se ispoljavaju u vidu verbalnog antagonizma, izbegavanja, segregacije, fizičkih napada ili, u najradikalnijoj formi, izazivanja ratnog sukoba.

U sferi mentalnog zdravlja najzastupljenija je **skrivena diskriminacija**. Ona obično deluje na indirektan način, automatska je, i odražava ambivalenciju (npr. u slučajevima kada se “skriva” iza pozitivno intoniranih iskaza, tipa: “Kad pogledamo kakvih sve ljudi ima na ovom svetu, homoseksualci i nisu toliko loši.”). Budući da je više fokusirana na prednosti pripadnika sopstvene grupe, nego na mane i nedostatke pripadnika drugih grupa, skrivena diskriminacija može biti kombinovana sa dobrim namerama, ali svakako uključuje iskrivljeni oblik percepcije (Meyer 1998). U kontekstu priče o mentalnom zdravlju, ona se dovodi u vezu sa predubedjenjima koja možemo imati u odnosu na pripadnike drugih rasa, sa načinom na koji

³⁴ Istraživanje sprovedeno 2000. godine pokazalo je da su belci, ukoliko imaju tu vrstu ovlašćenja, skloni da diskriminišu crnce prilikom selekcije kandidata na konkursu za prijem na radna mesta. Videti: Ziegert&Hanges 2005.

³⁵ Stereotipi i predrasude su neraskidivo povezani. Nakon što se usvoje (od strane porodice, šireg okruženja, medija, ili na osnovu ličnog iskustva), stereotipi se samoreprodukuju (Skrypnek & Snyder 1980). Rano se usvajaju i veoma su otporni na promene. Ukoliko se dogodi da član određene grupe odbije da prihvati grupni stereotip, grupa održava stereotip time što se deli na subgrupe. Videti: Judd, Park & Wolsko 2001; Kunda & Oleson 1995; Richards & Hewstone 2001; Weber & Crocker 1983 prema Richard 2001.

percipiramo njihove ljudske potencijale, njihovu zrelost i njihove sklonosti itd. Iako ovaj tip diskriminacije nije tako uočljiv, pa ni tako štetan kao direktna diskriminacija, on ipak može dovesti do ozbiljnih posledica. Onima koji su diskriminirani svakako nije lako da dokažu da osim direktne diskriminacije, koja je očigledna, postoji i skrivena diskriminacija.

Statistička diskriminacija, koja se označava i kao profajliranje, podrazumeva da se opšta verovanja o karakteristikama određene grupe upotrebljavaju u kontekstu izvođenja zaključaka o tome kakve su karakterne crte pojedinaca, pripadnika grupe (Arrow 1973; Coate and Loury 1993; Lundberg and Startz 1983; Phelps 1972 prema Aniruddha 2008). Na primer, ukoliko poslodavac, na osnovu toga što određeni kandidat poseduje dosije u policiji, izvede zaključak da on zasigurno nije prava osoba za tu vrstu posla, kandidat će automatski biti diskvalifikovan, a njegove pozitivne odlike neće ni doći do izražaja. Ili, ukoliko je osoba kojoj se želi poveriti neki odgovoran posao izbeglica, dakle neko za koga se pretpostavlja da je prošao kroz traumu rata, zaključuje se da je stepen njegove/njene rezistentnosti na stresne situacije oslabljen, te mu/joj neće ni biti pružena šansa za obavljanje poslova koji zahtevaju povišen stepen izloženosti stresu.

Institucionalna diskriminacija je ugrađena u sam sistem, i ona se stoga može označiti i kao sistemska diskriminacija. Pravila se obično kreiraju na osnovu prethodnih iskustava, koja ne moraju biti adekvatno ustanovljena i često imaju notu (ili ostatke prethodnih) rasizma, seksizma, klasizma. U ovom kontekstu veoma je lako pronaći primere diskriminacije žena u okvirima mentalnog zdravlja (infantilizacija, pasivizacija, formiranje predubeđenja o dužem vremenu oporavka, kao i neke druge nepovoljnosti u prognostici u odnosu na muškarce) (Dabady 2004).

Jedna od najvećih prepreka za uklanjanje diskriminacije u sferi mentalnog zdravlja je nemogućnost njenog uočavanja na individualnom nivou. Jedan od razloga za to svakako je činjenica da individue ne mogu biti same sebi kontrolna grupa, i proceniti u praksi da li su imali bolji tretman nego neka druga grupa (Fiske 1998 prema Leary&Holl 2009). Stoga je diskriminaciju lakše objasniti ukoliko se prikupi veći broj podataka, jer se pojedinačni slučajevi mogu uvek lako odbaciti (Crosby 1984). Individue mogu takođe odbaciti diskriminaciju (odbijajući da je vide) da bi izbegli osećaj da su lošije tretirani od strane drugih, što zapravo govori i o manjku kontrole nad situacijom (Ruggerio & Taylor 1997; Taylor, Wright,

Moghaddam & Lalonde 1990 prema Plous 2003). Zbog ovih i nekih drugih razloga, češće i lakše se percipira diskriminacija nad grupom, nego nad individuom.

Pitanje moći i veza moći i jezika

Distanciranje psihijatrije, i uopšte zdravstvene struke, u odnosu na discipline kao što su istorija ili filozofija, lišilo ju je mogućnosti da spozna svu moć koju poseduje jezik. Čak i za iskusnije praktičare, čin dijagnostifikovanja bolesti predstavlja neku vrstu nužnog zla i izvodi se s pojačanom dozom opreza. Jezik se u tom kontekstu upotrebljava, pre svega, kao sredstvo saopštavanja dijagnoze, a tek potom kao sredstvo komunikacije sa klijentom.

Jezik je uključen u proces uspostavljanja i održavanja odnosa moći u društvu; ta njegova karakteristika označava se kao politički aspekt jezika. Stručna terminologija koju lekari upotrebljavaju stavlja ih u poziciju stručnih interpretatora iskustva klijenata. Upotrebom naizgled benignih reči – poput kliničko, plan lečenja, medicinski slučaj i sl. - kreira se kontekst u kom klijentova abnormalnost ili patologija bivaju stavljene u prvi plan, a lekaru je data uloga izvodjača intervencije. Moć da se zdravstveni problem definiše nalazi se, tako, u rukama lekara. Jednom označen kao abnormalan (mentalno oboleo), klijent biva odgurnut na rub društva, gde njegova individualna gledišta i interesovanja nikome nisu bitna.

Jezik i njegovi diskursi kreiraju razlike između mentalno bolesnih i mentalno zdravih. Biti označen kao lud - ili imati mentalnu bolest, prvobitno je impliciralo potrebu boravka u mentalnim ustanovama. Humanitarni, politički i finansijski pritisci su udahnuili život *modelu oporavka*. Pošto su bili vodjeni rezultatima, programi oporavka su se oslanjali na tehnike koje daju najbolje rezultate. Takav pristup podrazumevao je klijentocentričnost, postojanje goruće želje da se klijentima pomogne u procesu njihovog oporavka i u njihovoj potrazi za smislenim životnim ulogama, fokusiranje na proces njihovog integrisanja unutar zajednice, kao i određene načine intervenisanja u životnim okruženjima klijenata.

Iako su danas dostupni humaniji tretmani, a terminologija je sofisticiranija nego ranije, jezik i dalje ostaje sredstvo putem kog ljudi bivaju definisani kao abnormalni subjekti. U savremenom modelu oporavka, uloge su jasnije strukturirane, ali su moć i pravo definisanja i

dalje u rukama lekara. Takvi odnosi moći, koji se reflektuju u stručnom vokabularu, u suprotnosti su sa naporima usmerenim ka tome da se pacijenti integrišu u zajednicu i ostvare svoja prava na samoodredjenje. Tokom 60-ih godina, Fuko se bavio istraživanjem odnosa između jezika i moći. Jedan od rezultata njegove opsežne analize je i ukazivanje na mehanizme manipulisanja znanjem, kako bi se zadržale pozicije moći.

Naučne titule, kao i jezik koji upotrebljavaju, profesionalcima služe kao sredstva putem kojih se uspostavlja razlika između njih, kao subjekata kojima je data moć označavanja, i neprofesionalaca. Komunikacija profesionalca i ne-profesionalca (klijenata) može uključivati razgovor o najrazličitijim temama: ciljevima koje klijenti teže da ostvare, njihovim odgovornostima i očekivanjima, načinima na koje oni vide sebe, kako žele da se integrišu u širu zajednicu itd. Međutim, kontekst u kome se ta komunikacija odvija jasno je definisan, i kreiran je upravo uz pomoć jezika koji se upotrebljava od strane oba komunikacijska aktera, od kojih je jedan definisan kao drukčiji u odnosu na ostatak društva, a drugi predstavlja “eksperta” koji mu može pomoći da prevaziđe svoje patološke sklonosti, kako bi se reintegrirao u društvo.

Komunikacija se, u osnovi, sastoji iz slanja i primanja određenih poruka, a svaka poruka ima svoj sadržaj i formu. Sadržajem poruka prenose se informacije o činjenicama, osećanjima ili iskustvima. Kada je reč o formi poruke, njom se uspostavljaju određeni odnosi moći među učesnicima u komunikaciji. Lekareva poruka pacijentu poprima formu komande. Odnos moći između lekara i pacijenta, i njihove jasno podeljene komunikacijske uloge, kreiraju kontekst u kom je lekar, zbog svog stručnog znanja i veština, stavljen u privilegovan položaj, dok su klijentova znanja i veštine marginalizovani, bez obzira na njegova životna postignuća. Znanja i veštine mnogih ljudi koji se smatraju mentalno bolesnima prolaze, tako, neopaženo, ostajući neiskorišćena.³⁶ Nasuprot tome stoji podatak da je ljudski mozak, kako su to antropolozi pokazali, kadar da proizvede čudesne stvari, i to nezavisno od uslova u kojima čovek obitava (Pinker 2010).

³⁶Dominantna kultura ne vrednuje na adekvatan način doprinos drugih, nedominantnih kultura, kao ni doprinose marginalizovanih grupa, poput mentalno oblelelih osoba. Pridavanjem značaja njihovim znanjima i veštinama svi bismo, kao ljudi, bili jednako tretirani. Međutim, u društvu u kom živimo ne gleda se kakav je ko, već ko se (i u kojoj meri) razlikuje od drugih.

Pitanje moći u društvu promoviraju dominantni diskurs (ideje i prakse), koje često patologiziraju i devaluiraju prakse ne-dominantnih kultura i marginalizovanih grupa. Na taj način se samoproklamiraju kao predstavnici društva kada procenjuju pojedinca. Anderson navodi:

“Dominantni glas, kulturnološki izdefinisani i profesionalni obično govori i odlučuje u ime marginalizovanih grupa – rodni, ekonomskih, etničkih, političkih, rasni manjina. Bilo da je vrsta terapije izdefinisana ili ne, nekada slučajno a nekada namerno, terapeuti subordiniraju ili žrtvuju klijenta unapred izdefinisanim širem kontekstu koji je pre svega patrijarhalan, autoritaran i hijerarhijski.” (Anderson 2008, 71).

Reči i kontekst koji one kreiraju neumitno dovode do situacije u kojoj se klijent i njegovi talenti podređuju profesionalnom znanju stručnjaka. Takvu situaciju određuje sam jezik, iako se danas promoviraju programi kojima je cilj da obema stranama daju moć da se samodeterminišu i međusobno osnažuju i uvažavaju. U okviru savremenih teorija kritikuje se “mentalno ugnjetavanje” pacijenata psihijatrijskim rečnikom, pri čemu se akcentuju potrebe za umanjivanjem broja stručnih izraza i učestalijim korišćenjem reči koje bi bile u funkciji facilitatora pozitivnih promena.

Teorije moći

Među teorijama koje objašnjavaju značenje i uticaj moći, izdvajaju se *Lukasov trodimenzionalni model moći*, koji obuhvata kritiku Veberovog koncepta legitimne moći, i *Fukoovo postmodernističko shvatanje moći*. Lukasov trodimenzionalni model moći predstavlja, zapravo, neki vid razrade prethodno postojećih jednodimenzionalnih i dvodimenzionalnih modela (Barcharch & Baratz 1962). Moć je, prema Lukasovom shvatanju, socijalno strukturirana, te on u svom modelu teži uključivanju “treću dimeziju moći” (Lukes 1974, Jun 2010), koja se odnosi na njen socijalni aspekt.

Interesi onih koji su u poziciji moći i interesi onih koji su isključeni su, prema Lukasovom shvatanju, kontradiktorni, i lako mogu prerasti u konflikt. Prema Hugmanovom mišljenju, trodimenzionalni model moći reflektuje se na oblast socijalnog rada na dva osnovna

načina. Socijalni radnici ponekad nisu svesni toga da deluju iz pozicija moći, te bi trebalo ispitati na koji način oni percipiraju sebe i sopstvenu ulogu, kao i njihov stvarni položaj u okviru strukture socijalnog rada (Hugman 1991). Delovanjem u okviru sistema brige o mentalnom zdravlju, koji predstavlja deo *medicinskog mejnstrima*, socijalni radnici i sami doprinose učvršćivanju evropocentričnog, maskulinog pogleda na svet, koji se nalazi u osnovi medicinskih teorija i terapijskih ideja (Graham 2002, Hugman 2013). Ukoliko socijalni radnici ne postanu svesni činjenice da deluju unutar socijalne strukture koja isključuje manjinsku populaciju, jer je dizajnirana tako da podrži norme dominantnog društva, oni neće biti u stanju da preispituju svoj način delovanja i nastaviće s praksom isključivanja određenih delova društva.

Lukas takodje dovodi u pitanje koncept konsenzusa, čime se stvara platforma za preispitivanje Veberovog koncepta legitimne upotrebe moći i teorije komunikacije Hane Arent (1970). Lukas, nasuprot pomenutim autorima, uvodi ideju socijalne nemoći, tvrdeći da društveni konsenzus može biti prividan, budući da i sam nastaje kao rezultat delovanja društvene moći. Drugim rečima, ako je neko saglasan sa određenim akcijama koje se sprovode u okviru društva, treba da se se zapitamo šta je tu osobu na to navelo. Prema Lukasovom mišljenju, društvene pozicije profesionalaca imaju više uticaja na odluke koji ljudi donose, nego argumenti koje oni koriste kako bi opravdali sopstveno delovanje. Ovo se nameće kao centralno pitanje i u oblasti mentalnog zdravlja, jer socijalni radnici nastupaju s autoritetom nekoga ko se u svom delovaju oslanja na zakonske legislative. Korisnici servisa se usaglašavaju s time da li treba da idu u psihijatrijsku ustanovu, ili da ostanu u njoj, ne kroz svojevolsni pristanak, već posredstvom delovanja legitimne moći socijalnog radnika, a ona se zasniva na Zakonu o mentalnom zdravlju (Hugman 1991, 34).

Prema Fukoovom shvatanju, komunikacija i znanje zauzimaju centralno mesto u sistemu osnosa moći unutar društva. Fuko je, zapravo, ukazao na neraskidiv odnos znanja i moći (Foucault 1980). Značaj koji se pridaje profesionalnim znanjima marginalizuje znanja lokalnih ili potčinjenih grupa Fuko pomera fokus na mehanizme konstituisanja profesionalnog znanja i profesionalnog diskursa, smatrajući ih ključnim osloncima moći unutar društva.

2.3 Diskriminacije različitih kategorija

2.3.1. Diskriminacija žena

Seksizam, oblik diskriminacije koji favorizuje muškarce na račun žena, predstavlja jedan od najstarijih i najraširenijih oblika diskriminacije. Inkorporiran je u sve pore društva i oblasti života, počev od šireg društvenog i političkog nivoa (broj muškaraca koji zauzimaju vodeće društvene pozicije veći je od broja žena koje su na istim tim pozicijama), pa sve do privatne sfere (neplaćeni kućni poslovi koje žene obavljaju, nejednakost u pravima žena u okviru porodice, nasilje nad ženama itd.). Kao i kada je reč o drugim oblicima diskriminacije, rodne privilegije muškaraca bazirane su na binarnom modelu mišljenja i hijerarhijskim odnosima moći u okviru društva. Muškarci su privilegovani u odnosu na žene, bez obzira na svoje rasne, ekonomske i druge identitetske odlike, iako često toga nisu ni svesni.

Društveno poželjne rodne norme se, kako istraživanja pokazuju, učvršćuju čak i u uzrastu od 3 - 5 godina, i razvijaju se u pravcu društveno konstruisanih rodni uloga (Knobloch, Callison, Chen, Freidsche & Zilman 2005 prema Jun 2009). One se kreiraju usmeravanjem deteta da se igra određenim vrstama igračaka (namenjenim dečacima ili devojčicama), da nosi odeću određenih boja, kao i oblikovanjem njegovog ponašanja, u zavisnosti od toga da li je reč o dečaku ili devojčici. Učenje rodno definisanih ponašanja je nesvesno (istraživači su, fokusirajući se istraživanje medija, registrovali rodno konotirane poruke koje se prenose ogromnom brzinom - u intervalu od 300 milisekundi). Rodno definisani oblici ponašanja kod ljudi bivaju posmatrani, učvršćivani i nagrađivani mnogo pre nego što bilo ko od nas može imati svest da se to dešava (Bandura & Bussey 2004; Coie & Dudge 1998; prema: Jun 2010).

Teorija samoodredjenja, proistekla iz teorije socijalne komparacije, pokazuje da je osećaj samoodredjenja pripadnika grupe u direktnoj zavisnosti od načina na koji se samoodredjuje grupa u celini (Festinger 1954). Postoje, dakle, dva osnovna, međusobno povezana okvira samoodredjenja: *sopstveni identitet (individualni self)* i *socijalni identitet (kolektivni self)*. Komparacijom oblika ponašanja koje se odvija u okviru sopstvene grupe (u kojoj se i muškarci i žene osećaju sigurno), sa ponašanjem koje se odvija onda kada dve grupe stupe u interakciju, uočeno je da se, u drugom slučaju, rodne razlike uvećavaju (Onorato & Turner 2001). Naime, pojedinci razotkrivaju različite aspekte sopstvenog identiteta, uključujući i rodne aspekte, u

zavisnosti od osećaja prihvaćenosti, te se u tom smislu mnogo slobodnije ponašaju unutar grupe kojoj inače pripadaju.

Seksizam, koji tokom života, kroz proces rodne socijalizacije, biva pounutren, manifestuje se kroz ponašanja, verovanja i pretpostavke pojedinaca, i perpeturira se kroz različite kulturološke i organizacione strukture. Devojčice predškolskog uzrasta su, kako istraživanja pokazuju, sklone negativnijem ocenjivanju devojčica nego dečaka, što je predstavlja rezultat rane internalizovane opresije (Brown & Bigler 2004). Isto tako, pripadnici oba pola daju lošije ocene asertivnim liderkama nego liderima (Valian 2004). Internalizovani seksizam utiče na svakodnevno ponašanje oba pola, što uključuje i način na koji se odvijaju njihove interpersonalne relacije, kao i način na koji oni grade odnose sa prijateljima, saradnicima, partnerima, članovima porodice, psihoterapeutima.

Na psihoterapijskim tretmanima od žena se često može čuti da ih njihovi partneri previše kontrolišu, da ne postoji otvorenost u komunikaciji, i da odluke uglavnom donose sami. S druge strane, muškarci iznose teze da njihove partnerke sa njima žele o svemu da se dogovaraju, a oni to smatraju nepotrebnim, jer nemaju nikakvih dilema u pogledu toga kako treba postupiti (June 2010). Na nivou društva, patološki oblici ponašanja se prepoznaju kao adekvatni ili neadekvatni, u zavisnosti od rodnih uloga sa kojima su povezani, te se na njih shodno tome i reaguje. Patološke manifestacije kod muškaraca i žena se često veoma razlikuju. Samodestruktivno ponašanje, socijalna izolacija i osećaj inferiornosti javljaju se češće na kliničkim kartonima pacijentkinja, dok su kod pacijenata zastupljenija antisocijalna ponašanja i destruktivnost (Dohrenwend & Dohrenwend 1969).

Praktičari u oblasti mentalnog zdravlja, kao i budući psihoterapeuti i savetnici, trebalo bi da imaju u vidu sva obeležja i manifestacije seksizma, kao i njegove moguće reperkusije. Mnogi oblici neadekvatnog ponašanja, uključujući i rodno neadekvatno ponašanje, zakonski su sankcionisani, što nikako ne znači da je taj problem rešen. Kako bi se ostvario napredak u suzbijanju seksizma potrebno je razumeti kontekst njegovog javljanja i mehanizme putem kojih se on sprovodi, ali i analizirati uzroke njegove prisutnosti u svakodnevnom životu.

2.3.2 Diskriminacija LGBT populacije heteroseksizam i homofobija

Heteroseksizam je socijalno konstruisana sistemska prednost data heteroseksualnim osobama na osnovu njihove seksualne orijentacije, koja uključuje heteroseksualna predubeđenja, diskriminaciju i predrasude. Takođe se odnosi na minimalizaciju njihovih prava, njihovu marginalizaciju i podrazumeva sistemska opresiju nad ne- heteroseksualcima (Blumenfield 2000; prema: June 2010). Heteroseksizam je ugrađen u pravni, edukativni sistem, sistem vlasti, zdravstva, nauke i kulture i na taj način reguliše standarde, zakone, pisana i nepisana pravila koja favorizuju heteroseksualne osobe.

Ideologija heteroseksizma nije zasnovana na činjenicama, već na mitovima koji su u funkciji održavanja dihotomne slike sveta, koja podrazumeva da su neke stvari ili ispravne ili neispravne, da se treba opredeliti ili „za“ ili „protiv“ nečega ili nekoga. Na sličan način perpetuiraju se i drugi „izmi“ – seksizam, klasizam, ejdžizam itd. Neheteroseksualno opredeljenim osobama formativni period obično prolazi traumatično, jer su one najčešće odbačene od strane porodice i/ili dela društva. Pored toga, njihova borba se odvija na unutrašnjem planu, u sferi internalizovanog heteroseksizma, jer nesvesno usvajaju vrednosni sistemi dominantne grupe, a to za posledicu ima urušavanje pozitivne slike o sebi.

Homofobija podrazumeva postojanje iracionalnog straha od homoseksualnosti, koji može varirati od osećaja nelagodnosti do intenzivne mržnje. Takva osećanja kod osobe mogu poticati iz njenog straha da će, ukoliko ne pokaže da je „protiv homoseksualaca“, i sama biti smatrana homoseksualcem, ili pak usled njene nesigurnosti u pogledu sopstvene seksualne orijentacije (Adams, Wright & Lohr 1996). Većina pripadnika/pripadnica privilegovane kategorije nije svesna sopstvenih privilegija, te im je teško da razumeju probleme s kojima se suočavaju pripadnici diskriminiranih grupa. Politički aktivizam pripadnika LGBTIQ zajednice puno je doprineo unapredjenju njihovih prava i položaja. Međutim, i u samoj toj zajednici postoji puno podela i neslaganja.

Osobe biseksualne orijentacije diskriminisane su kako u krugovima heteroseksualaca, tako i od strane homoseksualaca i lezbejki, jer se na njih sa obe strane vrši pritisak da se „opredele“ (Adams 2009 prema Witten& Eyler 2012). I pripadnici transrodne zajednice nailaze na sličnu vrstu problema. Neke od transrodnih osoba opredeljuju se za promenu anatomije

operativnim putem, dok se druge zadržavaju u okviru anantomije svog pola. Njihova seksualna orijentacija takodje varira, krećući se od heteroseksualnosti, preko biseksualnosti, do homoseksualnosti. Njihov osećaj samoodredjenja je takodje usmeravan binarnim, hijerarhijskim modelom mišljenja.

Pružanje otpora heteronormativnosti uključuje sledeće aspekte:

- Dekonstruisanje neadekvatne, heteronormativne slike sveta, koja se bazira na binarnom modelu mišljenja;
- Prihvatanje činjenice da se nečija seksualna orijentacija može shvatiti jedino kroz odnos sa drugim aspektima identiteta te osobe (rasnom, klasnom i polnom/rodnom pripadnošću, njegovim/njenim životnim dobom, religijskim opredeljenjem itd.);
- Svest o uticaju koji dominantni, opresivni diskurs ostvaruje na individualnom, interpersonalnom i institucionalnom nivou;
- Spremnost za napuštanje “linije manjeg otpora”, jer ovakva vrsta stava održava status quo (Jun 2010).

Načini pružanja otpora ideologiji heteroseksizma mogu biti različiti. Na individualnom nivou, podršku osobama neheteroseksualne orijentacije možemo pružiti time što ćemo i sami aktivno učestvovati u diskusijama o ovim i sličnim pitanjima, kad god i gde god nam se za to pruži prilika. Na interpersonalnom nivou, podršku im možemo pružiti putem iskrenih, empatijski vodjenih razgovora, koji u njima neće buditi osećaj krivice zbog njihove pripadnosti neheteroseksualnoj grupi. Možemo, takodje, pružiti doprinos njihovom nastojanju da promene sistem u okviru kog doživljavaju opresiju i bivaju diskriminirani, ukoliko se aktivno uključimo u njihovu političku borbu.

2.3.3 Diskriminacija osoba s invaliditetom

Invaliditet podrazumeva to da kod neke osobe postoje određene vrste oštećenja i da su njene mogućnosti funkcionisanja ograničene, što može biti urođeno ili stečeno tokom života. Ova pojava ima socijalne, psihološke i političke aspekte, a oni stoje u vezi sa ograničenjima koja se javljaju prilikom socijalnih interakcija u koje osobe sa invaliditetom stupaju, odnosno sa

njihovim ograničenim društvenim mogućnostima. Takve prepreke mogu biti tehničke ili fizičke prirode (nepostojanje ulaza ili lifta koji su namenjeni osobama sa invaliditetom i sl.), ili pak mogu biti povezane sa stavovima i predrasudama na osnovu kojih se procenjuje da su oni nemoćni, ili pak manje vredni od drugih.

Termini disejblizam i ejblizam koriste se kako bi se pojasnili procesi koji nastaju u kontekstu invaliditeta. Disejblizam je fokusiran na produkciju invaliditeta i predstavlja „set pretpostavki i praksi kojima se promovise različit i nejednak tretman pojedinaca, zbog njihove aktuelne ili pretpostavljene invalidnosti“ (Campbell 2008, 154). Za razliku od njega, ejblizam se bazira na „verovanju da je nedostatak inherentno negativan, što znači da bi se on, ukoliko postoji takva mogućnost, trebao poboljšati, izlečiti ili eliminisati“ (isto). Dakle, akcenat je na inferiornosti grupe, jer se smatra da poseduje određeni nedostatak. On se predstavlja kao neka vrsta defekta, koji bi se trebao hitno ukloniti (Gill 1995; prema: June 2010).

Diskriminacija osoba koje imaju određene nedostatke (fizičke ili psihičke prirode) predstavlja složen i multidimenzionalan problem. Ejblizam, zapravo, podrazumeva mnogo više od diskriminacije – reč je o sistemskom protežiranju prava osoba bez invaliditeta, na račun onih koji ga poseduju. Ejblizam, kroz procese vaspitanja i socijalizacije, duboko prodire u celokupnu kulturu i predstavlja njen neraskidiv deo (Campbell 2008).

Individualizam i lična odgovornost deo su ideologije neoliberalizma, u kome se svako bori sam za sebe kako bi konzumirao ono što društvo ima da mu ponudi. I sam ejblizam zasnovan je na medicinskom modelu na osnovu kog se pretpostavlja da se nedostaci, ukoliko postoje, moraju popraviti (izlečiti). Osoba koja poseduje određeni nedostatak u obavezi je da ga popravi, kako bi se sebe učinila što sličnijom onima koji ga nemaju. Za razliku od medicinskog modela, socijalni model kritički preispituje strukturni i institucionalni ejblizam, u cilju prevazilaženja prepreka koje oni nameću, što uključuje i unapredjenje fizičkih uslova i promenu zakona. Ovaj model polazi od pretpostavke da invalidnost predstavlja socijalni konstrukt, a ne bilošku činjenicu. Odgovornost da se određeni nedostatak popravi je, dakle, na samom društvu.

Osobe koje imaju neki od oblika fizičke invalidnosti pored poteškoća u funkcionisanju moraju se boriti i protiv predrasuda o svojoj intelektualnoj zaostalosti. Oni su, tokom procesa socijalizacije, i sami usvojili verovanje da su neadekvatni, te im diskriminacijom ove vrste kapaciteti bivaju dodatno umanjeni, što ih čini izuzetno ranjivima (Schultz & Dekker 1985;

prema: Jun 2010). Osobe sa poteškoćama u učenju (za koje se često pogrešno veruje da pate od nedostatka intelektualnih sposobnosti), više napreduju u situacijama kada nisu kritikovani i ocenjivani. Kako istraživanja pokazuju, mnogi od njih u stanju su da znatno unaprede svoje veštine čitanja i pisanja u situacijama kad rade s decom, jer im ona pružaju bezuslovnu podršku.

Ovakva vrsta stavova proizvodi se, između ostalog, putem poruka koje dolaze iz javne sfere, posebno iz medija. Elita kontroliše mehanizme predstavljanja i reprodukcije, upotrebu kolektivnih simbola, kao i javni diskurs. Na nivou sadržaja, određuje se šta se može (a šta ne može) iznositi u javnosti, na pragmatičnom nivou uspostavlja se sistem kontrole nad govornim činovima, na semantičkom nivou dominantna grupa kontroliše sopstveno javno predstavljanje. Dok se jednima daje prednost, drugi bivaju canzurisani kroz postupak negativnog predstavljanja.³⁷

Ovakav način mišljenja karakterističan je kako za institucije i pojedince, tako i za profesionalce koji rade u zdravstvenim službama. Neposedovanje ni jednog od oblika invalidnosti uzima se, u datom kontekstu, kao kriterijum za ispravnost nečijeg mišljenja, što predstavlja jasan pokazatelj hijerarhijskog obrazca mišljenja. On je duboko uvrežen, neosvešćen je i automatski se aktivira. Kao takav, on predstavlja rezultat nesvesnog procesuiranja stereotipa, predrasuda i diskriminativnih oblika ponašanja, koji predstavljaju jedan od načina implicitnog učenja (Dovidio & Gaertner 2000).

Binarni model mišljenja oslanja se na suprotstavljene kategorije, a društveni odnosi zasnovani na principu hijerarhije tome pridodaju dimenziju merenja i procenjivanja. Primena holističkog pristupa jedan je od načina suprotstavljanja ovakvoj vrsti gledišta, jer se u okviru njega polazi od pretpostavke da svaka osoba ima mnoštvo kvaliteta (intelektualnih, kreativnih, umetničkih itd.). Ukoliko prilikom procenjivanja ne uzimamo u obzir samo invaliditet osobe, već sve njene kvalitete, ejblizam neće moći da opstane. Kako bi se on dekonstruisao, neophodno je da praktičari osveste sopstvenu privilegovanu poziciju, kao osobe koja je u ulozi pomagača, i da preispitaju sopstvene kulturološke pretpostavke (Smith et al. 2008).

³⁷Semantički postupci koji se primenjuju u vezi sa osobama sa invaliditetom se, kako Van Dejk navodi, mogu podeliti u četiri kategorije: a) očigledno poricanje (“Nemam ništa protiv njih, ali...”); b) očigledno dopuštanje (“Naravno da ima pametnih osoba sa invaliditetom, ali...”; Ili: “Naravno da oni mnogo toga mogu učiniti samostalno, ali im je ipak potrebna pomoć”); c) transfer (“Ja ne mislim tako, ali moji prijatelji smatraju da...”); d) kontrast (“Mi ne možemo da se zaposlimo, a za njih se otvaraju radna mesta.”) (Lago & Smith 2004)

Takodje, neophodno je da se socijalni model uključi u sistem brige o zdravlju, što podrazumeva kognitivno restrukturiranje shvatanja koja su inkorporirana u medicinskom modelu, a sve u cilju ostvarivanja jednakih uslova lečenja za sve pacijente, bez obzira na to da li oni imaju neki od oblika invaliditeta ili ne (Jun 2010). Kada je reč o promenama na institucionalnom planu, neophodno je da se donosioci odluka edukuju i senzibiliju, kako bi se upoznali sa konceptom ejblizma, kao i sa njegovim štetnim posledicama.

2.3.4 Rasna diskriminacija

Originalno značenje pojma rase izvedeno je iz biogenetičkih varijacija čovekovog organizma, pre svega iz njegovih fenotipskih karakteristika, kao što su boja kože, očiju ili usana. Rasne i biološke razlike medju ljudima su neznatne (mogu se izraziti procentom od 0,1%), ali im društvo pridaje veoma širok značaj (kao da one čine 99,9 % ljudskih različitosti). Do socijalnog konstruisanja pojma rase dolazi usled nedostatka argumenata kojima bi se na adekvatan način objasnile razlike medju ljudima, ali je to, takodje, i jasan pokazatelj težnji jedne rase da dominira nad drugom (Smeadley & Smeadley 2005). Prednosti koje se, s obzirom na njihove pretpostavljene rasne kvalitete, daju osobama bele boje kože, sistematski se osnažuju predrasudama i stereotipima o postojanju navodno slabijih sposobnosti kod pripadnika drugih rasa.

Privilegije koje pripadnici bele rase imaju obično su neosveščene i negativno se odražavaju i na njih same. One čine da kod njih jačaju pogrešna uverenja o sopstvenim „višim sposobnostima“ u odnosu na druge, što lako može dovesti do pojave osećanja krivice i griže savesti. Iako je rasa socijalno konstruisan pojam, kojem nedostaje stabilno biološko uporište, i dalje se veruje da on ukazuje na nešto što je „prirodno dato“. To dovodi do diskriminacije, ali i do nemogućnosti da se društveno klasifikuju osobe koje pripadaju tzv. mešovitim rasama.

Jedan od uzroka nastanka ovakvog načina razmišljanja traži se metaanalizom unutargrupnog i izvangrupnog percipiranja drugih, pri čemu se favorizuju pripadnici svoje grupe. Asimetrična percepcija i greška atribucije koja usmerava mišljenje *ja* vs *drugi* uzima se kao podloga unutargrupnog favorizovanja, koje je povezano sa etnocentrizmom (Pronin, Gilovic & Ross 2004). Proces učenja kroz socijalizaciju utiče na pojavu visokog stepena konformiranja (i

neprihvatanja drugih grupa koje se ne konformiraju) još kod petogodišnjaka (Abrams, Rutland & Cameron 2004 prema Jun 2009). Što je jače identifikovanje sa pripadnicima sopstvene grupe, to se pre članovi izvan nje doživljavaju kao pretnja. S obzirom da su i drugi faktori (naročito rodni i socijalni) uključeni u stepen privilegovanosti, stoga će se žena bele kože koja živi na društvenoj margini, ili muškarac prinuđen da živi na ivici egzistencije, svakako osećati nedovoljno privilegovani i začuđeni ako im se na to ukaže. Iako su obe pojave socijalno kontruaisane i međuzavisne velika je razlika između privilegije i opresije.

Već sama činjenica da boja nečije kože nije bela, stavlja tu osobu u poziciju da postane potencijalna žrtve rasne opresije (rasizma). Za razliku od pripadnika ne-belih rasa, pripadnici bele rase dobijaju određene privilegije na osnovu boje svoje kože, ali mogu, s druge strane, biti diskriminirani po bilo kom drugom osnovu (klasi, rodu, seksualnom opredeljenju itd.) (Johnson 2006). Privilegije koje uživaju pripadnici bele rase uključuju, između ostalog, mogućnost da se školuju i kupuju nekretnine, mogućnost da sebi obezbede dobar posao i imaju olakšan pristup institucijama (uključujući institucije za mentalno zdravlje) itd. Naravno, to ne znači da je osobi koja ima takve privilegije garantovano dostizanje uspeha i prosperiteta, ali joj se svakako pruža više životnih alternativa. U slučaju ne-belih rasa pounutreni mehanizmi opresije prenose se sa roditelja na decu, zajedno i sa sistemima vrednosti u okviru kojih su diskriminirani. Roditelji to ponekad i svesno čine, kako bi amortizovali sopstvena loša iskustva i pomogli svojoj deci da se integrišu u savremeno, multirasno i multikulturno društvo (McHale et all 2006).

Kao i kada je reč o drugim oblicima diskriminacije, postoji razlika između eksplicitnog i implicitnog rasizma. *Implicitni rasizam* podrazumeva to da se rasistički postupci i stavovi produkuju nesvesno, dok se na eksplicitnom nivou izražava otvorenost i prihvatanje na rasnoj osnovi. Iako, u nekim slučajevima, kod opresora može postojati jasna namera da pri svom delovanju izbegne reprodukovanje rasističkih stavova, do toga ipak dolazi automatskim aktiviranjem nesvesnih procesa. U takvim slučajevima, rasistički stavovi se reprodukuju van kontrole subjekta (Bhaskar 2001 prema Jun 2009). Proces ukidanja rasizma podrazumeva, stoga, osveščivanje i dekonstruisanje šireg društvenog konteksta. U njegovoj osnovi nalazi se binarni model mišljenja, princip na kom deluju mnoge štetne društvene pojave.

Transformativno učenje je pojam koji podrazumeva proces učenja u kome subjekt biva osposobljen za različite načine tumačenja društveno konstruisanih fenomena. On uključuje i preoblikovanje do tada stečenih uverenja i načina mišljenja, učenjem kako da se *misli drukčije*.

Stoga je zadatak praktičara koji deluju u oblasti brige o mentalnom zdravlju da preispituju sopstvene uvrežene stavove, da vode *unutrašnji dijalog*, i da osveste i dekonstruišu sopstvene misaone obrasce. To se, izmedju ostalog, može učiniti i *evociranjem sopstvenih iskustava opresije*.

Praktičari koji su voljni da prodju kroz ovaj proces stiču nove uvide, osnažuju sopstvenu moć empatije, i u stanju su da bolje razumeju kako se osobe drugačije boje kože osećaju kada su diskriminirani. Važno je, takodje, da se praktičari kritički odnose naspram postojećih zakona i institucija zbog njihovog nejednakog odnosa prema članovima društva, kao i da budu spremni da se s tim problemom direktno suoče u svom profesionalnom radu. Jedan od najvažnijih faktora svakako je direktna *uključenost i prisutnost* praktičara u radu sa pripadnicima drugih rasnih grupa. Lična involviranost praktičara, kako istraživanja pokazuju, dovodi do smanjenja rasnih predrasuda, te se smanjuju mogućnosti za nastanak bilo koje forme rasne diskriminacije (Jun 2010).

2.3.5 Klasna diskriminacija

Kontekstualni faktori klase su kompleksni i komplikovani zbog multiplih determinanti, subkategorija, višestrukih značenja i negiranja svog postojanja kao što je to slučaj u pojedinim društvima poput SAD (Langston 2000). Jedan od mitova o mogućnosti prevazilaženja klasnih razlika, ispoljavanjem vrednosti visoko kotiranih u američkoj kulturi, je mit o „američkom snu“. Ono što se zapravo tada dogodilo je da su, migriranjem u Ameriku, Britanci sa sobom poneli zaleđe svojih klasnih rezervi (znanja, veštine, novac, kontakte), te su pripadnici viših klasa nastavili da vladaju, siromašniji da rade, ali se otvorila mogućnost kreiranja nove *srednje klase* kojoj je ostavljeno prostora za malo manipulacije u svojim okvirima.

U okviru jedne klase mogu postojati različite klasne odlike, a one zavise od unutrašnjih statusnih razlika. Pripadnost klasi određena je visinom prihoda pojedinca, dok se njegov status određuje u zavisnosti od njegovih društvenih uloga i stila života (lifestyle). Klasizam predstavlja jedan od oblika diskriminacije, jer podrazumeva situaciju u kojoj se pripadnicima više i sredne klase pružaju određene vrste privilegija u odnosu na pripadnike nižih klasa. Državni i pravni akti, zakoni i institucionalno određena pravila i propisi, formulisani su tako da štite prava jednih, a idu na štetu drugih (Liu, Soleck, Hopps, Dunston & Pickett 2005).

Postojeće privilegije, kao i institucionalno produkovana opresija, rezultat su socijalno konstruisane hijerarhije i jasno definisanih klasnih odnosa koji se zasnivaju na nejednakosti. Klasizam počiva na odnosima moći, u okviru kojih se sistemski negiraju potrebe pripadnika nižih klasa, jer su oni percipirani kao ljudi koji se nalaze na kraju „lanca ishrane“. Predrasude koje su prisutne u okviru nižih instanci socijalne strukture, a usmerene su ka višim instancama, nemaju jednaku težinu kao predrasude o ovih drugih, jer njima je onemogućen pristup izvorima društvene moći putem kojih bi eventualno mogli ugroziti održanje postojećeg sistema.

Privilegije koje su kod pripadnika viših klasa internalizovane, još tokom detinjstva, postaju deo sistema vrednosti i očekivanja (uzimaju se zdravo za gotovo, bez promišljanja o nepravdi i nepravilnoj raspodeli resursa u društvu), sem ukoliko ne postoji društvena – klasna svest. Na sličan način niže socioekonomske klase internalizuju opresiju prihvatajući svoje trenutne mogućnosti unutar klase i sistema (u nekom procentu slučajeva). Manja očekivanja od društva, pa i od sebe, mogu uticati na formiranje određenih karakteristika ili životnih uverenja o konstantnoj težini života, teškom dostizanju uspeha i zadovoljstva, ambivalencijama u odnosu na svoje želje i potrebe. Psihoterapeuti i savetnici treba da budu u stanju da prepoznaju određene odlike ispoljavaja ličnosti kroz stavove i uverenja koja su klasno obojena.

Pripadnici nižih klasa diskriminisani su na osnovu svog nižeg stepena obrazovanja, nedostatka znanja i iskustva itd. Takođe, do njihovog diskriminisanja dolazi u situacijama kada se od njih očekuje da se elokventno, ili bar adekvatno izražavaju, za šta oni nisu osposobljeni. Do takvih situacija dolazi prilikom njihovih kontakata s pripadnicima srednje klase (između ostalog, i u kontekstu psihoterapijskog tretmana), te se oni, nakon takvih kontakata, osećaju manje vrednima. Opšte je mišljenje da pripadnici niže klase nisu u stanju da razumeju i usvoje način života koji je drugačiji od njihovog; predrasude u vezi s tim su vrlo izražene.

2.3.6 Interseksijalnost klase, roda i seksualne orijentacije

Analiza pitanja i problema koji proističu iz klase obično se previdja (ili se smatra nedovoljno značajnom) u slučajevima kada se klasna opresija, za koju se veruje da ju je najlakše prevazići, javlja u kombinaciji s drugim vrstama opresije (rodno i raso zasnovanom opresijom, opresijom zasnovanom na seksualnoj orijentaciji itd.).

U visoko klasnim društvima siromaštvo jednako pogadja sve pripadnike niže klase, bez obzira na njihovu rasnu pripadnost ili seksualnu orijentaciju. Belom muškarcu koji ima minimalna primanja i „jedva sastavlja kraj s krajem“ veoma je teško da o sebi misli kao o nekome ko ima bilo kakvu vrstu privilegija (u kapitalističkom, tržišnom sistemu, njegove mogućnosti su veoma skućene). Prilikom razmatranja klasnih pitanja potrebno je uzeti u obzir i rodnu dimenziju, u suprotnom, pitanje rodniĸ odnosa će ostati zanemareno (Celement & Myles 1994). Slićno tome, jedna žena afroamerićkog porekla neće smatrati da su pitanja koja se postavljaju u okviru feministićeke teorije za nju u bilo kom smislu relevantna, ukoliko feminizam ostane fokusiran iskljućivo na probleme belih žena srednje klase. Naćin na koje se reprodukuju rodni i klasni sistemi vrednosti zavisi i od politika koje se vode na mikro nivou, kao i od kulturno utvrdjenih normi ponašanja u odredjenoj sredini.

2. 4 Oblici socijalne kontrole devijacija – stigmatizacija

Devijacijama ili devijantnim oblicima ponašanja se smatraju različiti nivoi odstupanja od normi koje propisuje samo društvo. Među devijantnim oblicima ponašanja, mentalna oboljenja spadaju u visoko socijalno devijantna, bar kada su po sredi stepen izolacije (odbacivanja) pojedinaca koje društvo praktikuje, raširenosti stereotipa o mentalno obolelima kao i njihova konstantna stigmatizacija.

Različiti oblici i stepeni društveno devijantnog ponašanja izazivaju i različite reakcije, zavisno od stepena ugroženosti ili odbojnosti koje društvo percipira, ali i zavisno od istorijskog perioda, te vrednosnih određenja koja su za taj period karakteristićna. Zarad percipirane opasnosti po celo društvo, uvedene su mere socijalne kontrole, koje se mogu odrediti kao mehanizam putem koga kako individue, tako i samo društvo prevenira i umanjuje mogućnosti i efekte devijantnog ponašanja. Kontrola se vrši putem normi i vrednosti, ćime se održavaju društveni red i moral, koji su stožeri stabilnosti društvenog sistema. Osnovna tri tipa socijalne kontrole koje se sprovode u društvu su: *reparacija*, *stigma* i *tolerancija*.

Reparacija je mehanizam socijalne kontrole koji služi održavanju društveno definisanih razlika izmedju pojedinaca koje društvo percipira kao devijantne, i pripadnika većinskog društva. Reparacija se sprovodi na različite načine – putem kazni (ćija je svrha da koriguju trenutne devijantne oblike ponašanja pojedinca), različitiĸ vidova pružanja medicinske pomoći, edukovanja, pa i privremenog izolovanja (u slućajevima kada se proceni da je ponašanje

pojedince devijantno u tolikoj meri da ono postaje opasno po ostatak zajednice). Ovaj pristup nije ni previše oštar, niti previše popustljiv, i podsticajan je u smislu pokušaja zajedničkog pronalaženja rešenja za problem; može se reći da je, u psihološkom smislu, izbalansiran (Dijker & Koomen 2007).

Tolerancija, kao oblik socijalne kontrole, podrazumeva kapacitet društva da prevaziđe i/ili kontroliše negativne reakcije na određene oblike ponašanja, bez obzira na to što se prema njima ima negativan stav. Iz toga, kako to tumače Vilijams i Hejd, proizlazi da se na nivou društva pretpostavlja (pa i priželjkuje) da će se devijantni oblici ponašanja nastaviti, uprkos negativnoj reakciji društva, samo zato da bi mehanizam tolerancije i dalje bio na snazi.

Filozofska osnova ovakve vrste kontradiktornosti nalazi se u razdvajanju postupka određene osobe i same te osobe. Iako se na devijantan postupak reaguje negativno, devijantna osoba se, uprkos tome, uvažava. Za razliku od reparacije, tolerancija podrazumeva da je društvo, a ne pojedinac, to koje treba da se menja ili prilagodjava. Kada je reč o ovom istraživanju, mehanizam stigmatizacije je posebno važan, te će mu biti posvećena posebna pažnja.

2.4.1 Stigmatizacija mentalno obolelih

Stigmatizacija, za razliku od reparacije, predstavlja oblik socijalne kontrole u kom se ne pravi razlika između same osobe i njenog devijantnog ponašanja, niti se to ponašanje doživljava kao trenutno. Zapravo, stigmatizacija se odnosi na postupak izolovanja (isključivanja) pojedinaca iz društva. Kako bismo razumeli na koji način stigma utiče na zdravlje i percepciju mentalno obolelih osoba, neophodno je ukazati na mehanizme njenog funkcionisanja.

Pojam stigme se može odrediti na različite načine, ali se suština te pojave može izraziti vrlo jednostavno: Reč je o načinu percepcije koji diskredituje celokupnu ličnost, svodeći je isključivo na svojstvo zbog kog ona odstupa od prototipa i/ili preovladjujuće norme. Društvo uspostavlja kriterijume za kategorizaciju ljudi, određujući skup karakteristika koje se smatraju društveno poželjnim. Kako Gofman navodi, postoje tri osnovna kriterijuma tog tipa: 1) “tribalni” identitet (rasa, pol, religija, nacija); 2) individualne karakteristike osobe (slabost volje, “neprirodne strasti”, rigidna uverenja – upravo ona se javljaju kod mentalno obolelih osoba, kao i kod ovisnika); 3) fizički deformitet (Gofman 2009).

Stigma duševnog poremećaja predstavlja jedan od primera negativnih stereotipa. Ona se, kako iznosi Kecmanović, automatski aktivira i otporna je na promenu (Kecmanović 2012). Upoređujući stigmatu i negativne predrasude o mentalnim bolestima, isti autor zaključuje da stigma predstavlja, zapravo, neku vrstu konkretizacije kolektivnih predstava o karakteristikama ljudi sa duševnim poremećajima. "Bez obzira na to da li se negativni stereotipi razvijaju kroz socijalno učenje, ili predstavljaju kategorije bez kojih je teško zamisliti odvijanje kognitivnih procesa, bez obzira na to da li oni predstavljaju racionalizacija status quo-a, ili opravdanje negativnog stava prema određenoj grupi, oni u svakom slučaju igraju bitnu ulogu u obezvređivanju stigmatizovanih osoba" (Kecmanović 2012, 188).

Stigmatizacija ima odlike *univerzalnosti* (ima je u svim slojevima društva, i nema osobenosti u demografskim karakteristikama) i *globalnosti* - raširena je praktično u svim zemljama sveta (Hinšo, prema Kecmanović 2012). S obzirom na upornost i ukorenjenost njenog intenziteta i moći pomalo je neočekivano da je razvoj moderne tehnologije (bolja obaveštenost i informisanost) nije ublažila, što govori o tome da je suština u nečem drugom. Socijalno distona priroda simptoma duševnog poremećaja čini da se doživljaj osoba s mentalnim poremećajima kao *nerazumnih, nerazumljivih i nepredvidivih* smatra ugrožavajućim, stoga stigma ima funkciju odbrambene strategije i karakter društvene norme.

2.4.2 Teorije o poreklu stigmatizacije

Teorija o biokulturnom poreklu stigme, koju su izneli Stiven Nojberg i Ketrin Kotrel (Neuberg, Cotrell 2006; prema: Kecmanović 2012), kao i evolucionistička teorija Roberta Kurcbana i Marka Lerija (Kurzman & Leary 2001; prema: Kecmanović 2012) polaze od zajedničke pretpostavke o adaptibilnoj funkciji stigme. Razvoj formi društvenosti obezbeđuje lakši pristup sticanju znanja, moći i ugleda, koji u krajnjoj instanci služe finansijskoj održivosti i zaštiti potomstva, te se u okviru evolucionističkog pristupa ističe važnost tih dimenzija realnosti. Mentalno obolele osobe su oštećene na nivou svoje interakcije s drugima, te je zbog njih "društveni saobraćaj" ugrožen u verbalnom i simboličkom smislu (ukoliko sledimo predloženu "saobraćajnu metaforu", možemo reći da kod mentalno obolelih osoba otežano funkcionišu "kočnice u komunikaciji"). Takođe, oni dovode u pitanje način na koji funkcioniše mehanizam

adaptacije, koji je, po mišljenju pomenutih autora, važan za opstanak pojedinca u društvu (Kecmanović 2010).

Teza prema kojoj stigmatizacija predstavlja *mehanizam putem kog se društvo suprotstavlja neredu i smrti*, ispituje njene dublje korene. Ponašanje mentalno obolelih osoba se, kako Hiršo navodi, doživljava kao pretnja raspadanjem i nepostojanošću (privremenošću), te se na njega reaguje strahom, na sličan način kao što se reaguje i na prisustvo smrti (Hinshaw 2008; prema: Thornicroft 2008). Stoga je funkcija stigmatizacije, pre svega, očuvanje stabilnosti i otklanjanje osećaja pretnje i straha. Oni koji žele da veruju da je svet u kom živimo suštinski pravedan, zaključice da je mentalna bolest neka vrsta “kazne”, koju su mentalno obolele osobe na neki način zaslužile. Reč je o vrsti odbrambenog mehanizma koji se aktivira kako bi oni, koji za sebe veruju da su “dobri”, “odagnali zlo”, pri čemu se mentalno obolele osobe, koje su indirektno označene kao “loše”, na simboličan način “odstranjuju” iz društva.

Stigmu, kako Radin navodi, možemo ukloniti ukoliko uklonimo njen biološki i psihološki uzrok – samu bolest. Dublji uzrok stigme je, međutim, društvene prirode. Treba ga potražiti u sistemu vrednosti zapadne kulture, u okviru kog se promovišu autonomija, racionalnost, samokontrola, lični identitet i psihološki integritet (Raden 2000). Prema Adornovom shvatanju, motiv da se drugi stigmatizuju rađa se iz ega, odnosno iz potrebe da se uzdižu pripadnici sopstvene grupe (Taifel 1981).

2.4.3 Kako stigma utiče na mentalno zdravlje?

Kako je već rečeno, negativni uticaji stigme na mentalno zdravlje pacijenata su višestruki, i predstavljaju jedan od ključnih uzroka *drop out-a* sa psihoterapijskog lečenja. Zbog straha da će biti etiketirani ili stigmatizovani, ljudi koji bi mogli imati koristi od psihoterapijskog tretmana ne odlučuju se za njega. Osobe koje imaju psihičke probleme su, kako istraživanja pokazuju, izloženije riziku od stigmatizacije, nego što je to slučaj sa onima koji imaju druge vrste zdravstvenih problema (Corrigan et al. 2000; Weiner, Magnusson & Perry 1988). U okviru oblasti mentalnog zdravlja, psihotične osobe su češće stigmatizovane od ljudi koji pate od anksioznosti ili depresije (Pescosolido, Monahan, Link, Stueve & Kikuzawa 1999).

Istraživanja pokazuju da 40% osoba dijagnostikovane da boluju od šizofrenije često ne nastavljaju započeto lečenje (Regier et al. 1993), a isto toliki procenat ne uspeva da redovno

uzima prepisane antipsihotike (Cramer & Rosenbeck 1998). Simptomi koji se percipiraju kao tipični za određeni vid patološkog ponašanja (ili se stereotipno smatraju tipičnim za ludilo uopšte), poput bizarnog ponašanja ili afektiranja, automatski izazivaju negativne reakcije (Link, Cullen, Frank & Wozniak 1987; prema Kecmanović 2012). Istraživanja su ustanovila da se kao značajni uzrok stigmatizacije javljaju oslabljene socijalne veštine (Bellack, Mueser, Morrison, Tierney & Podell 1990; Mueser, Bellack, Douglas & Morrison 1991; prema: Kecmanović 2012).

Na osnovu istraživanja ustanovljeno je i da etiketiranje vodi ka stigmatizaciji (Jones et al 1984; Link 1987; Scheff 1974 prema Regier 1993). Do njega može doći jer su se, u socijalnom okruženju u kom osoba živi i deluje, proširile informacije o njenoj bolesti (to je mogao, na primer, učiniti psihijatar, ili se to moglo desiti po principu nečijeg “samostalnog zaključivanja”). Stigmatizacija pokreće delovanje stereotipa, a oni se, kako je već rečeno, ne oslanjaju na činjenice, već predstavljaju neku vrstu uprošćene, krajnje svedene predstave o karakteristikama određenih grupa ljudi (Corrigan 2003).

Stereotipi o osobama koje imaju mentalne poteškoće uključuju ideje o njihovom nasilnom ponašanju (veruje se da su oni opasni i da ne poseduju samokontrolu) i o različitim vrstama njihovih nesposobnosti (veruje se da oni nisu u stanju da samostalno žive i rade, kao ni da brinu o sebi), a često se baziraju i na mehanizmu “okrivljavanje žrtve” (veruje se, naime, da su oni sami krivi za stanje u kom se nalaze, jer nisu u stanju da se “otrgnu” od svoje bolesti) (Gilly 2009). Stereotipi, koji uključuju kognitivnu komponentu, kao i predrasude, koje podrazumevaju afektivnu komponentu, zajedno proizvode reakciju u vidu diskriminisanja i izbegavanja onih za koje verujemo da su neadekvatni, nedovoljno vredni ili loši. Jedan od najvećih izazova savremene psihijatrije je stoga, kako navode Sartorijus i Šulce, savladavanje stigme (Kecmanović 2012).³⁸

Osobe sa mentalnim problemima su, takodje, sklone autostigmatizaciji, jer imaju nizak stepen samopoštovanja. Oni vremenom usvajaju način na koji su percipirani od strane drugih, da bi, potom, kroz proces pounutranjavanja, to postalo deo njihove samopercepcije (Link 1987, Link & Phelan 2001 prema Gilly 2009). Stigmatizovanim osobama društvo nameće identitet koji oni

³⁸Za mentalno obolele osobe je posebno problematično ukoliko ih stigmatizuju njihovi poslodavci, stanodavci, ili bilo ko drugi ko može uticati na kvalitet njihovog života. Strah od stigmatizovanja se postavlja kao najveća prepreka pred osobe (posebno adolescente i osobe starije od 65 godina) kojima je potrebna stručna pomoć. Bideti: (Corrigan, Corrigan, P. W., & Matthews 2003).

nisu u stanju da prihvate, što u njima stvara podvojenost. Kada su društvu ljudi sličnih njima ponašaju se na jedan način, dok u širem društvenom okruženju deluju drugačije, često i sami reprodukujući stereotipe prema drugim stigmatizovanim osobama. Pripadnici druge stigmatizovane grupe percipiraju se kao pretnja, a kontakti sa njima se izbegavaju. U okviru grupe postoje jasne smernice ponašanja, te ih se oni koji su dobro uklopljeni čvrsto pridržavaju, igrajući neku vrstu uloge. Ovakva vrsta unutargrupnog raslojavanja može imati izuzetno negativne posledice. Delujući na navedeni način, osobe sa mentalnim problemima su, zapravo, stavljene u poziciju da “brinu” o tzv. normalnim ljudima, pokušavajući na indirektan način da ih “zaštite” od sebe samih (Gofman 2009).

Porodica duševno obolelog takođe trpi određenu vrstu stigme, najviše zbog uvreženog shvatanja da se sve mentalne bolesti nasleđuju, ili bar velika većina njih. Posledica ovakvog stereotipa je tendencija traženja ili čak i prepoznavanja nekih oblika nepravilnosti “tragova” ili nagoveštaja poremećaja kod srodnika pacijenta. Negativni efekti stigme se prenose i na institucije mentalnog zdravlja, naročito na psihijatrijske klinike, pa i na same psihijatre. Otpornost stigmi na promenu, objašnjava se, već pomenutom otpornošću negativnog stereotipa o duševnom poremećaju, ali i disocijalnošću prirode duševno poremećenih ljudi. Gubitak sposobnosti identifikacije i empatskog uživanja u duševno poremećenog čoveka, usled suočavanja s opasnošću da i sami izgubimo razum, ima bitnu ulogu u pokretanju procesa stigmatizacije (Kecmanović 2012).

Pokušaji prevencije stigmatizacije i destigmatizacije

Tokom dva poslednja veka puno toga je učinjeno za unapredjenje oblasti mentalnog zdravlja, ali je najmanje uspeha postignuto u borbi protiv stigme. Posledice stigmatizacije mentalno obolelih osoba umanjuju se putem kampanja za destigmatizaciju, kojima je cilj da povećaju svest o mentalnim bolestima, kao i putem različitih vrsta projekata, koji su usmereni na pronalaženje pozitivnih načina pristupanja ovom problemu.

U načine “borbe protiv stigme” spadaju:

Obrazovanje – studije su pokazale kratkotrajan efekat poboljšanja na stavove prema korisnicima usluga mentalnog zdravlja, ali i jednak, ako ne i veći procenat stigma među onima koji se

profesionalno bave lečenjem, što je pokazatelj nedovoljnog uticaja ovog faktora (Thornicroft 2008). Socijalni psiholozi, poput Strangora, su ovu pojavu objasnili ne samo žilavošću stigme, već i efektom stereotipa, kao i činjenicom da promena u stavu ne mora da prati promenu u ponašanju;

Društveni protesti – edukovanje javnog mnjenja o određenoj pojavi ili o marginalizovanim grupama i njihovim pravima, predstavljaju takođe vid borbe protiv stigme. Pokazalo se da ovakav vid borbe najveći uticaj može imati na same medije (da smanje negativne sadržaje), ali mnogo manje na pojedince, jer oni nastavljaju da veruju u svoje stavove, primajući nove informacije selektivno. (Kecmanović 2012);

Lični kontakti s žrtvama stigme – istraživanja su pokazala da je izloženost kontaktu sa žrtvama stigmati prilično efektivna, kada su u pitanju rasne ili etnonacionalnosti, ali manje efektivna kada su u pitanju osobe s premećajima mentalnog zdravlja (isto).

III Rodno inkluzivni pristup psihoterapiji i savetovanju

Uticao kategorija pola i roda na učestalost, poreklo, dijagnostiku i tretman mentalnih bolesti predmet je brojnih sporenja u psihologiji i psihoterapiji. Dok za jedne rod predstavlja pokazatelja pravca, definicije, dijagnoze i ekspresije simptoma, za druge je on i dalje sporedni faktor procene. Razvoj feminističke teorije i masovnost feminističkog pokreta tokom 70-tih godina, omogućili su da se otvori pitanje asimetričnih rodnih očekivanja, kao i da se ukaže na realan društveni problem rodne diskriminacije.

S drugim talasom feminizma započinje i temeljna analiza pojma roda, na koju se konsekvantno nadovezuje kritika ideje da anatomija predstavlja sudbinu žene. U samom feminističkom pokretu se, već od sredine osamdesetih godina 20. veka, javljaju prve nesuglasice u vezi s ovim pitanjem, jer se kategorija roda tretira kao sinonim za društveni identitet *svih* žena. Džudit Batler (Judith Butler), najistaknutija predstavnik ove kritičke struje, odbacuje mogućnost roda kao samokonzistentne kategorije, ukazujući na njegove autosubverzivne i autoparodirajuće efekte. Ona se suprotstavlja feminizmu drugog talasa, ističući da pojam žena ne denotira nikakav kolektivni ženski identitet. Time se otvaraju nova polja za razmišljanje i delovanje u okviru feminizma i *queer* pokreta, koji se u velikoj meri oslanja na tezu Batler o određenju prirode identiteta (Butler 2000).

Uključivanje feminizma u empirijsku psihologiju, otvara i mogućnost za kritiku postojanja predubeđenja u istraživanjima. Navodeći načine na koji je feminizam uticao na naučna pitanja, Harding ukazuje na ulogu feminističkog empirizma, koji je u okvirima psihologije predstavljao najuticajnijiu struju, omogućivši razotkrivanje seksizma na svim nivoima istraživanja (Harding 1986).³⁹ Uloga rodno inkluzivnog savetovanja je u razvijanju potencijala reagovanja na individualne potrebe, bez obzira na pol i rod (Worell 2002). Interpretacije i intervencije u terapiji bi samim tim trebalo da uključe širok spektar afektivnih i bihevioralnih varijabla koje muškarci i žene mogu da proizvedu, umesto fiksiranja za stereotipe tradicionalnih rodnih uloga.

³⁹ Dva pristupa pitanju rodnih razlika pretpostavljaju ili esencijalističku poziciju - stav o postojanju stvarne i suštinske razlike među muškarcima i ženama (alfa predubeđenje), dok beta predubeđenje negira ili minimizira postojanje tih razlika (Hare-Mustin & Marecek 1990). Ukoliko govorimo o terapijskom radu, oba pristupa mogu biti ugrožavajuća i škodljiva za klijente.

Terapeuti bi, smatraju Moro i Didan (Morrow i Deidan), trebalo da uvedu neku vrstu preventivnog postupka u terapiji, kako bi se izbeglo donošenje zaključaka na osnovu rodnih predrasuda. Prema ovim autorima, potrebno je uvesti neku vrstu početne, alternativne rodne hipoteze, koju bi se potom testirala u radu s klijentima. Nakon toga se, zavisno od izraženih stavova i mišljenja samih klijenata, otvara mogućnost za razmatranje dobijenih podataka, ili se, pak, dolazi do zaključka da početna hipoteza nije tačna (Morrow & Deidan 1992 prema Evans 2011).

Feministički orijentisana terapija svoje zaleđe gradi na spoju različitih teorija, a originalni način razvoja otpočinje pre svega kritikom široko prihvaćenih teorija ličnosti i terapijskih modaliteta, poput psihoanalize. Iako su međusobno različite, feminističke psihološke teorije koje postaju osnova feminističke psihologije i feminističke psihoterapije, prožete su sličnim pitanjima i težnjama.

3.1 Feministička psihologija

Sve do kraja Drugog svetskog rata svoj naučni identitet psihologija je bazirala na egzaktnosti, trudeći se da naučne istine utvrdi putem eksperimenata, da bi što bolje klasifikovala, normirala i predviđala ponašanje ljudi. Nakon velikih ratnih stradanja i dugoročnih efekata koje su ostavili na psihološko stanje kako bivših vojnika tako i civila (poput PTSS⁴⁰), počinje interesovanje za primenu psihologije na polju stresa, traume i poremećaja u ponašanju. Pojavom neurološke, kognitivne, razvojne psihologije i psihologije ličnosti, kao i mnogih drugih disciplina, sama psihologija doživljava prva cepanja i podele.

Prvi proboj feminizma u oblast psihologije nastaje radom Naomi Veistajn „Psihološki konstrukt žene“ (Weisstein 1968 prema Rosenwater&Walker 1985), u kom ona iznosi smelu tezu da je psihologija zanemarila i isključila žene iz svog korpusa znanja. Od tog momenta cilj feminističke psihologije postaje preoblikovanje, preimenovanje i transformacija psihologije u nauku koja bi bila povezana sa stvarnim životom žena (Worell 2000 prema Muray 2004). Ta borba se vodila na nekoliko frontova: paralelno je kritikovana dominacija muških autoriteta u

⁴⁰Post Traumatski Stresni Sindrom – posebna kategorija poremećaja koja nastaje kao posledica ratne traume.

oblasti psihologije, reflektovanje muške realnosti u nastanku teorija i maskulinocentričnost istraživanja. Kritike su se ticale načina na koji se već postojeći stereotipi vezani za žensku prirodu samo nadograđuju novim: neasertivnošću u javnoj sferi, nesposobnošću za matematičko-logičke operacije, neadekvatnošću za određene profesionalne ili lične uloge u životu (isto).

Feministička psihološka terapija i savetovanje su uvedeni tek nakon što je ukazano na to da u okviru tradicionalne psihologije postoje dvostruki standardi za određivanje mentalnog zdravlja. Feministička psihologija je imala značajnu ulogu i kada je reč o borbi protiv nasilja i formiranju novih načina posmatranja ženske seksualnosti, liderstva i aktivizma. Tradicionalna psihologija je posebno kritikovana zbog prakse reprodukcije rodni stereotipa. Razvoj feminističke psihologije doveo je do drugačijeg načina viđenja mentalnog zdravlja, koje se počelo formirati kao oblast koja ne podleže uticajima seksizma i antropocentrizma.⁴¹

Osveščivanje činjenice da u društvu potoji opresija i diskriminacija žena dovelo je do prepoznavanja tog problema kao najznačajnijeg polja istraživanja u okviru feminističke psihologije (Worrel & Remmer 2002 prema Muray 2004). Umesto da se pitaju zašto muževi tuku žene, feminističke psihološkinje se pitaju zašto žene ostaju izložene nasilju? Žena, počevši od samog procesa socijalizacije, konstantno biva usmeravana da deluje prema potrebama drugih, da komunicira s drugima kako bi izašla u susret njihovim potrebama, dok svoje potrebe stavlja na poslednje mesto itd. Na osnovu toga, kod nje se razvija osećaj zavisnosti u odnosu na muškarce (oca/muža), koji daju legitimitet toj njenoj ulozi. Pritom se sama ta zavisnost posmatra kao društveno poželjna, a kao takva ona predstavlja jednu od normi žeskog mentalnog zdravlja.

Feministička psihologija takodje razmatra odnos izmedju normi i vrednosti kojima su se psiholozi rukovodili, i njihovih teorijskih i epistemoloških pretpostavki. Društveno-istorijski kontekst, pa samim tim i konstelacija odnosa u patrijarhalnom društvu, određuju koje će teme biti istraživane i koje će metode, pritom, biti korišćene. Isključivanje žena iz istraživanja (a isto važi i za druge grupe koje ne reprezentuju dominantni model), njih čini nevidljivima, a njihovo iskustvo biva marginalizovano, ili se prepoznaje kao inferiorno i patološko. Psihoterapija u takvom sistemu postaje institucija patrijahalnog društva, bez obzira na to da li je sprovodi žena ili muškarac, a njene vizije i ciljevi doprinose infantilizaciji i obesnaživanju žena.

⁴¹ Feministička psihologija se, tokom svog razvoja, suočila s brojnim spornim pitanjima, koja su dovela do unutrašnjih neslaganja i podela. S tim u vezi, može se govoriti o feminističkoj psihologiji vs. psihologiji žene, esencijalizmu vs. socijalnom konstruktivizmu, rodu vs. raznolikosti ženske opresije itd.

Tradicionalna psihologija nije nastojala da se suprostavi ovakvom pristupu i time je doprinela ignorisanju razlika u životnim mogućnostima žena, koje zapravo imaju društvene, ideološke, političke i ekonomske korene. Autorka Džin Bejker Miler (Jean Baker Miller), iznosi tezu da su muška predubedenja o ženskoj prirodi zapravo iskvarila viđenje normalnog ljudskog ponašanja. Barbara Braun (Barbara Brown) izdvaja osam važnih postavki feminističke psihologije (nav. prema Baker Miller 1976) među kojima je centralna uloga *inkluzivnosti*, koja podrazumeva uzimanje u obzir ličnih i društvenih razlika žena i prihvatanje činjenica o neravnopravnoj raspodeli moći društvenog uticaja rodni uloga. Zatim, tu je *ravnopravnost* koja upućuje na uvažavanje potrebe da se primene rodne politike u različitim socijalnim sredinama, uz mogućnosti pristupa resursima za žene iz svih slojeva. *Potruga za novim znanjima*: prihvata različitost iskustava žena, koja je uslovljena njihovim drugačijim ličnim i socijalnim identitetima. *Fokus na kontekstu* je postavka koja povezuje živote žena sa socijalnim, političkim i ekonomskim kontekstom; *Priznavanje vrednosnih sistema* uzima u obzir da su lične i društvene vrednosti uključene u sve oblasti ljudskog delovanja: obrazovanje, nauka i lobiranje nisu nikada odvojeni od vrednosnih sistema. *Zastupanje promene*: se zalaže za posvećenost delovanju koje omogućuje socijalne, ekonomske i političke promene u cilju ostvarenja jednakih prava za sve. *Fokus na procesima* polazi od toga da bi procesi donošenja odluka, koje utiču na lične i grupne interese, morali da budu zasnovani na principu konsenzusa i da budu konzistentni s feminističkim principima međusobnog poštovanja i uvažavanja svih strana. *Širenje psihološke prakse* zahteva prepoznavanje feminističkih principa i njihovu primenu u različitim aktivnostima: stvaranju teorije, prevenciji, savetovanju, pedagogiji, istraživanju, superviziji, vođstvu i profesionalnom usavršavanju. (Wilkinson & Kitzinger 1993).

Snaga feminističkih psihološkinja, prema Kicinger (Celia Kitzinger), leži u otkrivanju uloge psihologije u reprodukciji i održanju postojećih odnosa moći, i u uvođenju eksplicitne politike subjektivnosti, koja podrazumeva vrednovanje individualnog iskustva (Wilkinson & Kitzinger 1993). Ona takođe smatra da je problem moći, uprkos svom značaju za feminizam i psihologiju, nedovoljno analiziran, te da je neophodno posvetiti mu više pažnje u budućnosti.

Feminističke kritike i razvoj drugačijih teorija ličnosti

I pored uključivanja pitanja roda u različite empirijske studije, još uvek se ne registruju promene od fundamentalnog značaja. Psihološko znanje o rodu mahom oslanja na bazične aksiome: socijalizaciju, stereotipe i pojmove femininost/maskulinost.

Potencijali za naučni razvoj koji kulturološki pripadaju muškarcima, kao dominantnoj grupi, odražavaju samo deo ukupnih ljudskih potencijala, smatra Džin Bejker Miler, te su subordinirane grupe razvijale alternativne kapacitete da bi ukazale na sopstvenu vidljivost u okvirima dominantne kulture. Žene su u svom „drugorazrednom“ svetu razvile veštine usmerene ka komunikaciji, prevazilaženju i amortizaciji sukoba. Ti adaptibilni potencijali nisu, međutim, odveć priznati od muškaraca, ili se stereotipiziraju tako da se manje cene.

Miler tvrdi da bi oba pola mogla imati koristi od potencijala koji poseduju žene, delom neiskorišćenog usled nedovoljno razvijanih asertivnih i racionalnih aspekata ličnosti. Isti princip bi se odnosio i na muškarce, čije bi preterano razvijene agresivne i dominantne aspekte trebalo ujediniti s negujućim i socijabilnim aspektima, u svrhu postizanja punijih potencijala ličnosti. Put ka celovitosti izraza bio bi upravo u ujedinenju ovih veštački suprotstavljenih muških i ženskih „delova“. Tim stavom Miler se donekle približava Jungovom viđenju psihe kao dvopolne prirodne ličnosti. (Miller 1976).

3.2 Feministički pristup terapiji

Feministički principi i terapijske procedure prvobitno su razvijani u okviru tzv. grupa za podizanje svesti (*concioussness-raising groups*) (Brodsky 1973; Kravetz 1980). Ubrzo je otvoren Institut za feminističku psihoterapiju (1982), a feministički pristup se relativno brzo proširio u SAD-u i u Zapadnoj Evropi (Brown 2004).

Feminističko savetovanje (terapija) se zasniva na feminističkim teorijama identiteta i kritikama tradicionalnog psihološkog određenja žene. Reč je o pristupu koji je u potpunosti političan. Nije lako definisati ga, jer kriterijumi za njegovo odredjenje uključuju i pitanje

samodefinisanja terapeuta/terapeutkinja koji ga praktikuju. S razvojem ovog pristupa proširivao se njegov opseg, a korpus feminističkog znanja, koji se u početku sastojao iz teorija i terapijskih metoda, sve je više uvećavan. Vremenom se pokreću i akademska istraživanja, što je omogućilo sticanje legitimiteta u oblasti feminističke terapije (Rosewater 1985).

Fokus feminističke terapije i savetovanja je na ideji da problemi pojedinaca nastaju i pogoršavaju se zbog neravnoteže moći u društvu. Kad se shvati na pravi način, feministička terapija predstavlja, kako smatra Burstov, vrlo specifičan i političan susret među ženama (Burstow 1996). Ključno političko, a ujedno i terapijsko pitanje koje se tu postavlja tiče se dinamike u odnosima moći. Nasuprot tome, tradicionalni model terapije deluje kao mehanizam putem kog se neravnoteža u odnosima moći prenosi iz šireg društva u terapijske okvire. Postoje, kako ističu Rolings i Karter (Rawlings i Carter), tri osnovna pristupa u radu sa ženama: seksistički, neseksistički i feministički pristup. Seksistički terapijski pristup je pristup u okviru kojeg se reprodukuju opresivne rodne uloge. Neseksistički terapijski pristup podrazumeva zauzimanje neutralnog stava i jednako tretiranje muškaraca i žena, čime se, ipak, zanemaruje politički položaj žena. Feministički terapijski pristup utoliko predstavlja jedini pristup putem kog je moguće proaktivno delovati, u cilju unapređivanja položaja žena u društvu (Rawlings & Carter 1977; prema Pierce 2004).

Feministički terapijski pristup se, usled svoje složenosti i strukturne povezanosti sa društvenim pokretom, može smatrati ne samo skupom tehnika i metoda već i vrednosnih uporišta (Thomas 1975). Savremene terapeutkinje, poput Andree Čester (Andrea Chester), smatraju da je neophodno da feministički terapijski pristup, pored toga što kritikuje tradicionalnu psihologiju - koja, kako je istaknuto u okviru kritike drugog talasa feminizma, predstavlja neadekvatnu polaznu osnovu za terapijski rad - podrazumeva i *selektivno* korišćenje dostignuća psihologije i teorija ličnosti. Odnos koji danas postoji između psihologije i feminističke terapije pre bi se mogao nazvati kompleksnim nego nepostojećim (Chester 2001).

Tokom poslednjih dvadeset godina vodile su se rasprave o odrednicama i okvirima feminističke terapije, ali nije bilo velikih pomaka u rezultatima. Kao osnovni kriterijum za određivanje predznaka *feminističke* kod savetnica uzima se njihova samoidentifikacija, tj. sklonost ili potreba da same sebe tako nazovu. Način na koji feminističke savetnice/terapeutkinje razumeju feminizam umnogome će uticati na njihove terapijske prakse i ciljeve, tako da se može

reći da su različite feminističke politike, razvijene u drugačijem terapijskom setingu, favorizovale određene terapijske modalitete.⁴² Istraživačice Dauning i Roš (Taylor Downing & Jean Rouch 1985) ističu da je ključno posmatrati feministički identitet kao proces, u stalnom kretanju (O' Neil *et al.* 1993 prema Robertson 2012). One ukazuju na pet koraka u formiranju feminističkog identiteta:

- *Pasivno prihvatanje stanja stvari* – ne oseća se potreba da se rodne dihotomije dovedu u pitanje;
- *Otkrivanje* - prihvatanje postojanja diskriminacije, razvoj svesti o ženskoj opresiji koju prati vrlo emotivno reagovanje, ponekad praćeno i isključivanjem muškaraca;
- *Učvršćivanje* – pomaljanje novog identiteta, koji se rađa i kroz stvaranje bliskih odnosa s drugim ženama;
- *Sinteza* – integrisanje feminističkih i ličnih vrednosti, prihvatanje postojanja opresije i izvan seksizma, i procena muškaraca na individualnoj osnovi;
- *Aktivno posvećivanje ideji* – osoba prevodi svoje feminističko opredeljenje u socijalno delovanje.

Pored drugačijeg pristupa ženskom zdravlju, feministički pristup podrazumeva i određena verovanja i pretpostavke, koje se mogu podvesti pod dve glavne teme: lično je političko, i problemi i simptomi nastaju u procesu prevazilaženja i borbe s opresivnim društvom i nametnutim ulogama. (Chesler 1989).

⁴²Istraživanje sprovedeno 1993. godine pokazuje da će feministkinje radikalne i umereno levičarske orijentacije najpre koristiti metode grupne terapije i netradicionalan pristup, dok će liberalne feministkinje biti sklonije individualnom terapijskom pristupu. (Enns 1993; prema: Israeli & Darcy 2000). U istraživanju sprovedenom među australijskim feministički orijentisanom terapeutkinjama, više od polovine ispitanica navodi sledeće karakteristike kao suštinske kriterijume za određenje feminističkog pristupa terapiji: vera u sposobnost žene da uvidi svoj potencijal, znanje o uticaju stereotipa i polnih uloga na žene, znanje o socio-kulturnim komponentama ženskih psiholoških problema, ohrabrivanje žena na samoprocenu, rad na ostvarivanju terapijske jednakosti klijentkinje i terapeutkinje (Chesler 1989).

Feminističko savetovanje i osnaživanje ženskog identiteta

Feminističko savetovanje neizbežno uključuje određeni stepen političkog angažmana i istraživanja, što otpočinje razvijanjem solidarnosti. Solidarnost se može izraziti otporom u odnosu na nepravde nanete pojedincima ili zajednicama, i kroz rad na zajedničkom uključivanju u izvesne aktivnosti koje bi pomogle pri suočavanju s emocionalnom ili nekom drugom vrstom povrede. Kada je reč o osnaženju žena, time se postiže: a) identifikacija ženskog zajedništva; b) rad na ženskoj povezanosti; c) saosećanje sa svojom klijentkinjom, i/ili članicom grupe; d) prepoznavanje osobe (grupa) koja/e vrši/e ugnjetavanje; e) analiziranje seksističke situacije; f) otvaranje puta ka daljoj solidarnosti i analizama. (Chester 2001).

Kada su klijentkinje izložene ugnjetavanju po bilo kojoj osnovi, feminističke terapeutkinje i savetnice bi trebalo da izraze svoju solidarnost i potraže razumevanje u iskustvu sopstvene društvene ugnjetenosti.⁴³ Kao osnovne metode rada na osnaženju žena, izdvajaju se grupe podrške, grupe podizanja svesti, koje funkcionišu u skladu s određenim metodološkim pravilima, pomoć pri samoosnaživanju, razvoj asertivnosti, kao i preventivni i terapijski rad sa žrtvama nasilja.

Politizacija tela i problemi ženske seksualnosti

Tek primenom rodne metodologije postaje jasno da je telo, u mnogo dubljem smislu nego duh, arena borbe za dominaciju rodnih uloga. Od trenutka kada je otkrivena mogućnost formiranja različitih režima postojanja tela, započela je borba za pristup tim režimima i telo je postalo objekat na koji je bilo veoma upitno usmeravati političku pažnju.

Represija koja se kroz čitavu istoriju vršila nad ženskom seksualnošću dovela je, tokom 19. veka, do ideje o „seksualnoj disfunkciji žene“, koja je nalazila opravdanje u filozofskoj, medicinskoj, a kasnije i psihoanalitičkoj literaturi. Odvajanje seksualnosti od njenih fizioloških

⁴³ Psihoterapeuti koji su takođe humanističke orijentacije, i istražuju želje i prepreke koje se javljaju u detinjstvu, često neće obratiti pažnju na uzrok njihovog „neispunjenja“ u seksističkom, klasističkom i rasističkom društvu.

osnova pokrenuli su Dž. M. Dankan (J. M. Duncan), koji je tvrdio da uklanjanjem jajnika žene neće nužno izgubiti svoju seksualnost, i Kraft-Ebing (Krafft-Ebing 1879), koji je u svojoj studiji *Text-book of insanity* izneo tvrdnju da je za oblast seksualnosti zadužen mozak (European Journal of Anaesthesiology 2001). Krajem 19. veka seksualnost postaje okosnica procene normalnosti i adaptibilnosti, pri čemu se, po mišljenju Fukoa, naročito problematizuju žene, homoseksualci i deca (Fuko 1980). Oto Vajninger (Otto Weininger) u studiji *Pol i karakter* reaktivira tezu o pasivnosti, kao i žrtvenoj i podajućoj seksualnosti žena.

Upustimo li se u razmatranje psihoanalitičke literature o ženskoj seksualnosti, bez sumnje ćemo uočiti izvesnu nesrazmeru između kliničkog iskustva (budući da žene broje više od polovine pacijenata) i daleko skromnijeg položaja koji ženama pripada u teorijskim studijama posvećenim ovom problemu. Ta je nesrazmernost još uočljivija ukoliko se pozovemo na antropološke ambicije psihoanalize, koja o ženskoj seksualnosti govori kao o „crnom kontinentu“, što ukazuje na nedovršeni karakter ovih istraživanja (Smiržel 2003).⁴⁴ Odnosi između muškarca i žene su uređeni na način koji se može odrediti kao sadomazohistički, jer, kako tvrdi Frojd, seksualnost normalne žene zahteva pasivnost (isto). Njegova sledbenica Helen Dojč nadovezuje se na ovu tvrdnju uz dopunu da žene nisu u stanju da sublimiraju svoje seksualne potrebe i tako kreativno iskoriste potiskivanje mogućnosti zadovoljenja seksualnih impulsa (Smiržel 2003). Ova činjenica upućuje na bojazan da ženska seksualnost, za razliku od muške koja je (ukoliko je sublimirana) konstruktivna, može postati vrlo lako destruktivna, ukoliko se ne drži po kontrolom.

Tekst Lis Irigaraj *Taj pol koji nije jedan (Ce sexe qui n'en est pas un)* otpočinje, preispitivanjem same svrhe postojanja dva razvojena roda, s obzirom na činjenicu da je ženska seksualnost uvek bila konceptualizovana na osnovu muških parametara, i da je u psihodinamskim teorijama seksualnog identiteta razvoj seksualno „normalne“ žene očigledno neophodan praksama muške seksualnosti. Irigaraj govori o ženskom subjektivitetu i seksualnosti kao o „porekutoj seksualnosti“, uzimajući u obzir da je penis jedini „seksualni organ priznate vrednosti“. Irigaraj tvrdi da se složenost ženske seksualnosti i erotizma ne mogu uklopiti u mušku shemu, koja prihvata samo jednu, fiksiranu erogenu zonu, i samo jednu očiglednu vrstu

⁴⁴ Po mišljenju Džejn Fleks (Flax 1993), pojedine feminističke teoretičarke, poput Ketrin Mekinon (Catherine McKinnon), prihvataju ovakvo određenje seksualnosti, umesto da ga dekonstruišu. Psihoanalitički orijentisane feminističke teoretičarke takođe iznose mnogo kontradiktornih stavova po ovom pitanju.

zadovoljstva; prema tome, pošto je ženska seksualnost difuzna i pluralna pre nego singularna, ona se u dominantnom diskursu „računa kao ništa“, kao nedostatak. Lis Irigaraj utoliko tvrdi da većina žena dopušta sebi da bude asimilovana u muške fantazije i diskurse, pošto drugi putevi nisu istraženi (Irigaraz 1991).

Jedan od važnih aspekata ovog problema tiče se odgovornosti žene za mušku želju, pošto se odnosi među polovima grade asimetrično, te ona mora pasivno da učvršćuje i priznaje muški seksualni akt. Prema tome, takozvani „prirodni mazohizam“ se lako može pobrkati s društveno uslovljenom pokornošću. Po mišljenju Klimenkove, ženi se u tako određenom seksualnom činu ne nudi zadovoljstvo i sreća, već joj se učitava krivica zbog učešća u seksualnoj igri koju kultura s jedne strane nameće, ali je istovremeno tretira kao nešto prljavo i loše. U radu „Feminizam i filozofija“ Ketrin Mekinon navodi da maskulini tip kulture u kom svi živimo instrumentalizuje norme seksualne privlačnosti u okvirima definicije muške seksualne želje. Seksualnost je kulturno definisana moć, u kojoj se muška dominacija erotizuje i jedino muškarcima pruža direktno i potpuno zadovoljstvo⁴⁵ (McKinnon 1997).

Žena, dakle, živi kao objekat želje, predviđena za seksualnu upotrebu, što je uslov opstanka rodne neravnopravnosti na svim poljima. Pornografija u kojoj se žena svodi isključivo na svoju seksualnu upotrebnu vrednost, po mišljenju Klimenkove, predstavlja konačni dokaz rodne hijerarhije, jer otvoreno prikazuje kulturnu dominaciju, potčinjavanje i kažnjavanje žena. Cilj pornografije je nekažnjeno degradiranje žena, koje za posledicu ima očuvanje njihove loše slike o sebi, i prihvatanje društvene sekundarnosti (Klimenkova 2003). Ženska seksualnost se, stoga, određuje kao posed muškarca, jer ideal maskuliniteta poseduje regulišuće aspekte (Klimenkova 2003). Seksualnost je, kako iznosi Džejn Fleks, zalog žene u heteroseksualnom odnosu, a način na koji će se ona ispoljavati (kada, kako i gde) isključivo zavisi od procene i želje muškarca (Flax 1993). Feministički pristup menja ovu perspektivu, jer seksualnosti žene daje novu dimenziju i značenje, te ona postaje simbol političke borbe.

U kontekstu prakse otpora dominaciji muškaraca, frigidnost žene se shvata kao vid otpora moćnom muškarcu, dok se muške seksualne disfunkcije tumače kao otpor prema ličnosti

⁴⁵ Kulturni je stereotip da se otpor koji žene pružaju prema seksu može shvatiti kao impuls za primenu sile, jer one time zapravo daju signal „samo napred“. Na ovaj način se i čin poput silovanja često pravda ženinom usiljenom nedostupnošću ili slobodnim tumačanjem pozitivnih signala seksualne želje, koje žena šalje muškarcu, a on ih „prepoznaje“ i „čita“.

partnerke (strah od njene moći). Degradirajući izrazi kojima se nazivaju samosvesne žene poput „muškarača“ ili „žderačica muškaraca“ (*men-eater*), upućuju na varijetete duboko ukorenjenih stereotipa. Pristup psihoterapije problemu ženske seksualnosti kroz istoriju svog razvoja pokazuje nedovoljnu senzibilisanost za njene kvalitativne različitosti, nedovoljnu širinu u posmatranju uticaja na razvoj celovite ličnosti, i zatvorenost prema dijapazonu rodni i seksualnih uloga koje žene mogu imati. Uklanjanjem nemetnutog principa prokreativnosti i shvatanja o pasivnoj i responzivnoj ženskoj seksualnoj prirodi, u teoriji i praksi su se zadržali prevalentni normativi seksualne stimulacije i akcanat na mogućnosti zadovoljenja partnera (Klimenkova 2003).

Kao jedan od važnijih faktora socijalizacije, seksualni identitet se usvaja kroz pounutranje dozvola i zabrana, ali i putem postavljanja granica u odnosu na nametnute obrasce.⁴⁶ Prvo razjašnjenje koje bi feministički orijentisana seksualna terapija trebalo da ponudi ostaje u okvirima *značenja*, kao odgovor na pitanje *šta* zapravo tretiramo. Primera radi, ženska seksualna „disfunkcija“ može da odražava stav žene prema intimnom odnosu, odnosu moći u vezi ili prema njenom položaju u društvu uopšte uzev.⁴⁷ Neophodno je upoznati individualne obrasce postizanja zadovoljstva (kakva se vrsta dozvole na zadovoljstvo daje sebi) potom kakva je vlastita definicija zadovoljstva, bola, eksplicitnih i posrednih odluka o preuzimanju aktivnosti klijentkinje (Isto).

Seidler-Feler (Doreen Seidler-Feller) ukazuje na različite vrste seksualnih disfunkcija, čije uzroke moramo tražiti i u nejednakoj raspodeli moći i pretežno muškoj dominaciji u sferi politike i seksualnosti. Postoje četiri ukorenjena verovanja koja se u feminističkom pristupu moraju dovesti u pitanje: postojanje jednog načina pristupa seksu; dobro seksualno funkcionisanje samo uz postojanje jedne vrste orgazama; neophodnost promene ponašanje i/ili stavova, ako se ne uklapaju u predviđeni kriterijum; merenje rezultata u svetlu određene veštine (Morbeck 1997). Terapijski pristup feminističke i rodno inkluzivne orijentacije, pored individualnog rada, daje mogućnost kontekstualizovanja ženske seksualnosti i mogućnost povezivanja sa drugim (sličnim) problemima i kroz rad u grupi.

⁴⁶ Tomas Sas govori o terapijskom „menadžmentu“ ljudske seksualnosti kao o potencijalnom vidu socijalne kontrole u savremenom sekularnom dobu.

⁴⁷ U istraživanju sprovedenom 1982. godine, Stok i Roberts potvrđuju da je sukob moći u pozitivnoj korelaciji sa seksualnim poremećajima parova (Morrow 2013).

3.3 Terapijski pravci proizašli iz feminističke teorije

Kombinovanje feminizma i terapijskog rada, iako se na prvi pogled može činiti jednostavnim, zahteva konstantno preispitivanje, kritičko razumevanje teorije i prakse, a posebno načina na koji kategorije kao što su rod, pol, rasa, klasa, ekonomski status i seksualno opredeljenje utiču na živote žena (Mayer & Davis 2009).

Feminističke teoretičarke/savetnice deluju na osnovu složenog korpusa znanja o socijalnoj strukturi, s jedne strane, i teorijama, metodama i praksama u okviru feminizma, s druge strane. Terapijski rad se razvijao prevashodno sa ciljem kreiranja novog modaliteta, tj. razvijanja feminističkog pristupa u okvirima već postojećih terapijskih škola i pravaca. Međutim, bez obzira na razlike u načinima praktikovanja feminističke terapije, njen konačni cilj je da klijentkinjama omogući lični napredak, kao i da kreira uslove za socijalne promene (isto).

3.3.1 Feministička terapija i savetovanje

Feministička terapija i savetovanje nastaje šezdesetih godina XX veka, a zasniva na kritikama tradicionalne psihologije ličnosti, kao i na iskustvima koje su terapeutkinje stekle u svojoj ulozi „pacijentkinja“. Kejt Milet (*Sexual Politics* 1970), feministička teoretičarka, je, recimo, u svojoj biografiji opisala traumatična iskustva koja je doživela tokom boravka u mentalnoj instituciji.⁴⁸

Feministička terapija se u početku fokusirala na postavljanje granica u odnosu na androcentrične terapijske metode, koji su, ujedno, predstavljale i glavnu metu njene kritike. Zapravo, osnovni cilj te kritike je bio da redefiniše postulate na kojima se androcentrični

⁴⁸„Pričam vam šta se meni dogodilo. Jer, pripovedanje, po meni, deluje kao neka vrsta egzorcizma, povratka sebi i opravdanja sebe – duše – kroz ponovno proživljavanje onoga što se dogodilo. Na to putovanje kreću mnogi od nas. Neki ga prežive neozleđeni, drugi to prežive samo delimično, oslabljeni zlom koje nam je nanoseno – iskušenjima saučesništva, karijere „pacijenta“, pritiskom da se kapitulira. Ovo pričam i u nadi da će možda pomoći svima onima koji su bili ili jesu u istom položaju, onima koji su zatočeni i uzdrmani ovim bizarnim sistemom verovanja, opštim sujeverjem u pogledu „mentalnih bolesti“, fizičkim činom zatočenja i prisilnog uzimanja lekova i, napokon, pretnjom da će za sva vremena biti smešteni u bolnicu i zatočeni, ili da će, ako budu pušteni, do kraja života ostati žigosani“ (Milet 1997, 4).

terapijski metodi baziraju. Po mišljenju Ditrih i Reber, ključni principi su sledeći: nenormativnost, pravo da seksualno opredeljenje bude pitanje slobodne volje, stavljanje akcenta na kompleksnost razvoja ženskog identiteta (nasuprot forsiranju PA faza koje ne uzimaju u obzir razvoj žene), rad na telesnoj artikulaciji, izražavanje zahteva bez straha, podrška i solidarnost među ženama (isto).⁴⁹

Psihoterapijski susret - u kome su žene, u skladu sa svojim tradicionalnom rodnom ulogom, stavljene u poziciju da pasivno i poslušno slušaju savete koje im daju autoriteti - za njih je još jedan u nizu neravnopravnih odnosa u koje su uključene. U feminističkoj terapiji je, stoga, akcent na osnaživanju kompetencija, razvijanju samopoštovanja, podsticanju klijentkinja da preuzmu inicijativu u svim odnosima (uključujući terapijski odnos) itd. Cilj tih praksi, a i krajni cilj čitave terapije, jeste da klijentkinje ovladaju sopstvenim životima.

Kao i kada je reč o psihoanalitičkom tretmanu, terapijski odnos započinje osvešćivanjem transfera i analizom važnih događaja u životu osobe. Međutim, ti događaji se ne tumače na način kako se to čini u okviru psihoanalize. U feminističkoj terapiji akcentat je na osvešćivanju nezadovoljstva zbog nejednakih odnosa i rigidnih rodni uloga, na razotkrivanju represije, kao i na kreiranju novih i efektivnijih modela ponašanja. Klijentkinja i terapeutkinja su ravnopravne saradnice u procesu, a odnos koji one grade predstavlja neku vrstu modela, u skladu s kojim bi se mogli izgraditi i svi drugi odnosi u životu (Rush 1973 prema Nickolson 1997). Obe akterke konstantno preispituju sopstvene uloge i pozicije, a to zahteva potpunu otvorenost u odnosu na sopstvene i tuđe vrednosti i shvatanja. Sam terapijski rad se, stoga, obično označava kao savetovanje, jer je reč o potpuno ravnopravnom odnosu.

Teoretičari/teoretičarke, koji/e se bave feminističkim savetovanjem, prate promene i faze u razvitku feminističke teorije i psihoterapijske prakse, te se može reći da postoje različite faze (talasi) u razvitku feminističkog savetovanja (Nicholson 1997). Sve se više ističe značaj grupnog rada, a autori se usredsređuju na pitanja i probleme koji se tiču LGBT populacije, bave se, između ostalog, kategorijama rase i klase itd. Ovakva vrsta orijentacije predstavlja

⁴⁹ Prema Doroti Ditrih i Mirjam Rejber, feministička psihoterapija predstavlja proces prihvatanja „unutrašnje devojčice“ koja živi u svakoj ženi, i njenog negovanja. Ona podrazumeva put ka samospoznaji koji uliva snagu i samopoštovanje, i kao nužan uslov postavlja napuštanje uloge žrtve. S obzirom na to da postoji konflikt između naših potreba i onog što smo učili da je adekvatno ponašanje, taj unutrašnji nesklad često deluje kao okidač za odlazak na terapiju. Vidi: Dietrich & Reber 1995.

konstruktivan odgovor na neke od kritika feminizma (pa i feminističkog savetovanja), u kojima se ističe da se on mahom bavi problemima i potrebama belih feministkinja sa zapada.⁵⁰

3.3.2 Radikalna feministička terapija

Smatra se da feministička terapija predstavlja treći talas radikalne terapije.⁵¹ Ona se najbrže razvijala i, zbog činjenice da je uticala na različite terapijske orijentacije, stekla je veliki ugled. Kada je reč o funkciji same terapije, kao i o načinu pristupa klijentima – koji se posmatraju kao homogena grupa ljudi kojima se, bez obzira na razlike koje postoje među njima, želi pomoći da bolje funkcionišu - feministički pristup i pristup antipsihijatrije su, u mnogome, slični.

Feministička terapija predstavlja proces osveščivanja i mobilisanja ličnih snaga te se njome, ukoliko se principi na kojima se ona zasniva integrišu u svakodnevni život, može podsticati psihički rast i razvoj. Politička nadmoć i dominacija jedne grupe nad drugom onemogućavaju lični razvoj i guše slobodu i individualnost, bez obzira na to da li grupu koja dominira čini bela, muška, bogata ili obrazovana većina. Stoga se ravnopravnost shvata kao osnovni princip, kako u terapiji, tako i izvan nje (Burstow 1996). Radikalni feminizam se, za razliku od liberalnog feminizama, zalaže za *temeljne socijalne promene*, ukidanje seksizma i, pre svega, ukidanje patrijarhata, kao baze svih oblika nejednakosti (isto). Opresija nad ženama, po mišljenju radikalnih feministkinja, predstavlja osnovni oblik društvene represije, iz kog proističu rasna, klasna (ekonomska) i kulturna represija.

Iako je nastala na tragu grupa za podizanje svesti i aktivističkih formi savetovanja, radikalna feministička terapija ne pristaje ni na kakvu vrstu kompromisa s metodama koje su predmet feminističke kritike, zastupajući stav da je u terapijskom procesu najvažnije baviti se

⁵⁰ Kako se može videti iz rezultata sprovedenih istraživanja, feminističke savetnice svoj terapijski rad doživljavaju pre svega kao određen sistem vrednosti i filozofiju, a ne kao politiku promene. Međutim, feminističko savetovanje se oslanja na različite izvore (Sturdivant 1980), te je pokušaj određenja „jednoobraznog temelja“ na kom se feminističko savetovanje zasniva kritikovan. (Dowing & Rouch 1985; prema: O'Neil *et al.* 1993).

⁵¹ Prva dva talasa radikalne terapije dovode se u vezu sa razvojem pristupa i metoda antipsihijatrije i sa politizacijom principa mentalnog zdravlja.

nasiljem nad ženama (Brodsky 1995 prema Nicholson 1997).⁵² Ona se sastoji iz elemenata koji čine korpuse različitih (mada u vrednosnom smislu blisko povezanih) teorijskih pristupa, kao što su radikalna feministička teorija, antipsihijatrija (koja kritikuje tradicionalni sistem normiranja, kao i psihijatriju uopšte), strukturalizam, pa i telesna psihoterapija i transakciona analiza. Osnovni metodološki postupak sastoji se u podizanju nivoa svesti klijentkinje, putem analiziranja represivnih uloga koje žene imaju u društvu.⁵³ Boni Burstov (Bonnie Burstow), radikalna feministička terapeutkinja, insistira na tome da je potrebno dekonstruisati obrazce dominacije nad ženama, koji su službi održavanja odnosa nejednakosti. Cilj feminističkog pristupa u terapiji je, po Burstov, osveščivanje i dekonstruisanje obrazaca koje smo, kao žene, pounutrile, i koje živimo. Klijentkinji treba pomoći da, nakon što to učini, donese odluku kako će dalje postupati, shodno novoizgrađenom, alternativnom (nedominantnom) obrazcu delovanja.⁵⁴

3.3.3 Feministička grupna terapija

Feministički aktivizam podžava rad u grupi, koji je usmeren na razvijanje solidarnosti i podrške među klijentkinjama. Zapravo, logičan naredni korak, nakon individualnog feminističkog savetovanja, bio je razvoj posebnog modaliteta grupnog rada. Glejzer i Diriling su bile prve feministkinje koje su, tokom 40-ih godina, pokušavale da osnuju grupe za podršku. Medjutim, do procvata grupne feminističke psihoterapije dolazi tek 60-tih godina, zahvaljujući inicijativama u oblasti socijalne zaštite i drugim oblicima aktivizma. Uporedo s razvojem metodologije feminističkog grupnog rada, otvara se sve veći broj kriznih centara namenjenih žrtvama silovanja, traume i incesta, u kojima je princip rada bio veoma sličan feminističkom.

Rad u grupi se odvija u okviru „ritualnog“, sigurnog prostora, u kojem se klijentkinje povezuju jedna s drugom, te su se mnogi autori bavili upravo tim njegovim arhetipskim i

⁵² Osnovni principi koje radikalne terapijske forme preuzimaju iz grupa za podizanje svesti su: isticanje jednakosti, razumevanje da opresija i socijalni uslovi zauzimaju centralno mesto kada je reč o problemima žena, pretpostavka da deljenje ličnih sadržaja doprinosi boljem razumevanju socijalnih i političkih pitanja, kao i razumevanju odnosa između osveščivanja i delovanja.

⁵³ Dve osnovne jednačine radikalne feminističke terapije su : *Ugnjetavanje + laž + izolacija = otuđenje*; *Delovanje + svest + kontakti = moć (snaga)*. Videti: Winicoff; prema: Burtov 1994.

⁵⁴ Model prevazilaženja obrazaca je preuzet iz TA teorije skripta; izlazak iz skripta predstavlja, zapravo, put ka ozdravljanju, spontanosti i slobodi izbora. Akcenat je na donošenju novih odluka - ta ideja je preuzeta iz tzv. Redecision terapije, novoustanovljenog pristupa u okviru TA.

isceljujućim karakteristikama (Moreno 1950; Erikson 1969; Yalom 1995). Grupa je, kako Kristeva ističe, usklađena sa cikličnim principom poimanja vremena, a to stoji u vezi sa ženskim ciklusom i principom nelinearnosti. Takodje, rad u grupi se zasniva „majčinskim principima“ ponavljanja i podrške, što je takodje prilagodjeno ženskom subjektivitetu. Značaj navedenih karakteristika postaje jasniji kada se analizira kroz prizmu simboličkog, metaforičkog i nesvesnog, što takodje može predstavljati deo terapijskog procesa (Kristeva 1990).

Uvodjenje novih psihoterapijskih metoda (primalna terapija, Lengova bionergetska metoda i sl.), s jedne strane, i uticaj ideja levice i hipi pokreta, s druge strane, doveli su do velikog interesovanja za oblast telesnog i neverbalnog. Uvode se pristupi i metode koji podstiču ekspresiju i eksperimentalno uključivanje simbolike. Feministički pristup grupnoj psihoterapiji zasniva se na brojnim teorijskim radovima; u njima su iznošena iskustva žena, kritikovani su opresivni društveni sistemi, elaborane su feminističke i humanističke postavke.

U osnovne principe feminističke grupne terapije spadaju: *podrška članicama grupeu prihvatanju novih nestereotipnih uloga; ohrabrivanje promene; davanje prednosti empatiji nad stručnom procenom; aktivno deljenje informacija o sebi, koje doprinosi minimiziranju postojećih razlika u ulogama* (Ballow & Gabalac 1985). Redefinisanje uloge terapeuta i demistifikovanje odnosa moći, kao principi grupnog rada, postali su predmet spora među feminističkim terapeutkinjama, te su one formirale dve različite vrste pristupa. U okviru jednog pristupa zastupala se ideja da je fasilitiranje grupnih procesa tehnički neophodno sprovesti, dok su zagovornice drugog pristupa odbacile to mišljenje, smatrajući da niko ne treba da bude u poziciji koja je iznad ili izvan terapijskog procesa, koji bi, po njihovom mišljenju, trebao da se odvija spontano, bez vođstva. Oba pristupa razvijala su se paralelno, pri čemu je „spontani“ pristup smatran radikalnijim. Njega praktikuju grupe koje se bave autorefleksijom, podizanjem svesti, aktivizmom itd.; tu, zapravo, i nije reč o psihoterapijskom radu, u strogom smislu te reči.⁵⁵

⁵⁵Kliničke socijalne radnice, koje primenjuju feministički pristup, oslanjaju se u svom radu na različite orijentacije i tehnike: kognitivno-bihejvioralnu, psihodinamsku (Chodorow 1978; Eichenbaum & Orbach 1983; Gould 1984; Jordan & Surrey 1986; prema: Land 1995), psihosocijalnu (Ruderman 2003), sistemsko-porodičnu (Ault-Riche 1986; Luepnitz 1988; Robbins 1983; prema: White 2006), i konstruktivističku (Neimeyer 1993; prema: Lee 1997). Socijalni rad predstavlja posebno delikatnu oblast delovanja. Ženama žrtvama nasilja i socijalno i ekonomski ugroženim kategorijama stanovništva potrebna je pomoć, ali u njemu opstaju modeli tradicionalizma, kontrola države i represivni sistemi birokratske kontrole nam pojedincem Vidi : Dominelli 2002.

3.3.4. Feminocentrični pristup u psihoterapijskom radu – Model ritma (Jocelyn Chaplin)

Model ritma je pristup u kome se akcentuje praćenje ritma života i životnih ciklusa, pri čemu klijentkinje stiču sposobnost da prepoznaju skrivene hijerarhijske odnose kojih su i same deo. Ovaj pristup se naziva i pro-egalitarni, upravo zato jer se fokusira na prevazilaženju hijerarhijskih i pro-hijerarhijskih odnosa. Promena, pritom, nije shvaćena kao jedini mogući put ka cilju, već je predviđena i mogućnost lutanja, neka vrsta „plesa između životnih suprotnosti“. Terapijski proces postaje, tako, neka vrsta *koketiranja s kontrastima*, dok pritom klijentkinja uočava kontraste i prihvata njihovo postojanje, uz neophodnost pravljenja distance u odnosu na njih.

Proces se sastoji iz šest koraka:

1. *Izgradnja poverenja* (faza majčinske nege)

U ovoj fazi je neophodno da se klijentkinji pruži bezuslovno poverenje, kako bi ona došla u ravnotežu sa sobom i sopstvenim telom. To nije lako učiniti, jer većina klijentkinja je internalizovala patrijarhalne vrednosti, koje uključuju strah i fascinaciju sopstvenim (ženskim) telom. Savetnica nastupa u ulozi kontejnirajuće majke, nekog koja se oseća udobno u sopstvenom telu i ko je u potpunosti „na zemlji“.

2. *Identifikovanje tema* –odvajanje opozita

U ovoj fazi, nakon uspostavljanja terapijskog saveza, radi se na otkrivanju skrivenih hijerarhija, kako bi se identifikovali misaoni obrasci koji oblikuju ponašanje klijentkinje. Klijentkinje često priznaju i prihvataju samo jedan aspekt svog identiteta, a druge aspekte zanemaruju. Stoga je za njih neophodno da upoznaju i prihvate sve aspekte svojih ličnosti, kako bi se na njima moglo raditi.

3. *Istraživanje prošlosti* – razumevanje opozita i unutrašnjih hijerarhija

Kad govore o svom životu, klijentkinje sebe predstavljaju izdvajanjem odredjenih ključnih karakteristika, te o sebi govore kao o „mirnoj“, „pametnoj“ ili „dobroj“ osobi. Druga strana dihotomija („nemirna“, „neiteligentna“, „loša“) biva internalizovana, pri čemu klijentkinja obično ne uvidja da je funkcionisanje u sistemu dihotomija samo po sebi štetno. Terapijski rad

podržava ispoljavanje najrazličitijih ponašanja, uključujući i ona koja odstupaju od uobičajenih. Drugim rečima, prihvata se mogućnost da osoba nekad može biti pametna, a nekad ne, da ona nekad može biti lenja, a nekad vredna, u zavisnosti od toga u kakvoj se životnoj fazi i situaciji nalazi.

4. Razrešenje unutrašnjih hijerarhija i prihvatanje ambivalencije – prihvatanje opozita

Nakon što klijentkinja prepozna i odbaci sistem unutrašnjih hijerarhija, na principu kojeg je do tada funkcionisala, neophodno je da ponovo integriše opozitne parove na kojima se taj sistem zasniva. Ona sada, međutim, umesto modela „ili –ili“, usvaja model „i - i“ (mogu da budem i mirna i nemirna, i pametna i neinteligentna, i sl.). Klijentkinja, na taj način, prihvata da kontrasti postoje ne samo u njoj samoj, već i svugde drugde, pa i u ličnosti terapeutkinje, čime se umanjuje mogućnost da ona bude idealizovana. U ovoj fazi, tako, klijentkinja uvidja da postoje različite vrste životnih izbora, prihvatajući promene i neizvesnost koje terapijski proces (a i život sam po sebi) neminovno nosi.

5. Kreiranje promena – život sa opozitima

Od momenta kada prepozna da su sve životne uloge socijalno konstruisane (bazirane na sistemu opozitnih parova), klijentkinja je u stanju da prihvati nove društvene uloge, pristupajući sopstvenim neosvešćenim ili potisnutim željama. Mnoge žene su, recimo, naučene da treba da brinu o drugima (jer to se smatra jedinom adekvatnom ulogom za ženu), te uvođenje brige o sebi predstavlja važan aspekt terapijskog rada. (Lago&Smith)

3.3.5 Rodno inkluzivni pristupi u okviru psihoterapijskih modaliteta

1. Rodna inkluzivnost u okvirima psihoanalitičke psihoterapije

Feminističke teoretičarke, iako poznatije po kritici psihoanalize, u izvesnoj meri su bile i privučene njenim lakanovskim čitanjem, koje je najviše odjeka imalo u Francuskoj. Lakanove

teorijske postavke i njegove jasne filozofske i političke poruke uticale su na razvoj psihologije, pa i na formiranje novih pravaca u psihoterapiji (Rosenwater 1985).

Julija Kristeva, feministička teoretičarka i psihoanalitičarka, detaljno je predstavila svoj teorijski pristup i terapijska iskustva, baveći se pitanjima jezika i subjektiviteta označavanja, naročito u izgradnji ženskog subjekta. Kristeva osim termina simboličko uvodi i termin semiotičko. Semiotičko prethodi simboličkom, a saznaje se retroaktivno, putem njihovog naknadnog razlikovanja, pri čemu semiotičko nije obuhvaćeno procesom simbolizacije (Kristeva 1994). Istovremeno, smatra Kristeva, prostor semiotičkog, koji uključuje i prostor u kom se pravi razlika između njega i simboličkog, predstavlja garanciju kulturne „obrađenosti“ subjekta, njegove jezičke „čitljivosti“ i „izvodivosti“. Feminizam i psihoanaliza takođe dele uvažavanje odnosa prema drugom, mada feminizam (s obzirom da od početka naglašava nepostojanje simetrije među polovima), postavlja kao nužnost odnos prema *drugoj ženi* kao povlašćenoj sagovornici, svedoku, legitimizatoru sopstva. Feministička teorija ličnosti ne napreduje između ostalog i zbog toga što teoretičarke ne uvidjaju da psihoanaliza i dalje ima veliki uticaj na naše mišljenje.

Psihoanalitičarka feminističke orijentacije, Gajler, bavi se istraživanjima kliničke prakse, komparativno analizirajući učenje Melani Klajn (Melanie Klein) i savremene PA teorije roda. Ona preporučuje terapeutkinjama da ne odbacuju olako klajnijanski model, jer se ispostavilo da on u praksi nudi više mogućnosti od savremenih PA teorija roda (Gayler 2009). Primena rodne inkluzivnosti u ovim okvirima sastoji se, pre svega, u umanjivanju značaja faktora distance u odnosu na značaj faktora podrške, dok se uticaj ranog iskustva ne prenaplašava, iako se koristi kao teorijski osnov za analizu. Takođe, naglasak je na razvijanju autonomije, pri čemu se ističe važnost obradjivanja separacija.

2. Rodno inkluzivna telesna psihoterapija

U okviru feminističkog psihoterapijskog rada i savetovanja, velika pažnja se posvećuje uspostavljanju pozitivnog odnosa prema telu, pri čemu se naglašava značaj prihvatanja sopstvene telesnosti i seksualnosti (takva tendencija se prvi put javila s drugim talasom feminizma). Telesna psihoterapija je doprinela tome da klijenti, osim što uz pomoć terapeuta interpretiraju

značenje verbalnog materijala, rade i na svom neverbalnom izražavanju, pokretima i telesnom abregovanju. Tradicionalni analitički pristupi i metode ne uključuju rad na telu, mada postoje i izuzeci od tog pravila. Terapijski pristupi Rajha i Lovena - *biofidbek* metode,⁵⁶ pomeraju dotadašnje granice iako se više bave oslobađanjem potisnutih emocija nego sistemskim prepoznavanjem na nivou telesnog.

Rodna inkluzivnost u okvirima telesne terapije, ticala bi se se fokusa na razumevanju ženskog tela, pritom nudeći manje eksplicitne forme istraživanja telesnih blokada. Razlog za ovakav pristup leži u neophodnosti zaštite ženskog tela od intruzivnosti, koja je deo konstrukcije rodni identiteta (telo je kod žena često pretvoreno u značenje objekta i prisvajano), uvažavanja granica svake klijentkinje ponaosob, iz opreza prema mogućnost retraumatizacije (Burstow 1996). Za razliku od klasične, feministička telesna terapija takođe nudi pristup integrisanja fizičkih i emocionalnih uvida kroz različite tehnike.

Feministički pristup se bavi i osveščivanjem odnosa telesnog i političkog, kroz rad na dekonstrukciji rodni uloga. Osim toga, razmatraju se pitanja i problemi povezani sa ženskom seksualnošću, pounutrenom opresijom na telesnom nivou (koja stoji u vezi sa seksualnim opredeljenjem osobe), bojom kože, pitanjem vere itd.

3.3.6. Uključivanje rodni aspekata u okvire porodične terapije i savetovanja

Bračno savetovanje i porodična terapija, ukoliko podržavaju stereotipe o partnerskim ulogama, doprinose nastanku i održavanju neravnoteže, te predstavljaju jedan od mehanizama za sprovođenje retradicionalizacije i održavanja patrijarhata. Primena rodne inkluzivnosti u ovom kontekstu podrazumeva obezbeđivanje uslova za ravnopravan tretman žena i muškaraca, čime se automatski narušava njihova strukturalno određena nejednakost. U suprotnom, bračno savetovanje predstavlja neku vrstu korektivnog tretmana kome je cilj da prilagodi osobu potrebama bračni uloga.

⁵⁶ Biofidbek kao zvanična metoda lečenja nastaje šezdesetih godina XX veka, a današnju formu, zasnovanu na upotrebi elektronske opreme, idejno je uobličio eksperimentalni fiziolog Nil Miler. Tehnika biofidbeka je po mnogo čemu slična tradicionalnoj veštini joga: razlika je u tome što se joga zasniva na lečenju i opuštanju celog organizma, dok se u biofidbeku pacijent fokusira samo na njegov određeni deo. Ovaj metod ima pozitivno terapijsko dejstvo u otklanjanju simptoma stresa, i funkcioniše kao odlična relaksaciona tehnika.

Ekerman je među prvima skrenuo pažnju na to da se, u okviru bračnog savetovanja i terapije, autori bave uglavnom analizom individualnih disfunkcionalnosti i patologije. On se, umesto toga, usredsređuje na analizu dinamike i recipročnosti bračnih i porodičnih uloga (Ekerman 1966). Rejčel Her-Mastin i Džin Mareček (Rachel Hare-Mustin i Jeanne Marecek) kritički i s postmodernističkim senzibilitetom analiziraju tradicionalne modele porodične terapije, problematizujući pitanje reprodukcije rodničkih uloga u tradicionalnom terapijskom pristupu (Hare-Mustin & Marecek 1994).

Feministički pristup ukazuje na neophodnost preispitivanja dominantnih vrednosnih sistema, koji vode održavanju submisivnosti žena u braku i partnerskim odnosima, što za rezultat kreira nezadovoljstvo, konflike, kao i nasilje.⁵⁷ Dodatna briga za feministički orijentisane i rodno inkluzivne terapeute postaje i pomeranje partnerskih odnosa u okviru društvenih promena, jer je to jedini način praćenja dinamike njenih promena (raskol među generacijama po pitanju adekvatnih uloga u braku, odnosima braka i roditeljstva, autonomnosti u odnosima i rizicima miranja tradicionalnog sa savremenim).⁵⁸ Inkluzivnost se takođe odnosi i na davanje prioriteta ličnoj slobodi i psihičke dobroti u odnosima, s akcentom na dobrobit partnerke kao češće oštećene strane u hegemoniji moći bračne zajednice. Nasuprot preovlađujućoj ideji o tome da je brak neophodno očuvati po svaku cenu, ističe se ideja da je odnosa svakako važan, ali da je dobrobit pojedinaca prioritet (Burstow 1996, 128).

3.4 Uključivanje rodne inkluzije u različite modalitete grupne terapije

Zadržavajući opšte metodološke principe određenih terapijskih modaliteta, feminističke terapeutkinje su u njih ugrađivale svoje vrednosne sisteme i drugačija polazna stanovišta i premise, koje su potom služile kao teorijska podloga za rad (uključujući načine primena tehnika, intervencije i interpretacije).

⁵⁷ Tip kulture u kome živimo produkuje stalnu tenziju i anksioznost u muško-ženskim odnosima, i na taj način održava poluge falocentrične moći. S obzirom da kultura kreira zahteve za održavanjem ovakve sheme, veoma je teško promeniti ugao gledanja na partnerske odnose, jer se celokupni kulturni aparat (putem filmova, muzike, reklama, literature) trudi da ovakvo stanje stvari održi (Klimenkova 2003).

⁵⁸ Takozvane rodno neutralne ili rodno jednake terapije koje pretpostavljaju nediskriminativan pristup ne samo da mogu održavati rodnu nejednakost, nego je čak mogu i ojačati. (Marecek i Kravetz 1977).

Psihodinamska grupna terapija (grupna analiza ili grupni rad vođen na psihodinamskoj osnovi)

Prilikom praktikovanja rodno inkluzivnog pristupa akcenat je (kao i u klasičnoj psihoanalizi) na transfernim ili objektnim odnosima (Klajn), na intergrupnim relacijama, kao i na grupnom matriksu (Fuks). Potrebno je prilagoditi psihodinamske tehnike rada (interpretacija, konfrontacija i klarifikacija) rodno senzitivnom kontekstu, odnosno rodnim normama (koje su prethodno dekonstruisane). Potom se uvode intrapsihički faktori i analizira se dinamika moći u grupi, koja je shvaćena kao replikacija društvene moći.

Da bi se ova dva složena, i ne uvek lako spojiva nivoa rada uskladila, pažnja se posvećuje promenama koje vode ka rodno inkluzivnim i psihodinamskim principima. Akteri upotrebljavaju rodno senzitivni jezik i izbegavaju sve vrste rodno stereotipnih odredjenja, koja bi podržala asimetričnost rodnih uloga. Pristup koji integriše feministički pristup i psihoanalizu podrazumeva lični rast i razvoj, ali i svest o tome da je potrebno društveno delovati i menjati rodne stereotipe. On se ostvaruje kako na nivou grupe, koja se tretira kao mikrosocijalna jedinica, tako i na individualnom nivou (Chester 2001).

Geštalt terapija

Geštalt terapija i feministički pristup su kompatibilni, kako ističe Polster, jer je, prema geštalt terapiji, individua odgovorna za sopstveni rast i razvoj. Rodno senzitivni diskurs i društveni mehanizmi konstruisanja rodnih uloga su neraskidivo povezani, te je tokom terapije potrebno na to obratiti pažnju. Terapeut je u ulozi facilitatora razvoja samosvesti, što doprinosi jačanju identiteta klijenta. Sve vrste interpretacija, u sklopu rodno inkluzivnog pristupa, usmerene su na rasvetljavanje odnosa moći i na pružanje podrške klijentima (Polster 1974; prema: Stricker & Gold 1993). U okviru geštalt terapije, bilo da se ona primenjuje samostalno ili je integrisana s drugim metodama, koriste se i elementi art terapije. To osobi omogućava da sebe

promatra u socijalnom kontekstu, i da proradi sopstvene unutrašnje konflikte na neverbalan način, kroz upotrebu kreativnih - umetničkih formi.⁵⁹

Psihodrama i druge akcione tehnike

Psihodrama se razvijala na teorijskim osnovama egzistencijalističke filozofije, socijalne psihijatrije i Morenove (Jakov Levi Moreno) psihodramske teorije. Reč je o izrazito nedirektivnom obliku terapije, koji svoju primenljivost duguje iskustvu stečenom u radu s neformalnim grupama. Psihodrama je veoma bliska feminističkom senzibilitetu, te je feminističko teorijsko zaleđe vremenom kombinovano sa njenim terapijskim tehnikama.

Ključni terapijski koncept psihodrame je susret dve osobe (terapeuta/kinje i klijenta/kinje, ili članova grupe međusobno) koji predstavlja kategoriju iznad svih rodnih, polnih, rasnih i ideoloških određenja. Prema Morenu, konzervativno društvo je primarni uzrok patologije, a gubitak dodira sa sopstvenom spontanošću i kreativnošću izražavanja predstavlja njegovu posledicu. Kao egzistencijalistička u svojoj filozofskoj osnovi, psihodrama nema jasni koncept zdravlja (normalnosti), niti patologije. Zbog toga se dijagnoza smatra irelevantnom, jer cilj nije otklanjanje simptoma već razvijanje spontanosti.

Moreno je smatrao da je spontanost u direktnoj suprotnosti prema anksioznosti, te se u svetlu Morenove teorije anksioznost (neurotičnost) žena može posmatrati kao nemogućnost izražavanja svoje suštine usled društvenih normi. (Kellerman 1992). Terapija je usmerena na zdrave potencijale ličnosti i ona je način da se stekne značajno emocionalno iskustvo i razvije spontanost i kreativnost klijenta, čime se redukuje anksioznost koja se nalazi u osnovi mnogih poremećaja. Psihodrama se smatra metodom izbora u radu s traumom, jer omogućava siguran prostor, konstantu podršku i mogućnost prorade traume na nivou telesnog. Kroz terapijski rad, akteri se mogu susresti sa vulnerabilnim delovima, i osnažiti kapacitete uz pomoć grupe i putem zamene uloga (Kellerman & Hudgins 2001) Rad na telu, pored toga, omogućava oslobađanje od nagomilane tenzije i teških emocija, a zatim i sticanje uvida i reintegraciju uz podršku grupe.

⁵⁹ U terapijskom grupnom radu neverbalne forme izražavanja su se pokazale kao posebno efikasne, naročito kada je pitanju rad na oslobađanju trauma. Feministički senzibilisan pristup, u okviru ovakvog načina rada, omogućuje žrtvama seksualnih trauma da se izraze u sigurnom okruženju, pružajući im podršku i mogućnost za razmenu.

Egzistencijalistička psihoterapija

Kritikujući Frojđov determinizam, pristalice i teoretičari ovog pravca ističu važnost slobode izbora, svrhe i vrednosti svake individue. Egzistencijalistička psihoterapija nalaže fenomenološki pristup klijentima, što podrazumeva da se njihovom svetu pristupa otvoreno, slušajući bez predrasuda ono što imaju da kažu (Yalom 1980).

Delimično vezan za egzistencijalističku filozofiju i egzistencijalističku psihologiju, ovaj terapijski pristup se fokusira na brige koje se vezuju uz ljudsko postojanje, kao što su: *život, smrt, smisao, samoća, volja*. Sam pristup otvorenosti, bez predrasuda i validiranja iskustva, veoma je blizak feminističkim vrednostima, te utoliko omogućuje kombinovanje njihovih iskustava i tehnika. Mnoge psihoterapijske tehnike mogu iskoristiti egzistencijalističku zaleđinu i time vrednosno odrediti svoj metod, u odnosu na premise egzistencijalizma. Među modalitetima koji se smatraju egzistencijalističkim su psihodrama, transakciona terapija, integrativna terapija, kognitivno – egzistencijalna terapija, holistička egzistencijalistička psihoterapija itd.

Integrativna psihoterapija

Integrativna terapija je, po svojoj strukturi (kombinovana, integrišuća), kao i po teorijskim postavkama na kojima se zasniva (postmodernizam, egzistencijalizam), veoma bliska feminizmu.⁶⁰ Cilj psihoterapije je, prema ovom modelu, postizanje celovitosti i kreativnosti u odnosu prema sebi i drugima. Filozofski rečeno, reč je o terapiji koja osobi pomaže da deluje na sebi svojstven način, kako bi sebe adekvatno doživljavala u kontekstu svoje lične životne istorije i ličnih perspektiva. U praktičnom radu, integrativna psihoterapija kombinuje različite modalitete, poput art terapije, narativne terapije, psihodrame, drama-terapije itd. (isto).

⁶⁰ Njena teorijska osnova spaja različite filozofske pravce: strukturalizam, fenomenologiju Morisa Merlo-Pontija (Maurice Merleau-Ponty), dekonstrukciju Žaka Deride (Jaques Derrida), analizu diskursa i dispozitiva Mišela Fukoa, filozofiju živog tela Gabrijela Marsela (Gabriel Marcel), hermeneutiku Pola Rikera (Paul Ricoeur) i etiku Emanuela Levinasa (Emmanuel Levinas), koji se u njoj slivaju u kompleksnu filozofsku antropologiju. Videti: Palmer & Woolfe 1999.

3.5. Oblici rada na opštem osnaženju

Kako se razvija aktivistički identitet? Da li aktivistkinja postaje svesna svoje nove uloge zahvaljujući drugima ili na osnovu sopstvenog unutrašnjeg osećaja?

Samoimenovanje predstavlja jednu od ključnih odlika aktivizma, i, kako smatra feminističke savetnice, jedan od osnovnih kriterijuma za samoodređenje nekog ko sebe smatra aktivistkinjom. Kako ističe Odri Lord, samoimenovanje osobe predstavlja vid njenog samoosnaživanja i samoosveščivanja, na putu ka ostvarenju njene vizije (Lorde 1984). Samoosveščivanje je povezano sa samoaktualizacijom, koju karakterišu fleksibilnost u percepciji, snažan ego, tolerancija, smisao za humor, kreativnost i težnja ka vrhunskim iskustvima (Lago&Smith 2004).

Druga važna odlika je *put samopromene*. Putevi samopromene su individualni, ali za neke žene taj put vodi kroz aktivizam. U mnogim aktivističkim grupama uvažava se princip ženskog osnaživanja, koje se ostvaruje kroz njihove odnose s drugima i prepliće s njihovim motivacijama i načinima delovanja. Na taj način ženske grupe postaju neke vrste vežbaonica iskustava i samopromena, koje na svoj „neterapijski način“ pozitivno utiču na osnaživanje i psihičko zdravlje žena (Jordan 1991). Put samopromene je izazov za aktivistkinje, jer podrazumeva suočavanje s mnogim sopstvenim ograničenjima, predrasudama i uskogrudošću.

Delujući kao aktivistkinja/aktivista, osoba se direktno suočava sa društvenom opresijom. U tim situacijama osoba može osvestiti sopstveni marginalizovani položaj, te aktivizam, u tom smislu, predstavlja neku vrstu okidača za rad na sebi. Osveščivanje interiorizovane opresije, koja je nametnuta u vidu „društveno poželjne slike o ženi“, kao i osveščivanje kontradiktornosti koje prate sopstvenu životnu ulogu, deo su procesa samoosnaživanja. Žena, putem aktivizma, uvidja vrednost sopstvenog iskustva, što joj potom, kad svoje iskustvo uporedi sa iskustvima drugih žena, omogućava da osvesti sopstvenu ranjivost i nezadovoljstvo. Ličnim i političkim delovanjem se, tako, iskoračuje iz stanja „naučene bespomoćnosti“, kako bi se preuzela kontrola nad vlastitim životom.

3.5.1 Terapijski efekti aktivizma

Individualno iskustvo, tip traume, kao i mogućnosti kvalitetne emocionalne podrške tokom procesa oporavka, kriterijumi su na osnovu kojih možemo proceniti da li je uključivanje u aktivizam adekvatno ili potencijalno rizično za osobu koja je preživela traumu. Razlike u načinima obrade traume, lična osetljivost nakon preživljenog traumatičnog iskustva utiču na izbore daljih životnih tokova, te je iskusnoj terapeutkinji/aktivistkinji zadatak da pomogne onima koje su se odlučile da pronađu dalju podršku u aktivizmu, ukoliko je za to pravo vreme. Završna faza u oporavku od traume podrazumeva i uspostavljanje ponovnih kontakata s drugima, i ne treba je forsirati sve dok se prethodni stadijumi ne završe u potpunosti. Naime, različiti „tipovi“ aktivizama utiču na razne načine, te bi slušanje tuđih potresnih priča moglo prouzrokovati preplavljujući osećaj i retraumatizaciju (Lebowitz *et al.* 1993).

U većini društava partnersko nasilje još uvek predstavlja normu ponašanja, stoga je strah od reviktimizacije često i opravdan razlog neulaženja u nove oblike starog rizika suočavanja s nasiljem. Na primer, osećaj niskog samopoštovanja i degradiranosti, nastao iz „obuzdavanja kontrole“ koja karakteriše partnersko nasilje, takođe je simptom onoga što Džudit Herman (Judith Herman) naziva „kompleksni posttraumatski sferni sidrom“, koji deluje inhibirajuće na kapacitete žena za životom, a kamoli za javno uključivanje u njega. Stoga je bitno imati u vidu i postojanje mreže podrške i vrstu aktuelnog partnerskog odnosa koju buduća aktiviskinja ima, jer ćemo na taj način predupređiti eventualne loše posledice.

Česler pronalazi mnoštvo pozitivnih efekata aktivizma na dalji tok oporavka, vršeći komparativnu analizu iskustava klijentinja feminističke i nefeminističke orijentacije. Oblast oporavka kroz aktivizam tek dobija svoj prostor, i, bezmalo bez egzaktnih pokazatelja koji bi potvrdili ovu pozitivnu spregu, privlači sve veću pažnju žena koje biraju ovakav način izlaska iz krize, i rada na svoj novom (osnaženom) identitetu.

Aktivističko delovanje, koje je usmereno ka pružanju podrške osobama koje su preživele nasilje, sastoji se iz *pružanja podrške žrtvama, lobiranja i zagovaranja prava žrtava, prevencije nasilja*. Nakon prvobitne *faze oporavka* i adekvatnog treninga, osoba koja je preživela nasilje se može uključiti u preventivni ili terapijski rad s osobama koje su prošle kroz sličnu vrstu iskustva.

Vrlo je verovatno da će osobe, koje su prošle kroz slična iskustva, uspostaviti odnose koji se zasnivaju na empatiji.

Medjutim, do toga neće doći ukoliko je osoba i dalje preplavljena traumatičnim sadržajima, odnosno ukoliko traumatični događaji nisu prorađeni i stabilno smešteni u psihičkoj strukturi ličnosti. Uključivanje u rad s osobama koje su takodje prošle kroz traumatična iskustva može imati dugoročno pozitivne efekte, jer je on usmeren na jačanje kapaciteta, rad na „ranjenom ja“ i produženoj terapiji. Aktivizam uključuje i lobiranje i javno zagovaranje, kao i rad na unapređenju sistema krivičnog ili porodičnog zakona, u cilju razvijanja efikasnijih mehanizama za kažnjavanje počinitelja.

3.5.2. Asertivni trening

Tokom rada na razvijanju ličnih i/ili političkih sloboda, osoba praktikuje asertivnost - *učida kaže „ne“*, i time konstituiše svoje sopstvene granice, na način koji joj je inherentan. Psihološki i psihodinamski rad, koji je usmeren na određivanje granica, predstavlja vežbanje tzv. „ne faze“ u dinamici razvoja deteta, koja je jako važna za kasnije donošenje odluka i za proces individuacije. Kada, tokom kasnijeg razvoja, postane rodno specifična, *ne faza* se transformiše u ambivalentnu *kaži nefazu*, koja u sebi nosi poruku: *uvažavaj sebe, ali pre svega uvažavaj druge*. U fazi individuacije, tokom vaspitavanja devojčica, između *JA* i *TI* opcija forsira se izbor *TI* opcije (Brecklin 2004).

U radu s grupom, koji je usmeren na unapređenje asertivnosti, terapeut bi trebalo da pažljivo analizira kulturološke razlike i različite standarde koji utiču na formiranje ponašanja i vrednosnih sistema, kako bi se postigla fleksibilnost u radu i izbegle generalizacije. Posebno treba biti pažljiv prilikom prorade tzv. iracionalnih verovanja, jer se ona u velikoj meri individualna.⁶¹ U alternativne modele rada spada i trening za podizanje samopouzdanja. Ponekad on predstavlja preduslov za izvodjenje asertivnog treninga, posebno ukoliko se pokaže da je polaznice treninga potrebno dodatno osnažiti. Treninzi koji obuhvataju sve važne aspekte rada

⁶¹ Primer brkanja racionalnih i iracionalnih stavova, koji navode Blum, Kolburn i Perlman (Blum, Colburn i Pearlman), dat je u izjavi: „Ako sam asertivna okolina će se ljutiti na mene“. Ovaj primer se koristi u treninzima asertivnosti, i pokazatelj je više racionalnog nego iracionalnog stava. (Kilkus 1993).

uključuju vežbe samosvesti, podizanje ili osnaživanje samopouzdanja, kognitivne tehnike kojima je cilj da oslabe negativne predstave o sebi, temeljno ispitivanje vrednosnih sistema koji umanjuju vrednost ženama. U okviru treninga za podizanje samopouzdanja fokus je, pre svega, na vođenju unutrašnjeg dijaloga, dok je kasniji rad, posvećen podizanju stepena asertivnosti, u većoj meri okrenut jačanju interpersonalnih veština.

3.5.3. Grupe za podizanje svesti

Grupe za podizanje svesti - u daljem tekstu CR grupe⁶² - su, u vreme kada su se pojavile, predstavljale dragocenu inovaciju u oblasti terapije i razvoja, jer su nastojale da integrišu *lični rast* i *sociojalno-političke promene*. Ovaj oblik rada se razvio u okviru feminističkog pokreta, težeći da postane alternativa psihoterapiji, ali bez prevelikih teorijskih aspiracija. Vremenom, grupe za podizanje svesti se integrišu u programe oporavka i osnaživanja, pa i u same terapijske procese, kombinujući se sa drugim terapijskim modalitetima.

CR grupe su , kao forma rada, organizovane kako bi se uticalo na promenu socijalne uloge žene. Iako se u njima nije stavljao akcenat na rešavanje ličnih pitanja i problema žena, one su umnogome bile i terapijske (Brodsky 1973; prema: Praeger 1988). Medicinski stručnjaci i istraživači su vremenom počeli sve više da skreću pažnju na probleme s kojima se žene suočavaju, što je delovalo kao podsticaj za kreiranje drugačijih vrsta terapijskih pristupa. U različitim oblastima istraživanja nailazimo, tako, na pokušaj da se premoste „tamne mrlje“ u našem znanju, što se pre svega odnosi na nedostatak znanja u oblastima psihologije žena i njihovog mentalnog zdravlja.

Posebna snaga CR grupa nalazi se u tome što se ženama pruža mogućnost da povrate osećaj samopouzdanja i kompetencije, da učestvuju u procesu osveščivanja koji pomaže njihovom ličnom razvoju, ali i borbi za socijalnu promenu. CR grupe mogu da se koriste za terapijsko-oslobađajući rad i za rad sa ugroženim grupama. One takođe mogu biti realizovane i kao socioterapijske grupe i mogu pomoći u političkom osveščivanju marginalizovanih, naročito

⁶² Couciousness Raising groups - široko prihvaćena skraćenica za grupe za podizanje svesti.

u zemljama u razvoju, kao što je Srbija, gde princip rodne ravnopravnosti još uvek nije integrisan u politički sistem.

U svom izvornom obliku, u CR grupama nema vođe ili terapeuta, što je u skladu s njenom neterapijskom prirodom (u eksplicitnom smislu). Mnogobrojna iskustva govore, o njihovoj terapeutskoj vrednosti i mogućnostima unapređenja ličnog razvoja. Ideja vodilja CR grupa – da se od ličnog može doći do političkog – tiče se prepoznavanja principa i rada moći i dominacije u društvu, kao i načina na koji to utiče na njihove vlastite živote. Iako je ovakav način rada blizak psihoterapijskom grupnom radu, on za cilj nije imao samo promenu u ličnosti individue, već promenu čitavog društva i patrijarhalnog poretka, imenovanjem, osvešćivanjem nasilja i uloge žena u društvenoj realnosti i u braku.

Analizirajući efekte rada u okviru CR grupa, koji predstavlja neku vrstu alternative tradicionalnoj terapiji, Kirš (Kirsh) izdvaja sledeće faze:

- (1) Otvaranje - u ovoj fazi učesnice se otvaraju jedna drugoj, pričajući o svojim osećanjima, iskustvima i potrebama, u atmosferi punoj poverenja i podrške, što utiče na razvijanje osećaja grupnog identiteta;
- (2) Deljenje - svaka od učesnica uvidja da ona nije jedina koja se suočava s određenom vrstom problema, te one zajedno dolaze do zaključka da su njihovi problemi socijalno ukorenjeni, što još više učvršćuje osećaj grupne kohezije;
- (3) Analiza – učesnice grupe probijaju prag ličnog iskustva, i fokusiraju se na podređeni položaj žena u društvu; ovaj korak vodi realnijem sagledavanju društvenih odnosa, koje je potkrepljeno ličnim iskustvom svake od učesnica grupe;
- (4) Apstrahovanje - članice grupe stiču novi doživljaj sebe i sopstvenih potencijala, te grupa sebe počinje da shvata kao agensa društvene promene (Kirsh 1974).

Pojedine feminističke terapeutkinje kombinuju terapijski rad i CR pristup, stvarajući čvrstu osnovu za jačanje ličnih kapaciteta, što ujedno predstavlja i osnovu za njihovo političko osvešćivanje i delovanje⁶³. Dobra strana ovog pristupa je to što članice grupe postaju odgovorne

⁶³ Određene „verzije“ CR grupa mogu se okrenuti samo razradi ličnog osposobljavanja, usmeravajući se isključivo na plan individualnog, čime se promašuje srž feminizma – rad na promeni društveno ustrojenih obrazaca koji vode seksizmu i drugim opresivnim „izmima“. Ti se problemi ne mogu rešiti na individualnom planu, već se samo mogu maskirati prilagođavanjem zadatim ulogama njihovim privremenim negiranjem i ignorisanjem.

jedna za drugu, i svaka od njih se pojavljuje kako uložitelj, tako i u ulozi terapeutkinje. Ukoliko je i facilitator/facilitatorica deo grupe, njihovi međusobni odnosi se razvijaju još brže, a međusobna podrška je još intenzivnija (Mander 1974).

3.5.4 Rad na prevenciji burnout sindroma (sindroma sagorevanja)

Sindrom sagorevanja, koji se razvija usled preduge ili prejake izloženosti stresogenim faktorima, veoma je raširen kada je reč o takozvanim pomagačkim profesijama u kojima je svakodnevna interakcija obojena teškim emocijama i preplavljujućih osećanjima (bolom, patnjom i frustracijom drugih). Istraživanja pokazuju da do pojave *burnout* sindroma može dovesti i nezadovoljstvo poslom, nemogućnost ispunjavanja obaveza, kao i povećan fizički i emotivni napor (Oziurt 2006).

Aktivistkinje, socijalne radnice i terapeutkinje koje rade sa žrtvama nasilja, traume i incesta su najizloženije riziku ove vrste, zbog specifičnosti posla koji obavljaju, kao i zbog forme rada koja nije jasno strukturisana. Ukoliko su aktivistkinje snažno motivisane da uvedu promene, te se kod njih uočava sklonost da prelaze granice sopstvenih kapaciteta, od presudnog je značaja preventivno delovati, kako ne bi došlo do pojave *burnout* sindroma.

Feministički pristup, uopšteno govoreći, karakterišu briga za terapeutkinje/pomagačice i postojanje svesti o sopstvenim potrebama, iako su kategorije s kojima se radi u izuzetno ugroženoj poziciji. Stoga, Burstov predlaže da ne prihvatamo preveliki broj klijentkinja, pogotovo onih kojima treba da pomognemo da se izbore s teškim problemima (zlostavljanje, suicid i sl.); time izbeći pojavu *burn out-a*, i biti efikasnije u daljem radu (Burstow 1996, 311). Na pojavu *burn out-a* utiču i prevelika involviranost u rad s klijentima, perfekcionizam, ali i nizak stepen samopouzdanja. Neophodno je, stoga, obezbediti adekvatnu obuku za rad s klijentkinjama s teškim problemima, i tako smanjiti mogućnost da ovakva vrsta rada dovede do loših posledica. Veoma je važno i pružanje podrške, razmena u vršnjačkim grupama, stalna komunikacija, razmena informacija i znanja, kao i kvalitetna supervizija.

IV Antidiskriminativni i afirmativni pristup u radu sa seksualnim različitostima

Seksualni identitet i seksualnu orijentaciju (ili izbor) možemo razlikovati na osnovu stepena njihove uključenosti (integriranosti) u samu ličnost. Seksualna orijentacija, prema Vortingtonu i njegovim saradnicima, predstavlja predispoziciju, dok se seksualni identitet određuje kao način samoidentifikacije, u okviru koje se ta predispozicija prepoznaje i prihvata (Worthington 2002 prema Lago & Smith).Stavljanje prevelikog akcenta na seksualnu orijentaciju pripadnika LGBT populacije može, kako neki autori iznose, imati negativne konotacije, jer ono doprinosi devaluiranju drugih aspekata njihovog identiteta (Cohran 2003). Nema dovoljno podataka o tome na koji način sami klijenti, pripadnici LGBT populacije, definišu svoj seksualni identitet. U daljem tekstu će biti reči o terapijskom radu s pripadnicima LGBT populacije, u kojem je akcenat upravo na pitanjima njihove seksualne različitosti, seksualnog identiteta i seksualnog izbora.

Da bi smo razumeli pristup koji minimizira štetne posledice heteronormativnosti, homofobije i heteroseksizma, veoma pristutnih i aktuelnih u društvu i politikama mentalnog zdravlja, neophodno je pre svega razumeti te pojave i među njma praviti distinkcije. Heteronormativnost je institucionalno i društveno nametanje heteroseksualnosti kao izbora, vrednosne orijentacije i načina života. U sistemu mentalnog zdravlja otkriva se najpre kroz pretpostavke o heteroseksualnoj orijentaciji klijenata i o postojanju takvog iskustva, a u terapijskim intervencijama se može prepoznati kroz različite načine zadržavanja klijenata u heteronormativnom kontekstu⁶⁴. Heteronormativno mišljenje se ispoljava kroz osećaj uznemirenosti, gađenja, ljutnje, nelagodnosti ili straha u odnosu na osobe homoseksualne orijentacije. Kognitivni aspekt promišljanja ovakvih osećanja (misli koje im daju uporište) jesu deo sistema verovanja čije manifestacije predstavljaju homofobiju (Perlman prema Lago i Smith 2004).

⁶⁴ Po Habardu, heteronormativnost je pojam koji sadrži nametanje određenih verovanja o seksualnosti koji se sprovodi uz pomoć društvenih institucija i socijalnih politika. Ove ideje se tiču 'normativne heteroseksualnosti', koja podrazumeva da seksualni identitet individue treba da se podredi društvenoj normi heteroseksualne ljubavi, seksa i rađanja. Videti: Hubbard 2008.

Heteroseksizam, veoma važan pojam za razumevanje diskriminacije LGBT osoba, predstavlja sistem u kome je heteroseksualnost jedina prihvatljiva i adekvatna životna opcija i seksualno opredeljenje. U kontekstu psihoterapijskog rada, heteroseksizam se, preko heteronormativnih vrednosnih stavova, projektuje na klijente/klijentkinje, od kojih se potom očekuje da svoje ponašanje, kao i vrednosti kojima se rukovode oblikuju u skladu sa dobijenim smernicama. Heteroseksizam je, prema objašnjenju Gregori Hereka (Gregory Herek), ideološki pravac koji negira, omalovažava i stigmatizuje svaki neheteroseksualni oblik ponašanja, identiteta, odnosa ili zajednice (nav. prema Stein i Cabaj 1996). Heteroseksizam je bio dugo inkorporiran u diskursima psihologije, psihijatrije i psihoterapije, i uticao je na načine sprovođenja terapijskih praksi (Anderson 1996; Brown 1989; prema: Stein & Cabaj 1996).

Heteroseksistički stavovi terapeuta ogledaju se, između ostalog, u njegovom izbegavanju da uoči i prepozna seksualno opredeljenje svojih klijenata. Ukoliko terapeut “ne vidi” da je njegov klijent homoseksualne orijentacije, prevideće i činjenicu da je odbacivanje od strane društva moglo dovesti do pojave stresa i reakcionih simptoma. Homofobija i heteroseksizam samog terapeuta mogu, tako, dovesti do distorzije njegovog shvatanja uzroka problema, pa i do toga da se klijentu odredi neodgovarajuća vrsta terapije. Psihološke posledice do kojih dolazi, nakon što se na klijenta projektuju interiorizovani negativni stavovi o homoseksualnosti, nisu uvek očigledne, pa ni osveščene (Shildo 1994).

Svi pokušaji određenja pojma normalnosti sadrže u sebi implicitnu pretpostavku o heteronormativnosti, što je dovelo do toga da LGBT osobe budu izuzete iz kategorije normalnosti. Tradicionalna psihologija ih je odredjivala kao seksualno i rodno devijantne, i takva vrsta iskrivljene predstave prezentovana je akademskoj javnosti. Ona je proistekla iz dominantnih društvenih normi i vrednosti, u skladu s kojima homoseksualci predstavljaju pervertirane osobe koje loše utiču na sveopšti moral. Dok se homoseksualnost još uvek zvanično smatrala bolešću i kao takva bila zavedena u DSM klasifikaciji, homoseksualne osobe su izlagane averzivnim bihevioralnim tretmanima kako bi se “preokrenule” u heteroseksualce i na taj način izlečile. Razvoj pokreta za ljudska prava i počeci angažovanja aktivista/kinja u vezi pitanja zdravstvene zaštite, kao i kritika averzivnih tretmana i ukazivanje na njihove razarajuće psihološke posledice uticali su na ukidanje ovakvih intervencija⁶⁵.

⁶⁵ Pojedini psiholozi i psihoterapeuti i dalje smatraju homoseksualnost patologijom, i koriste “reparativne” i “reorijentujuće” tretmane u radu s ovom populacijom. Značenje termina reparativnost ukazuje pre na reparaciju

Nakon što su homoseksualnost i biseksualnost više od jednog veka tretirani kao mentalne bolesti i u standardizacijama opisivani kao poremećaji seksualnog nagona, studija Evelin Huker (Evelyn Hooker) prva je poljuljala ovakva shvatanja. Huker ne nalazi značajnu razliku u odgovorima na projekтивne testove između nekliničkih uzoraka heteroseksualnih i homoseksualnih muškaraca, iz čega se može zaključiti da nema dokaza za razvoj patologije⁶⁶ (Hooker, 1957). Kasnije studije doprinose dekonstruisanju predrasuda, ukazujući na nepostojanje razlika između heteroseksualnih i homoseksualnih grupa na indikatorima kognitivnih sposobnosti (Tuttle i Pillard 1991, nav. prema Coyle 1993) niti psihičke dobrobiti i samopoštovanja (Coyle 1993; Herek i Berrill 1990; Savin-Williams 1990).

Posle mukotrпно vagane i odlagane odluke Američkog psihijatrijskog društva (APA) da ukloni homoseksualnost sa liste mentalnih poremećaja (American Psychiatric Association 1974), usvojena je rezolucija u kojoj se navodi da homoseksualnost sama po sebi ne implicira umanjenje sposobnosti prosuđivanja, stabilnosti, pouzdanosti ili opštih socijalnih ili radnih sposobnosti (Conger 1977). Posle toga, APA i sva ostala udruženja koja se bave mentalnim zdravljem prihvataju i ostale rezolucije čiji je cilj bio regulisanje politika psihoterapijskog rada, uključujući i etičke kodekse.⁶⁷

Upkos svemu, heteroseksizam i dalje opstaje, odolevajući promenama, te je pristup u oblasti psihoterapijskog rada i nakon 1974. godine u mnogome ostao isti. I danas se traga za uzrocima homoseksualnosti; ta vrsta istraživanja se sa oblasti biologije i fiziologije proširila i na socijalnu psihologiju, sociologiju, antropologiju. Polazi se, pritom, od nekoliko osnovnih pretpostavki - da su uzroci homoseksualnosti biološki ili genetski, tj. da su dati rođenjem; da se

traume ili neki proceszalečenja, tako da je za ovakve neadekvatne procedure važno koristiti termin –averzivni, ili konverzivni tretmani, jer je onda jasno da je terapijski cilj pretvaranje nekoga iz jednog “stanja” u drugo. (Clark 2010).

⁶⁶ Objavljivanje studije evelin Huker, pokrenulo je i druge istraživače da se bave sličnim pitanjima ali je i inspirisao i gaej aktiviste da rezultate te studije koriste kao argument za svoju političku borbu za uklanjanje homoseksualnosti iz DMS klasifikacije bolesti. Započinje se serija protesta 1968, što je imalo veliki uticaj na njeno ukidanje kao dijagnoze 1973. Međutim, dijagnoza se zamenjuje edo-distonim poremećajem..

⁶⁷ Etički kodeks poziva psihologe/kinje i terapeute/kinje da osveste svoja uverenja, vrednosti, potrebe i ograničenja koja neminovno utiču na terapijski proces zbog dobrobiti i napretka homoseksualnih klijenata/kinja. (APA 1992) Kada se heteroseksualne norme identiteta, ponašanja i odnosa primjenjuju na LGBT populaciju, njihovo mišljenje, osećanja i ponašanje mogu biti pogrešno interpretirani kao devijantni i nepoželjni. Mnogi/e klijenti/kinje koji/e su nedefinisani i/ili zbunjeni u pogledu svoje seksualne orijentacije, traže pomoć u psihoterapiji kako bi razrešili svoje nedoumice. Može se dogoditi da terapeuti/kinje prikrivaju predrasude ili nude odgovore koji mogu pogoršati njihovu uznemirenost.

uzroci homoseksualnosti nalaze u nekom traumatičnom događaju ili da proističu iz odnosa u porodici (psihološke teorije); da je homoseksualnost, u suštini, naučena, odnosno usvojena kroz proces socijalizacije (sociološki konstruktivizam).

Istovremeno se, u okviru terapije namenjene propadnicima LGBT populacije, razvio feministički pristup. On je usmeren na rešavanje realnih problema s kojima se klijenti susreću, i zasniva se na principima razumevanja, neprosuđivanja i – najbitnije od svega - nekorigovanja. Zadatak terapeuta/terapeutkinje koji/a radi s ovom ciljnom grupom je da konstantno osvešćuje sopstvene stavove prema homoseksualnosti, što podrazumeva i dobro poznavanje lične seksualne dinamike.

4.1 Od Gej opresivne do afirmativne prakse

Pravo na zdravlje ne uključuje samo zdravstvenu zaštitu, već i pristup informacijama, participaciju, jednakost i nediskriminaciju (Hunt & Backman 2008). Ukoliko ne bi podrazumevali da su svi klijenti heteroseksualni, praktičari u polju mentalnog zdravlja bi omogućili lakše otvaranje klijenata i ostvarili bi otvorenu komunikaciju s njima, što bi, pak, dovelo do uspostavljanja odnosa poverenja koje često izostaje. Poruke koje *Gej opresivna praksa* saopštava svojim klijentima mogla bi se sažeti na dve osnovne (izražene putem TA terminologije): zabrana na postojanje – ne treba da postojite, ili zabrana na vidljivost - ne treba da budete vidljivi (Jun 2012).

U prvoj grupi, koja negira postojanje izbora, dominira odbijanje terapijskog rada s LGBT osobama ili otvoreno vređanje i omalovažavanje. U prošlosti se veliki broj psihijatarata i psihoterapeuta uklapao u ovu kategoriju, dok je danas njihov broj, zahvaljujući promenama u sferi LGBT prava, dosta manji. Ovaj opasan pristup mnogim korisnicima usluga mentalnog zdravlja otežao je terapijski proces, doveo do nazadovanja ili čak pogoršanja stanja (i neretko suicidalnih ideja). Zabrana na postojanje obeležava kreiranje identiteta većine LGBT osoba, i to iz različitih kultura. Poruke koje oni dobijaju od svog okruženja uglavnom su zasnovane na stereotipima (smatra se da su gej osobe nepouzdanе, da su patološki lažljivci, da su gej muškarci površni, a

lezbejke agresivne i muškobanjaste i sl.). To dovodi do narušavanja slike o sebi, koja se, u periodu otkrivanja seksualnosti, tek izgrađuje.⁶⁸

U fazi formiranja ličnosti, LGBT osobe uglavnom usvajaju mnoge negativne predstave o homoseksualnosti. Njihov pokušaj da sopstvenu homoseksualnost učine što manje vidljivom uzrokuje pojavu različitih vrsta simptoma, koje tokom terapijskog rada sa njima moramo prepoznati i uzeti u obzir. Život ispunjen konstantnim pritiscima i neprihvatanjem, strah od toga da će biti prozreni, kreiranje *javnog ja*, kojim se prikriva jedan deo sopstvenog identiteta – sve to uzrokuje nastanak socijalnih fobija, anksioznosti, psihosomatskih i opsesivno–kompulzivnih poremećaja.

U drugu grupu spadaju psihoterapeuti koji svesno ili nesvesno sprečavaju klijente da govore o svojoj homoseksualnosti, emitujući eksplicitne ili implicitne znake neodobravanja (bilo verbalno ili neverbalno). Time kod klijenata podstiču sumnju u sopstveni izbor, inhibiraju terapijski proces, a neadekvatnim intervencijama nasilno guraju rad u pravcu heteronormativnosti. Jedna od tipičnih intervencija, u ovakvom kontekstu, može biti i negiranje (ili minimiziranje) važnosti seksualnog izbora i navođenje terapijskog procesa na druge, ”bitnije“ stvari.

Predrasude mogu biti i rodno uslovljene, kako pokazuju istraživanja. Najveći stepen predrasuda o seksualnim različitostima prisutan kod muških heteroseksualnih terapeuta (Kemp & Kasser 1996; LaMar & Kite 1998 prema Jun 2009). Oni, kako se pokazalo, imaju više predrasuda o klijentima istog pola, nego o onima suprotnog pola. Ukoliko terapeut ima negativan stav prema klijentima (homofobni terapeut), veća je verovatnoća da će doći do kršenja principa poverljivosti, koji predstavlja osnov uspešne terapije (Rainey & Trusty 2007). Vrednosni stavovi savetnika mogu biti formirani pod uticajem faktora kao što su politički konzervatizam, religioznost, prethodna iskustava sa LGBT osobama itd. U procesu formiranja zdravog identiteta LGBT osoba izuzetno je važno da dobijaju podršku od njima važnih osoba i okoline. Pripadnici egzistencijalističke škole, socijalni psiholozi, socijalni interakcionisti, socijalni evolucionisti i drugi, zastupaju tezu o *ogledanjuu drugima*. Negativna poređenja s drugima i konstantna

⁶⁸ Istraživanja sprovedena na velikom uzorku (10. 500 ispitivanih) pokazala su da dečaci otkrivaju svoje seksualno opredeljenje sa 14, a devojčica sa 16 godina (The pink paper 16/11/01).

izloženost predrasudama i stereotipima utiču na pojavu psiholoških problema, što dovodi do urušavanja slike o sebi.

Savremena istraživanja pokazuju da je u psihoterapijskom radu najprisutniji *prikriveniheteroseksizam*. On se manifestuje kroz različite, manje ili više suptilne, oblike verbalnog ili neverbalnog otpora, koji se javljaju tokom rada s klijentima. Istraživači u oblasti seksualnih različitosti uveli su pojam *mikroagresije*, koji se odnosi na ponašanja terapeuta koja ugrožavaju terapijski rad kroz emotivni, kognitivni i bihevioralni zastoj ili malfunkciju.⁶⁹

Jedan od oblika mikroagresije se, kako ističu Garnets i njegovi saradnici ispoljava kroz konstatno vraćanje na temu seksualnosti LGBT klijenata, iako oni izražavaju želju da govore o drugim stvarima. Ovakve vrste intervencija, kako Švarc ističe, usporavaju i oslabljuju napredak klijenata (Garnets 2001 prema Peterson 2004). Mikroagresije su, takodje, i nevoljna gestakuliranja (tzv. “curenje agresije”), do kojih dolazi kad klijent iznosi sadržaje koje terapeut ne odobrava, ili u odnosu na njih ima ambivalentan stav, kao i pasivna agresivna ponašanja (kašnjenje, zaboravljanje iznetog sadržaja od prethodnog puta, lutanje pažnje itd.).

Džons i Gebrijel (Jones and Gabrielle 1999 prema Martin & Mendieta 2009), u studiji u kojoj se bave različitim iskustvima u vezi sa psihoterapijom, iznose podatak da 25% ispitanika nisu mogli da razgovaraju sa terapeutom o svom seksualnom opredeljenju. Oni izjavljuju da su, tokom trajanja terapije, osećali stid, strah, neku vrstu otpora, ili su pak smatrali da njihovi terapeuti nisu dovoljno responzivni kada je reč o toj temi. Pojedini klijenti izbegavaju *autovanje* terapeutima, iz straha da će ovi promeniti mišljenje o njima. Pripadnici LGBT populacije, sudeći po njihovim iskazima, u oblasti psihoterapije često nailaze na terapeute koji imaju predubedjenja, pružaju neadekvatne odgovore i biraju neadgovarajuće vrste intervencija (Cohran 2003). Takođe je problem stereotipni i rodno dihotomni normativ koga se psihoterapeuti ne umeju osloboditi, čak ni u odnosu na LGBT (isto).

Skrivanje svog seksualnog identiteta predstavlja jednu posebnu formu diskriminacije, jer dovodi do akumulacije stresa i anksioznosti, te ga istraživači Smart i Vegner (Smart & Wegner 2000) nazivaju „mali privatni pakao“. Razlog skrivanja mahom je želja za zaštitom svog

⁶⁹ Mikroagresije su diskretne, često nesvesne poruke koje se upućuju tokom komunikacije i otkrivaju prezir ili neodobljavanje. Mikroagresija se može ispoljiti kroz gestove, intonaciju, pogled itd.

integriteta, osećaj krivice ili stida u odnosu na druge, ili pounutrena homofobija. Većina psiholoških i identitetskih teorija govori o važnosti prevazilaženja internalizovane homofobije da bi se razvio zdrav identitet. Jedan od načina je svakako prihvatanje i priznavanje sopstvenog seksualnog opredeljenja i integrisanje tog izbora u svoj refrentni i psihološki okvir.

Uprkos pomenutim problemima i poteškoćama, utvrđeno je, na osnovu novijih istraživanja koja su radjena u SAD-u, da LGBT osobe češće odlaze na psihoterapijske tretmane nego što to čine pripadnici većinske populacije. Razloga za to može biti više. Prema Mejerovom *manjinskom modelu stresa*, do toga dolazi zbog stigme, predrasuda i diskriminacije. Njihovim delovanjem kreira se hostilna sredina, a ona prouzrokuje pojavu mentalnih problema kod LGBT osoba. Postoje i tumačenja koja razloge za pomenutu pojavu pronalaze u samom životnom iskustvu LGBT osoba, koje je, kako se pretpostavlja, kvalitativno drugačije od iskustva pripadnika većinske populacije. Kod LGBT osoba se tokom vremena formira veća otvorenost, jer su one prinudjene da prolaze kroz faze samodefinisanja i samorefleksije, te imaju naviku da dele određene lične sadržaje s drugima. One su, takodje, instrospektivne i pokazuju manji stepen defanzivnosti, u situacijama kad se od njih očekuje da pričaju o svojim problemima. Sve to može predstavljati olakšavajuću okolnost u kontekstu psihoterapije (Cohran & Mays 2000).

4.2 Dva modela razvoja identiteta LGBT osoba

Svoj koncept razvoja identiteta Erikson određuje kao dinamičnu međuigru individualnog i socio-kulturnog konteksta i organizaciju samorazumevanja koje definiše mesto pojedinca u svetu (Heller 1996). Među osam predviđenih razvojnih stupnjeva, nalazi se i *konfuzija identiteta* - razvojna faza pre svega vezana za socijalne interakcije. Revidiranje identiteta (promene koje nastaju uključivanjem raznih uticaja i vrednosnih sistema) predstavlja jedan od najvažnijih zadataka razvoja, kako adolescenata, tako i odraslih osoba. Individualni i socijalni identitet su međusobno čvrsto povezani, jer se socijalni identitet gradi na osnovu *intergrupne identifikacije*.

Ovaj pionirski koncept razvoja dosta je uticao na dalji razvoj teorija identiteta, koje su se bavile manjinskim grupama i uticajem socio-kulturalnih faktora na razvoj. Uključeni su koncepti akulturacije (promene identiteta koje su rezultat adaptacije na novu kulturu), asimilacije (stapanja s novim kulturnim vrednostima, odricanjem dela svojih) i interkulturalne konzistencije (kreiranjem novih odlika). Promene identiteta nastaju kada individua promeni svoj socio-kulturni kontekst i kada prethodni identitet više ne može da je odražava (predstavlja), kako iznutra, tako i spolja (Bosma & Kunnen 2001). Istraživači koji su se bavili manjinskim identitetima pokušali su, uzimajući pritom u obzir individualne i grupne razlike, da implementiraju Eriksonov koncept (kom su pridodali i neka nova saznanja i iskustva stečena kroz praksu), kako bi se pripadnicima ovih grupa olakšalo da prodju kroz proces samoprihvatanja i socijalne transformacije.

a) Model formacije homoseksualnog identiteta

Model Kas (Cass 1979), koji je proistekao iz kliničke prakse i teorije razvoja identiteta, obuhvata javne i privatne aspekte identiteta, akcentujući šest faza njegovog razvoja. U prvoj fazi - *fazikonfuzije identiteta* – pojedinci se osećaju zbunjenima i uznemirenima; takva osećanja proističu iz nesklada koji se javlja između njihovih sopstvenih osećanja i potreba, i socijalnih normi koje su povezane sa homoseksualnošću. U drugoj fazi – *fazi identitetske komparacije* – kod pojedinca započinje proces osveščivanja sopstvnog homoseksualnog dela, koji može biti praćen socijalnom alijenacijom, i razdvajanjem njihovog javnog ja (koje je društveno označeno kao heteroseksualno) i privatnog ja (koje je homoseksualno). Tokom treće faze dolazi do *tolerisanja* novostečenog identiteta, da bi tek u četvrtoj fazi on bio *prihvaćen*. Proces samoprihvatanja uključuje i prihvatanje drugih pojedinaca iste orijentacije, čime se stvaraju uslovi za uspešnu socijalizaciju.

Nakon četvrte faze kod nekih pojedinaca i dalje figurira podela na javno ja i privatno ja, dok ostali dalje napreduju ka fazi *identitetskog ponosa*. U ovoj fazi se vrednosti vezane za sopstveni izbor zaista prihvataju a heteronormativi se odbacuju. Peta faza može doneti oslobađanje ljutnje, usled jasnog osveščivanja opresije, te se kao posledica ovog proces može javiti izbegavanje kontakta sa heteroseksualnim grupama. Šestu fazu - *sintezu identiteta* odlikuje

kompletna integracija svog lezbejskog ili gej identiteta u ostale aspekte ličnosti, što omogućava i otvorenost (prihvatanje) heteroseksualnosti bez osećaja ugroženosti (Cass 1979; prema: Clarke & Ellis 2010).

b) Fasingerov inkluzivni model formiranja lezbejskog i gej identiteta

Savremeniji pristup, koji uvodi Fasinger, integriše različite vrste identitetskih modela (LGBT identitet, rasni identitet) i feminističke teorijske postavke, objedinjujući ih u kontinuirani, cirkularni proces (Cohran 2003). U okviru ovog pristupa izdvojene su četiri faze: *osveščivanje, ekspoloracija, produbljivanje i posvećenost, internalizacija i sinteza*.

Odlika prve faze je shvatanje individue da heteroseksualnost nije jedini izbor, niti univerzalna norma, ali da se njegova/njena shvatanja i potrebe razlikuju od socijalno poželjnih vrednosti koje zastupa socijalna sredina, porodica, prijatelji. Sledeća faza *ekspoloracije* je veoma dinamična i zahtevna, jer donosi mešavinu osećanja. Prvobitno osveščivanje ljutnje i povređenosti, usled prepoznavanja opresije i pritiska na konformiranje u odnosu na heteroseksističke standarde, preobražava se u pozitivno uzbuđenje, usled otkrivanja jednog novog (svog) sveta, gde individua oseća da pripada. U trećoj fazi *produbljivanja i posvećenosti* osvaja se dubinska samospoznaja, kroz začetke prihvatanja sopstvenog seksualnog identiteta, dok u poslednjoj fazi nazvanoj *internalizacija i sinteza* prihvatanje biva u potpunosti integrisano, te donosi osećaj ispunjenosti i otvara interakciju ka drugima (nevezano za njihovu seksualnu orijentaciju).

4.3 Gej afirmativna praksa

„O kakvim mi to politikama, zapravo, govorimo, ako smo fokusirani jedino na probleme s kojima se suočavaju oni nad kojima se vrši opresija, umesto da se usredsredimo na probleme koje stvaraju oni koji su opresori?“ (Kitzinger 1997, 213).

Stav da homoseksualnost predstavlja jedan od mogućih, adekvatnih i konstruktivnih načina života, ukoliko je kompatibilna sa psihološkom dobrobiti osobe, osnovna je okosnica gej afirmativne prakse. Ova praksa, koja je uvedena 80-tih godina, može se označiti kao savremena, jer proističe iz praksi personalnog (samo)afirmisanja i afirmisanja seksualnosti (Lago & Smith 2003).

Gej afirmativna praksa predstavlja izazov tradicionalnom pristupu, u okviru kog se još uvek homoseksualna želja i orijentacija doživljavaju kao patološke, a zasniva se na posebnoj oblasti psihološkog znanja. Homofobija se posmatra kao ključna patološka varijabla, jer pokazalo se da upravo ona (a ne homoseksualnost kao takva) doprinosi razvitku patoloških simptoma kod gej muškaraca, što govori o tome da je vezana za pounutrenu opresiju (Maylon 1982, 69; prema: Lago & Smith 2003).

Ova praksa je i dalje u razvitku i ne odlikuje je teorijska koherentnost. S obzirom na to da još uvek nisu jasno definisane njene mogućnosti i opseg njene praktične primene, i dalje je tretirana kao korpus manjinskih prava u oblasti psihoterapije. Stoga se ona i dalje zasniva na naporima i inicijativama samih praktičara, koji svoje lične stavove žele da prenesu budućim generacijama. Da bi se osoba na kompetentan način bavila gej afirmativnom psihoterapijom, potrebno je da konstantno osvešćuje sopstvene skrivene predrasude prema seksualnim različitostima i homoseksualnosti. Čak i homoseksualno opredeljenje samog praktičara/praktičarke ne garantuje da on/ona neće, usled pounutrene homofobije ili zbog straha od sopstvene seksualnosti, ispoljiti negativne stavove ili emocije u vezi sa homoseksualnošću. Gej afirmativna praksa se, mora sprovoditi uz osećaj povezanosti sa svetom, a posebno imajući u vidu iskustva LGBT osoba, te je s tim u vezi neophodno konsultovati različite izvore informacija (naučne izvore, književnost, film, biografije, svakodnevni život) (isto).

Ovakvu vrstu prakse nije moguće primenjivati na isti način u radu sa svim klijentima/klijentkinjama i potrebno je, u samom startu, predvideti mogućnost odstupanja od zadatog okvira. S druge strane, date su i široko strukturisane, suštinski važne smernice, koje se mogu primenjivati u radu sa svima, ma kako da su oni pozicionirani u širokom spektru LGBT grupa. Perlman navodi nekoliko generalnih smernica, koje se mogu shvatiti kao neka vrsta uputstava za rad u okviru gej afirmativne prakse:

1. Nega i ojačavanje zdravih kapaciteta klijenta, uz prepoznavanje i preveniranje dejstva kontratransfera. Klijent, zbog sopstvene pounutrene homofobije, može reagovati s anksioznošću, gađenjem, averzijom, ljutnjom, nelagodnošću, strahom, dislociranjem. Ukoliko terapeut/terapeutkinja nije u potpunosti osvestio/la sopstvenu pounutrenu homofobiju, on/ona može nesvesno (kontratransferno) podsticati ovakvu vrstu reakcija kod klijenata.

2. Razvoj samosvesti terapeuta i preispitivanje njegovih sopstvenih uverenja u vezi sa seksualnom različitosti. Prihvatanje seksualne različitosti je potrebno integrisati u celokupan lični sistem funkcionisanja, što se označava i kao “rad putem osećanja”. Potrebno je, zapravo, proniknuti u različite slojeve sopstvenog seksualnog identiteta, koji je puno širi od osećaja privlačnosti prema osobama istog ili suprotnog pola. Akcenat se pritom ne stavlja na ono što je u seksualnom smislu različito, već na životno iskustvo koje je proisteklo iz takve vrste izbora.

3. Sve homoseksualne osobe su rođene u heteronormativnom svetu i socijalizovane da i same postanu takve; posledica toga je internalizacija neprijatelja, tako da politička borba mora obuhvatiti samokritičnost i samokreiranje (samoinventivnost) (Karban 2011).

Gej afirmativna terapija mora pomoći rekreiranje identiteta, koji je svakako urušen internalizovanom homofobijom i heteroseksizmom. Za rekreiranje ideniteta, potrebno je imati adekvatnu mrežu podrške i važno je upućivati klijente da se uključe u gej zajednicu, ukoliko za to postoji mogućnost. Način na koji ovakva praksa funkcioniše poziva na afirmativnost izbora, i može se primeniti na sve druge marginalizivane grupe. Postoje razlike u načinima skrivanja svog identiteta, gde je LGBT osobama lakše da maskiraju svoj identitet, ukoliko se na to odluče, i postanu deo opresivnog sistema, dok npr. osobe tamne boje kože to ne mogu učiniti. Upravo zato govorimo o jednoj upornijoj i dugotrajnijoj brobi protiv skrivanja i konformiranja, koje na duže staze nije dobro rešenje.

Kovsun i njegovi saradnici dopunjavaju svoje preporuke za gej afirmativnu praksu sledećim stavkama:

- U okviru gej afirmativne prakse trebalo bi pratiti aktuelna dešavanja, kako bi se adekvatno intervenisalo u datim situacijama;

- O čemu god da klijent želi da razgovara, potrebno je razmotriti na koji način je njegovo seksualno opredeljenje uticalo na izbor te teme, kao i na koji način su reakcije od strane sredine uticale na to;
- Potrebno je razumeti rodne konstrukte koje je klijent izgradio; do te vrste razumevanja dolazi se uvidom u klijentovu ličnu istoriju, te analizom poruka koje je on primao u porodici i sredini;
- Ne treba podržavati ideje da je strejt ili gej opredeljenje bolje ili gore od bilo kog drugog opredeljenja;
- Potrebno je poznavati istoriju homoseksualnosti i koristiti sve dostupne izvore informacija, u cilju boljeg razumevanja ciljne grupe;
- Potrebno je praktikovati autorefleksivnost, pratiti sopstvena osećanja i kontratrasfere, i konstantno raditi na njima. Ukoliko terapeut primeti da se tokom rada javljaju otpor i zastoj, koji proističu iz njegove lične dinamike, najbolje je da, sve dok se taj problem ne razreši, prepusti nekome os svojih kolega da nastavi rad sa klijentom (Lago & Smith 2004).

Gej afirmativne prakse su kompatibilne sa principima socijalnog rada. S jedne strane se naglašava odnos pojedinca i njegovog okruženja, dok se, s druge strane, ističe značaj jačanja kapaciteta.⁷⁰ Ideja je, naime, da LGBT osobe treba da iskoriste sve svoje potencijale i kapacitete kako bi se nosili sa izazovima kulturalnih kompetencija. I samo učešće u gej afirmativnoj praksi predstavlja jedan vid rada na razvijanju sopstvenih kulturalnih kompetencija, a isto važi i kada govorimo o kulturalno osetljivim terapijskim praksama, koje se primenjuju u radu sa pripadnicima rasnih i etničkih manjina (Van Den Bergh & Crisp 2004 prema Lago & Smith). Ova praksa nije strogo definisana, te se može primenjivati u različitim oblastima i u radu s različitim ciljnim grupama (kako u individualnom, tako i u grupnom radu).

Klijenti LGBT orijentacije su odredili koje su, po njihovom mišljenju i na osnovu njihovog ličnog iskustva, pozitivne i negativne karakteristike samih terapeuta. Po njihovoj proceni, pozitivne karakteristike terapeuta su sledeće: pozitivan stav prema seksualnoj orijentaciji klijenta, prihvatanje same ličnosti klijenta, rad na internalizovanoj opresiji i strahu. Negativne karakteristike terapeuta su sledeće: stid i izbegavanje tema koje su vezane za

⁷⁰ Praktičari koji koriste afirmativni pristup po potrebi u njega unose i različite elemente koji uključuju: (a) savetovanje lgbt osoba po pitanju samodeterminisacije i coming out-a, kada, kome, i na koji način bi to trebalo uraditi); (b) fokus na identitetima kroz prizmu zdravlja, a ne bolesti (Davies 1996); (c) podizanje nivoa svesti u odnosu na poruke koje dobijaju od drugih (Gonzales 2013).

homoseksualnost, negativne reakcije, preuranjene pretpostavke (terapeut nagada koje je seksualno opredeljenje klijenta, pre nego što je ovaj bio spreman da to sam podeli), posmatranje homoseksualnosti kao poremećaja, stavljanje previše velikog akcenta na pitanje seksualne orijentacije (uz zanimarivanje drugih, takodje relevantnih aspekata identiteta klijenta), smeštanje klijenata u okvir heteroseksualnosti, uz izražavanje negativnih stavova o homoseksualnosti (Bartlett, King & Phillips 2001; Garnets et al., 1991; Hayes & Gelso, 1993 prema Israel 2008).

4.3.1 Lezbejke

Lezbejke su dvostruko marginalizovna grupa, kako u društvu, tako i u oblasti mentalnog zdravlja, jer su izložene dvostrukoj opresiji – kao žene i kao pripadnice seksualne manjine. U procesu patologizacije lezbejki i biseksualnih žena, medicina je, pored stigmatizacije, imala vodeću ulogu, jer je bila pozvana da iznosi mišljenje o njihovom opštem, i o mentalnom zdravlju (Crisp 2007).

Zdravlje lezbejki se formira kao zasebna istraživačka oblast tokom 80-tih godina. Istraživači se, u okviru ove oblasti, bave specifičnim oblicima zdravstvene ugroženosti lezbejki (npr. ekscesivnim pušenjem i intenzivnom upotrebom alkohola i opijata), kao i njihovom izloženošću rizicima psihološkog porekla (npr. riziku od suicida) (Aaron et al. 2001, Cochran et al. 2001, Gruskin et al. 2001, King et al. 2008 prema Heller 2007).

Vremenom se ustanovljava da svaki vid kategorizacije, koji počiva na ideji o postojanju tzv. dobrih i tzv. loših oblika ponašanja, jeste neutemeljen i patologizirajući, jer reprodukuje stereotipe o devijantnosti manjinskog seksualnog izbora. Tokom 90-tih godina teorijski pristupi se dodatno artikulišu, usvajanjem koncepta socijalne pravde, kao i putem kritike diskriminacije i sistemske opresije, koji pogubno utiču na mentalno i fizičko zdravlje lezbejki (Miller et al. 1995, 431). U istom periodu, ustanovljeno je da privatna sfera predstavlja prostor najizraženije opresije, jer upravo članovi porodice vrše najveći pritisak na osobe drugačije seksualne orijentacije. Takodje, pokrenuto je i pitanje nasilja koje je prisutno u partnerskim odnosima (Dillon 2004).

Postoje dva osnovna, međjusobno suprotstavljena stanovišta u vezi sa poreklom homoseksualnosti: *esencijalističko*, na osnovu kog se tvrdi da postoje biološke i genetske predispozicije za pojavu homoseksualnosti, i *društveno-determinističko*, na osnovu kog se tvrdi

da presudan uticaj, u tom smislu, imaju rodne uloge, heteronormativnost i društvene norme ponašanja. Ova dva shvatanja su i danas aktuelna, i ikorporirana su kako u različitim teorijskim postavkama, tako i u planovima i programima za sprovođenje različitih društvenih inicijativa. Lezbejski pokret je 70-tih godina otvorio i pitanje seksualnog opredeljenja kao političkog izbora; socijalni konstruktivizam poslužio je kao teorijski osnov za izvodjenje političke akcije.⁷¹

Pitanje koje se postavlja tokom terapijskog procesa je da li je klijentkinja u stanju da otkrije svoje seksualno opredeljenje drugima (*coming out*). Jedna od grešaka koja se može javiti u radu s lezbejkama je da se, kako Burstov navodi, lezbejski odnos posmatra kroz prizmu ideje o heteroseksualnom odnosu. Shodno tome, veći stepen intimnosti, koji često karakteriše lezbejske odnose, ocenjuje se kao „infantilnost“, „simbiotska veza“ i sl. Takodje, ne uzima se u obzir činjenica da stigmatizacija, na indirektan način, značajno doprinosi formiranju takve vrste odnosa (Burstow 1996).

U heteronormativnom ambijentu svakodnevnog života, kod klijentkinja se učvršćuju osećanja sramote i krivice, što se potom transponuje na oblast terapijskog rada, i to u početku obično kroz igorisanje ili negiranje sopstvenog seksualnog izbora (Fish 2006; Burstow 1996). Psihodinamski orijentisani teoretičari/teoretičarke smatraju da se uzroci samoprihvatanja i otvorenosti u odnosu na sopstvenu seksualnu orijentaciju nalaze u interpersonalnim iskustvima osobe, te pojedini autori proces *coming out*-a objašnjavaju uz pomoć Bolbijeve teorije vezivanja (Fraleley & Shever 2000).

Iskustvo koje je osoba stekla u odnosima sa članovima porodice, pa i u sklopu širih društvenih odnosa, utiče na formiranje potrebe za otvaranjem, kao i na sklonost da se traži emocionalna podrška od drugih (do formiranja takve vrste potreba i sklonosti dolazi još u ranom detinjstvu, da bi se one, u kontekstu psihoterapije, reaktivirale). Bitno je napomenuti da su mnoge lezbejke dobile podršku koja im je bila neophodna od strane aktivističkih i feminističkih organizacija (Harding & Brooks 1987). Tokom same terapije,iskusne feminističke terapeutkinje usredsređuju pažnju na internalizovanu homofobiju, bez obzira na inicijalni problem zbog kog je klijentkinja-lezbejka došla na terapiju. Mnogi psihoterapeuti se osećaju uvređenim i

⁷¹ Lezbejske feminističke teoretičarke kritikuju koncept homofobije, jer individualizira predrasude prema homoseksualnim osobama, čime se ona shvata kao individualna karakteristika koju neko poseduje ili ne, a zanemaruje se uticaj društva u njenom kreiranju i održavanju (Kitzinger 1996).

odbačenim, kada se susretnu sa ženinim homoseksualnim izborom, dok se terapeutkinje u takvim situacijama mogu osetiti ugroženo, ukoliko prethodno nisu razrešile sopstvene stavove o seksualnosti.

U komparativnom istraživanju, koje je imalo za cilj da utvrdi frekventnost obraćanja psihoterapeutima kod osoba oba pola (različitih seksualnih orijentacija), procenjeno je da je broj žena homoseksualne i heteroseksualne orijentacije koji idu na terapiju manje-više isti. S druge strane, broj muškaraca homoseksualnog opredeljenja je, u kontekstu istog istraživanja, manji i od broja heteroseksualnih muškaraca i od broja žena, bilo da su one lezbejke ili heteroseksualne osobe. Žene obe seksualne orijentacije, kako se pokazalo, pokazuju simptome depresije („ženski poremećaj“), međjutim, veliki broj lezbejki je pokušao da izvrši suicid, a kod njih je zastupljen i problem upotrebe psihoaktivnih supstanci i alkohola (Tarvis 1992). Psihoterapijski rad sa pripadnicima LGBT populacije vrlo je odgovoran, usled pojačane osetljivosti pripadnika ciljne grupe. Stoga je potrebno voditi računa o svim aspektima psihoterapijskog rada: jeziku koji se koristi, stepenu sigurnosti koji se pruža klijentima i klijentkinjama, delovanju na osnovu uvida u diferencijalnu dijagnostičku sliku (postojanje traume, rizik od suicida, spremnost na otvaranje) itd.

Istraživači, pa i sami psihoterapeuti, skloni su da posmatraju lezbejske odnose stavljajući ih u kontekst heteroseksualnog modela okvira. Oni to čine jer veruju da se ti odnosi suštinski ne razlikuju od drugih vrsta odnosa, zanemarujući specifičnost koje ih svakako karakterišu. S druge strane, prisutna je tendencija patologiziranja lezbejskih odnosa, te se oni određuju kao “suviše intimni” i “simbiotski”. Argumentuje se da su u njima granice zamagljene; ukoliko je to tačno, potrebno je to rešavati terapijom, što ne znači da je taj kvalitet suštinski vezan za lezbejske odnose.

Ponekad i same feminističke terapeutkinje „tihu“ reprodukuju tradicionalne terapeutske obrasce, iako se oni zasnivaju na konceptu heteronormativnosti. Po mišljenju nekih feminističkih terapeutkinja, tendencija da se lezbejke depolitizuju usmerena je takodje u tom pravcu. Mičel i druge zagovornice feminističkog oblika terapije su, recimo, isticale da lezbejstvo i seksualna nezrelost predstavljaju znak zadržavanja na preedipovskom stupnju razvoja. Za razliku od njih, Blumštajn (Blumstein) i Švarc (Scwartz) navode da je važno osvestiti sopstveni „seksualni skript“. Statično shvatanje pojma seksualnosti, po mišljenju ovih autorki, treba zameniti dinamičnim shvatanjem, uz konstantno preispitivanje sopstvenog seksualnog identiteta (Clarke

& Ellis 2010). Za lezbejke, adekvatna lezbejsko–afirmativna, podržavajuća psihoterapija svakako predstavlja najsigurniji način da otkriju i/ili afirmišu sopstvenu seksualnost.

4.3.2 Rad s mladima

Osobe mlađeg uzrasta koje su osvestile (ili su na pragu da osveste) seksualnu pripadnost određenoj seksualnoj manjinskoj grupi, spadaju među najvulnerabilnije kategorije. Pored činjenice da su u osteljivoj i turbulentnoj životnoj fazi, izloženi su različitim pristiscima od strane osoba i institucija od kojih zavisi njihova emotivna, ekonomska i socijalna stabilnost. Škola, porodica i vršnjaci u tom periodu mogu biti stožeri sigurnosti, ukoliko njihove izbore prihvataju, ili u protivnom podrekivači nesigurnosti, samoodbacivanja i samoopresije. Stoga rad sa mladima zahteva vrlo pažljiv pristup, dobro poznavanje lične istorije klijenta/klijentkinje, poznavanje socijalne grupe kojoj on/ona pripada (ili bi želeo/želela da pripada) i društvenog i kulturnog konteksta u kojem se on/ona kreće, kao i poznavanje svih relevantnih aspekata njegovog/njenog identiteta (rod, rasa, klasa) (Morrow 1993).

Mladi su, čak, izloženiji riziku od ugrožavanja fizičkog i mentalnog zdravlja nego pripadnici LGBT populacije, jer su više skloni zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, lakše dolaze u opasnost da se zaraze nekom od seksualno prenosivih bolesti, i izloženiji su nasilju, kako unutar porodice, tako i izvan nje.⁷² Kod njih je, kako istraživanja pokazuju, prisutan veći stepen rizika od pojave depresije i frekventniji su pokušaji suicida (Lemoir & Chen 2005; Hartstein 1996; Hershberger et al. 1997; Lipkin 1999; Remafedi et al. 1993; Saulnier 1998 prema Crisp & McCave).

Način na koji će *coming out* biti izveden, ukoliko se mladi uopšte za njega odluče, zavisi od više faktora, ali je u najvećoj meri povezan sa samopuzdanjem (Boxer et al. 1999 prema Russel 2001) i odnosom koji oni imaju s roditeljima (Russel 2001). Interesantan je podatak da se višestruko marginalizovani pojedinci, koji su prethodno bili rasno diskriminirani, bolje snalaze u ovom procesu (Anderson 1998). Da bi se uspešno sprovela LGBT afirmativna praksa,

⁷² LGB grupe mladih koriste psihoaktivne supstance da bi izbegli emotivni bol (Cabaj 1996; Lipkin 1999; Rosario et al. 1997) i u priličnoj meri zbog toga što ne mogu da prevaziđu prepreke u socijalizaciji (Morrow 2013).

neophodno je poznavati ovu ciljnu grupu. Kada je reč o mladima, korisno je posedovati i dodatna znanja: a) poznavati terminologiju koju LGBT osobe koriste (njihov sleng); b) poznavati demografske karakteristike grupe i njenu unutrašnju dinamiku; c) poznavati važne datume u istoriji LGBT pokreta i znati koje ličnosti su je obležile; d) znati kako se primenjuju *coming out* modeli, tj. koje korake oni uključuju.

Neke od faza u okviru *coming out* procesa su univerzalne, u smislu da su podjednako relevantne za svakog klijenta, bez obzira u kom društvenom i kulturnom kontekstu on živi i deluje. Međutim, kada je reč o drugim fazama, potrebno je imati u vidu specifičnosti vezane za kulturne, rasne, rodne i druge razlike (Cass 1979; Coleman 1982; Eichberg 1990; Troiden 1988 prema Meyer 2003). Razvoj identiteta biseksualnih mlađih osoba u mnogome je specifičan i obično je praćen neprihvatanjem od strane vršnjačke grupe i okoline (Ryan & Futterman 1998). Kad je reč o ovoj subgrupi, treba staviti akcenat na razlikovanje *seksualnog identiteta* i *seksualnog ponašanja*. Iako pojedini pripadnici ove grupe mogu ispoljavati oblike ponašanja koje bismo mogli odrediti kao homoseksualne, oni sebe ne smatraju homoseksualcima. Dešava se i obrnut slučaj, da neko o sebi misli kao o pripadniku LGBT grupe, a da pritom ne stupa u seksualne odnose sa osobama istog pola.

S obzirom na to da su mlade LGBT osobe u izuzetno vulnerabilnoj poziciji, u radu s njima je potrebno uključiti i dodatne faktore: kreirati sigurnu sredinu; dopustiti da se oni sami razotkriju, bez iznošenja pretpostavki o njihovom seksualnom opredeljenju; pružati im aktivnu podršku u procesu razotkrivanja; proceniti da li je *coming out* siguran u odredjenom trenutku, imajući u vidu prethodno iskustvo, kapacitet klijenta i životne okolnosti u kojima se nalazi. Klijentima je, u procesu razotkrivanja, najvažnije pružiti osećaj sigurnosti i stabilnosti i obezbediti im adekvatnu socijalnu podršku. Ukoliko se psihoterapeut ne bavi ovom grupom, najbolje je da "prosledi" klijenta kolegi koji se bavi gej afirmativnom praksom.

4.3.3. Biseksualne osobe

Identitetska kategorija biseksualnosti, veoma je šarenolika i dok za jedne označava izbor osoba oba pola, za druge je baziranje seksualnih izbora na ličnosti, a ne na polu ili rodu

(Gurevich et al. 2007). Za neke osobe, odrednica biseksualnosti predstavlja trenutno, tranzitno stanje, u kom dolazi do postupnog prihvatanja sopstvenog homoseksualnog izbora. On se, zavisno od karakteristika socijalne sredine, prihvata s manje ili više poteškoća. Za druge, pak, biseksualnost predstavlja pokušaj da se, u okviru sopstvenog homoseksualnog izbora, izgradi adekvatniji doživljaj sopstva, koji doprinosi osećaju fluidnosti sopstvenog identiteta. Biseksualnost, takodje, može predstavljati i deo *coming out* procesa. Međutim, ovaj pojam se koristi i kako bi se odredila stabilnija identitetska pozicija za pripadnike/pripadnice oba pola/roda, koja uključuje čitav spektar različitih mogućnosti, kako u doživljaju sebe, tako i u odnosima s drugima.⁷³

Biseksualne osobe su često marginalizovane u okviru LGBT zajednice i zamera im se što ne uzimaju učešća u borbi za ostvarivanje homoseksualnih prava (Cowsun 2000).⁷⁴ One ne funkcionuju u okviru binarnih podela (koji se uspostavljaju i u manjinskim grupacijama, a ponekad se smatraju i nužnim), i široko je rasprostrajena predrasuda o njihovom promiskuitetnom i nestabilnom ponašanju. Ponašanje poznato kao *bifobija* podrazumeva marginalizovanje i diskriminisanje biseksualnih osoba, a argumenti koji se pritom koriste zasnovani su na upravo pomenutim predrasudama (Werzer-Lang 2008). Biseksualnost nije dovoljno istražena usled nedovoljne zainteresovanosti istraživača za tu vrstu pitanja i problema, kao i zbog poteškoća koje nastaju pri pokušaju klasifikovanja biseksualne orijentacije među druge oblike seksualnih različitosti. Postojeća literatura na tu temu bavi se mahom pitanjem njihovog određenja, i puna je diskusija o tome mogu li oni biti definisani kao legitimna seksualna orijentacija ili ne (isto).

Klinički psiholozi, koji biseksualnost posmatraju kroz prizmu binarnog modela mišljenja, smatraju da ona predstavlja jednu od manifestacija slabosti koje postoje na nivou organizacije ličnosti, ili je pak određuju kao problematičnu u odnosu na “čista” seksualna opredeljenja

⁷³ Kirsten McLean (2004) je, istražujući biseksualne parove, došla do zaključka da oni koji su u otvorenim vezama kreiraju pravila koja se u velikoj meri oslanjaju na rodne aspekte i, zapravo, reprodukuju heteronormativnost. Biseksualke su dozvoljavale svojim partnerima da budu u paralelnim vezama sa drugim muškarcima, ali ne i sa drugim ženama, a muškarci su bili otvoreni za ideju da partnerke imaju odnose sa drugim ženama, ali ne i sa drugim muškarcima.

⁷⁴ Pojedine lezbejske aktivistkinje vide biseksualnost kao čin političkog povlačenja pred izazovom patrijarhata, koji predstavlja glavni cilj borbe.

(Firestein 2007).⁷⁵ Biseksualci su, sudeći po podacima kojima raspolažemo, izloženi većem broju stresora i imaju više psiholoških poteškoća nego lezbejke i gej muškarci (Jacomb & Christensen 2002 prema Witten & Eilen 2012).⁷⁶ Psihoterapeuti/savetnici koji rade sa biseksualnim osobama bi trebalo da prepoznaju multiple načine na koje biseksualne osobe definišu svoj identitet, da prepoznaju različite nivoa njihovog stereotipiziranja, da upućuju biseksualne osobe na to kako da se izbore sa ovim i drugim problemima itd. Važno je, takođe, znati da su pripadnici ove grupe izloženi opresiji koja dolazi sa svih strana. Oni mogu imati osećaj da, usled nemogućnosti da se odrede i nadju sopstveno mesto u društvu, nisu ispunili očekivanja drugih, niti heteronormative, niti očekivanja seksualno manjinskih grupa (Weise 1992).

4.3.4 Transrodne –pozitivne prakse

U okviru LGBT psihologije ne posvećuje se dovoljno pažnje iskustvu osoba trans i kvir orijentacija. Obe kategorije se konstantno menjaju, kako u pogledu statusa koji imaju u društvu, tako i u pogledu načina na koji same sebe definišu. Nedoumice u pogledu transesekualnog identiteta i razdvajanja njegovih rodnih i seksualnih aspekata (da li su transrodne osobe heteroseksualne, homoseksualne, biseksualne?), proizvod su, uglavnom, zapadnih socialnih teorijskih modela. U drugim društvima i kulturama ovakva vrsta pitanja se često i ne postavlja, a biseksualni oblici ponašanja prihvataju se bez zadržke (McLelland 2003).⁷⁷

U većini društava je, ipak, prisutna transfobija, negativan vid reagovanja na osobe koje ne žele da se konformiraju u skladu sa rodno normiranim ponašanjem, pa ni u skladu sa izgledom koji imaju pripadnici većinske populacije (Hines & Sanger 2010). Transfobija se, kao i seksizam i rasizam, može ispoljiti u vidu neodobravanja i ignorisanja, ili u vidu verbalnih i fizičkih napada. Diskriminacija transrodnih osoba, posebno ukoliko je dirigovana od strane

⁷⁵ U jednoj od studija koja je istraživala stavove terapeuta o biseksualnim osobama (Mohr 1999) rezultati su pokazali da, iako je polovina pokazivala umeren ili pozitivan stav, čak 33% je smatralo da bi njihov lični stav mogao da ima uticaj na terapijski odnos.

⁷⁶ U periodu od 1950 do 1970-tih godina većina psiholoških istraživanja portretirala su LGBTQ osobe kao bolesne, abnormalne i devijantne, dok se biseksualne čak i ne pominju (Kitzinger 2003).

⁷⁷ U Indoneziji postoji kategorija osobe koja se označava sa *calabai*. Reč je o osobama koje su u muškom telu, ali koje sebe ne doživljavaju ni kao muškarce ni kao žene, a i društvo im ne nameće obavezu da se samodefinišu. Oni su slobodni da stupaju i u homoseksualne i u heteroseksualne odnose, i to se ne smatra problematičnim načinom izražavanja ideniteta. Videti: Graham 2004.

institucija, otežava njihov svakodnevni život i funkcionisanje, kao i njihova prava na rad i zdravstvenu zaštitu (ona je naročito važna za one transrodne osobe koje su izvele operaciju promene pola). Transrodne osobe su prinudjene da prođu kroz strogu psihološku proceduru, kako bi se procenilo da li im je potrebno raditi operativni zahvat.

Proučavajući faktore rezilijentnosti transrodnih individual, Sing, Hejs i Votson su izdvojili pet osnovnih faktora koji je određuju: stvaranje samogenerisane definicije rodnog identiteta, samovrednovanje, svest o opresiji, povezanost sa suportativnom socijalnom mrežom i održavanje nade u bolje sutra (Singh, Hays & Watson 2011; prema: Ali 2014). Kod transeksualnih osoba prisutna je tendencija izbegavanja obraćanja terapeutima za pomoć, kako u institucijama, tako i van njih. Ona može biti izraz straha od nerazumevanja i osude, ali i posledica velikog broja loših iskustava, jer većinska populacija, generalno govoreći, nije senzitivna u odnosu na njihove potrebe, niti ima dovoljno znanja o njima. Kako sami klijenti navode, i sami terapeuti se, tokom procesa terapije, pozivaju na zastarele modele transrodnosti, poseduju netačne informacije, koriste neadekvatan i uvredljiv jezik, tokom terapije se usredsređuju na sporedne stvari itd. (isto)⁷⁸

U savremenim psihološkim i psihoterapijskim pristupima sve više se konceptualizuju afirmativne ili *transpozitivne prakse* i pristupi u radu s transrodnim osobama. Ovakvi pristupi podržavaju terapeute u tome da postanu kritični prema patologizaciji i dijagnostikovanju, i potraže odgovore i u samom iskustvu svojih klijenata i specifičnostima koje promena pola sa sobom nosi. Među transpozitivnim praksama veoma su dragocene one koje su kontekstualizovale same transrodne osobe, deleći svoja dobra i loša iskustva u terapiji (Carroll, Gilroy & Ryan 2002; prema Raj 2002).

Transrodne osobe preferiraju rad s terapeutima koji su *iskusni u ovoj vrsti terapije*. Najbolje je ako su oni društveno angažovani u svojoj zajednici povodom ovakvih pitanja (Benson 2013).⁷⁹ Klijenti visoko vrednuju *fleksibilnost* u pristupu, terapeute koji ih *prihvataju* i *poštuju* i koji *ne očekuju da će ih sami klijenti edukovati o pitanjima vezanim za transrodnost*

⁷⁸ Takođe, klijenti su primetili da su terapeuti skloni brzopletom davanju dijagnoza i nejasnoj dijagnostici. Oni kažu da terapeuti nemaju poverenja u klijente, da traže od njih da izvade zdravstvene potvrde za medicinske tretmane, i da su generalno nepoverljivi kada je reč o “drugačijim” iskustvima.

⁷⁹ U literaturi o transrodnim osobama, često se može naići na termin saveznik (allies). Adekvatnu pomoć transrodnim osobama može pružiti samo neko ko se detaljno bavi njihovim iskustvom i problemima, ali i širim pitanjem političke borbe za ostvarivanje njihovih prava i sloboda.

(poštuju se oni terapeuti koji su adekvatno pripremljeni za rad sa tranrodnim osobama) (Benson 2013; Rachlin 2002).

Preporuke terapeutima koji rade sa ovom ciljnom grupom dele se na *teorijski orijentisanepreporuke* (u okviru kojih se pokušavaju izgraditi terapijski modaliteti koji pogoduju radu s transrodnom populacijom) i *procesno orjentisanepreporuke* (koje su orijentisane na sam terapijski process, kao i na njegove univerzalne aspekte).

Procesno orjentisane preporuke terapeutima su sledeće:

- Terapeut/terapeutkinja treba da bude radoznao/la, ali i da vodi računa da to ne pređe u voajerizam
- On/ona treba da deluje kao agens značenja (i promene), ali da pritom ne govori umesto klijenata
- On/ona konstantno treba da preispituje sopstvene rodne pozicije, ali i da vodi računa o kontratransferu
- On/ona treba pažljivo da sasluša klijenta, kako bi se izbegla mogućnost pogrešnih interpretacija, verbalno neadekvatnih formulacija ili izolovanja (Ansara 2010; Benson 2013; prema Loue 2013).

Teorijsko uporište ovih praksi proističe iz različitih izvora, u odnosu na koje su transpozitivni pristupi takođe zauzeli kritički otklon. Oslanjaju se, između ostalog, na postmodernu psihologiju, koja analizira načine operisanje nauke u ideološkoj funkciji moći. Postmoderna psihologija se više bavi diskursima i odnosima moći nego pojedinačnim subjektima, iako je interesuju mehanizmi organizovanja ljudskog iskustva u istorijskim, političkim i kulturalnim kontekstima. Stav postmoderne psihologije bi se mogao, ukratko, odrediti kao: *psihološko je uvek političko*.

Transpozitivni pristup se, kako navodi Kvin, može odrediti kao *terapija orijentisana spram klijenta*. Ovaj pristup omogućava klijentu da sam donosi odluke o toku terapije, kao i da, tokom terapije, iznosi sopstvena iskustva o samom terapijskom procesu. Zauzimanje pozicije ne-prosuđivanja i ne-pretpostavljanja u terapijskom odnosu podrazumeva samoreflektivnost, kako unutar terapijskog procesa, tako i izvan njega. Ta pozicija se označava kao "*pozicija minimalnog ugrožavanja*", jer se terapijska uloga i ekspertiza dele s klijentom, pri čemu klijent iznosi svoje

lične sadržaje, a terapeut ih *kontekstualizuje*. Lobiranje i uključenost u zajednicu su, također, važni preduslovi uspešnog terapijskog rada. Kao izraz podrške i obostranog poverenja, terapeut je spreman da, ukoliko je to potrebno, podeli svoja lična iskustva sa klijentom. Ističe se i važnost empatije i bezuslovnog pozitivnog stava (Ali 2014).

U istraživanjima se ne posvećuje dovoljno pažnje potrebama transrodnih osoba tokom tranzitnog perioda. S druge strane, podaci kojima raspolažemo ukazuju na to da je potrebno ustanoviti trans-specifičnu kliničku procenu (Kaenagy 2005). Da bi se izbegla patologizacija transrodnih osoba, koja je posebno izražena u njihovoj tranzitornoj fazi, neophodno je adekvatno definisati oblast dijagnostike koja se bavi poremećajima rodnog identiteta (gender identity disorder).

WPATH (*The World Professional Association for Transgender Health*) predlaže da se, kako bi se omogućila suportativnost u terapijskom odnosu, pažnja usredsredi na stres, koji je izazvan inkongruentnošću roda, a ne na sam rod. Takva vrsta pristupa bi doprinela povećanju sposobnosti klijenata da se nose sa stresnim situacijama. Kao rezultat lobiranja WPATH-a i drugih srodnih organizacija, u DSM-VI klasifikaciji je dijagnoza poremećaja rodnog identiteta zamenjena odrednicom rodne disforije.⁸⁰ Iako je i ovaj termin usklađen s medicinskom dijagnostikom, on ipak nema konotaciju „poremećenosti“ ili „pogrešnosti“, već jasno ukazuje na postojanje nesklada između tela i duha kod transrodnih osoba. Taj nesklad se manifestuje kroz jaku želju osobe da bude tretirana kao osoba suprotnog pola, ili naprosto kroz jak osećaj pripadnosti drugom rodu. Očekuje se da će ova promena uticati kvalitativno na tretman transrodnih osoba i doprineti unapredjenju njihovog fizičkog i mentalnog zdravlja.

Pojedini autori su integrisali dostignuća multikulturalnog pristupa, pristupa socijalne pravde i feminističkog terapijskog modela (Frew & Spiegler 2012). Ono što je ovim pristupima zajedničko jeste težnja da se pruži otpor društvenim strukturama koje favorizuju odnose zasnovane na privilegijama i moći, i omogućavaju sprovođenje opresije nad klijentima. U okviru transrodne grupe, pojam porodice se definiše na specifičan način. Usled vladajućeg heteroseksizma i transfobije, u društvenoj atmosferi punoj negativnih stavova prema trans osobama, uobičajeno je da one budu odbačene od strane svojih bioloških porodica. Oni, stoga, u prvi plan stavljaju ideju tzv. izabrane porodice.

⁸⁰ Klinički fenomen rodne disforije posmatra se iz perspektive medicinskog modela, a ne iz perspektive modela mentalnog zdravlja. Kroz prizmu modela mentalnog zdravlja se procenjuje indikovanoost daljeg tretmana, koji može uključivati hormonsku supstitucionu terapiju i/ili anatomsku akomodaciju, u cilju usklađivanja postojećeg nesklada.

4.3.5 Kvir određenje

Kvir identitet je potpuna novina u načinu samoodređenja, jer etiketiranje ne odbacuje, već prvobitno negativni epitet preuzuma, dekonstruiše i zatim prerađuje u sociopolitičkom kontekstu. Izrastajući iz feminističkih teorija koje su propitivale politiku identiteta – afroameričkog, postkolonijalnog, radikalnog feminizma, kvir se opirao fiksiranju identiteta kao nečeg što je osobi dato. Identitet je relacionala i kontekstualna kategorija, on je konstrukt, a ne prirodno stanje. Usložnjavanje i umnožavanje identiteta vodi ka diversifikaciji rodni uloga, što bi trebalo da vodi ka smanjivanju društvene opresije nad “drugačijim” pojedincima/pojedinkama. Kvir teorija preispituje nametnute patrijarhalne norme, tradiciju, običaje. S druge strane, ona afirmiše lično kreiranje životnih uslova, kulture i vlastite seksualnosti.

Pojam kvir može da se odnosi na postojanje mnoštva seksualnih izbora i opredeljenja, koji prevazilaze granice standardnog heteroseksualnog ponašanja i određenja (Staiberg 2012). Takvi izbori mogu uključivati čitav spektar identiteta, od gej i lezbejskih do transeksualnih, transrodnih i “upitnih” (questioning). S druge strane, takva vrsta izbora može biti vezana isključivo za seksualno ponašanje, ne i za seksualnu orijentaciju (isto). Stoga kvir određenje, koje podrazumeva multidimenzionalnost i privremenost izbora (koji može predstavljati izraz trenutne potrebe, ne stabilnu identitetsku dimenziju), predstavlja izazov ne samo za heteronormativnost, već i za modele određivanja seksualno manjinskih opredeljenja (Jagose 2006).⁸¹

Kvir osobama je bitno da kreiraju kontekst u kom ne postoji samorazumljiva, podrazumevajuća seksualnost, kao ni slepo sleđenje društvenih pravila vezanih za seksualnost (Jarić i Radović: Rečnik rodne ravnopravnosti: queer: 90, 127-128). Iako je pojam *queer* u početku konotirao dimenziju seksualnosti, u medjuvremenu je uključio dimenzije pola i roda, kao i druge „ose identifikacije“, koje se nikako ne mogu podvesti isključivo pod seksualnost

⁸¹Kvir prevazilazi postojeće dualizme i, podsećajući nas na politički karakter društvene konstrukcije pola i roda, u skladu sa Fukoovom teorijom, nudi nam nove perspektive u izgradnji identiteta. Kao intelektualna struja, kvir preispituje etiketiranje, polazući pravo na pluralitet identiteta. Odbija zatvaranje u jedan identitet, insistirajući na stalnoj reorganizaciji kategorija i njihovoj poroznosti, fluidnosti. Zato kvir identitet nije definisan onime što jeste, već promenama (Jagose 1996).

(dimenzije etnicitete, rasa i klase, koje se ukrštaju sa diskursima koji konstituišu ili razbijaju identitet)

Pojam identiteta i pojam ličnosti su usko povezani. Brojne teorije ličnosti nudile su različite vrste „istina“ o tome šta se podrazumeva pod pojmom normalna ličnost, a šta ne. Pojam normalnosti, kao što je već obrazloženo u prvom poglavlju, podložen je uplitanju politike i vrednosnih sistema, i obojen je predrasudama prema manjinskim grupama. Takođe, same teorije ličnosti nude različita viđenja rodnih identiteta, zavisno od predubedenja svojih autora. Za *queer* je najvažnije reći da je u procesu formiranja, i to bi mu bila i osnovna vrednost. Često se koristi kao kišobran izraz za koaliciju kulturno marginalnih seksualnih samoidentifikacija.⁸² Kritike *queer* koncepta kreću se od straha da će ovaj pojam umanjiti ili čak neutralisati rezultate borbe za lezbejski identitet poricanjem stvarnog postojanja lezbejki, zabrinutost da će pežorativni smisao reči *queer* dočekati ponovne pokušaje političkog vrednovanja, kao i otvaranja mogućnosti da se usled neodređenosti termina i kriterijuma pripadnosti u njega mogu uvući najrazličitije grupe bez jasnog kriterijuma (Jackson & Jones 1998).

Da li je moguće u *queer* teorijama identiteta pronaći alternativu za tradicionalne teorije ličnosti, i tako stvoriti mogućnost za neku novu vrstu procene? Sama *queer* teorija, čini se, ne pretenduje da postane zaleđe neke nove terapijske prakse. Ona, međutim, uprkos svojoj neeksplicitnosti i zamršenosti, nudi mnoštvo novih uvida i smernica, putem kojih bi se vremenom mogla iskristalisati ideja jednog novog pogleda na dijagnostiku i terapiju.

Politikama identiteta sadržaj nisu oduzele samo razlike između subjekata, već nesvodive razlike unutar svakog subjekta. S obzirom na ovaku složenu prirodu samoodređenja, postavlja se pitanje kako prići osobi koja se na taj način definiše u okvirima savetodavnog i psihoterapijskog rada. Mnogi teoretičari ohrabruju postmoderne pristupe u psihoterapiji, uključujući postmoderni fukoovski pristup psihoanalizi, gde se fluidnost shvata kao željena kategorija/pozicija. Za psihoterapeute je važno da, koliko god da uključe ovakve koncepte i filozofsko-političke pretpostavke u svoj rad, zadrže i znanja i formu psihoterapijskog rada u onoj meri u kojoj je to neophodno da se bavimo i pitanjem individualnog problema, u okvirima opšteg. Zahtev nije

⁸²Po Halperinu, *queer* se ne odnosi ni na šta određeno. On je identitet bez suštine a kao duboko protivurečan i relacion, on je težak predmet istraživanja. (Halperin 1995).

nimalo lak, jer je potrebno je zadržati fenomenološko iskustvo pojedinca, ali i uvažiti adekvatnu socio-političku dimenziju inherentnu potrebama.

Preporuke koje proističu iz terapijskog rada sa klijentima kvir orijentacije suštinski se ne razlikuju od preporuka proisteklih iz rada s pripadnicima LGBT grupe: reč je o inkluzivnim, afirmativnim praksama i pristupima, koji pre svega vrednuju osobeni izraz, izbor i fluidnost samoodređenja klijenta/klijentkinje, prateći njihove lične potrebe.

V Antiopresivni i inkluzivni terapijski rad u okvirima rase, klase, religije i višestrukih marginalizacija

5.1 Antirasistički pristup u psihoterapiji i savetodavnom radu

Rasizam, koji se pojavljuje u različitim formama, mahom kroz suptilne i prikrivene manifestacije, i danas je aktuelan društveni problem. Za politike mentalnog zdravlja, koje teže ravnopravnosti i inkluziji grupa koje su izložene opresiji, on svakako predstavlja veliki izazov. Mit o superiornosti bele rase, koji predstavlja osnovu rasizma, u prošlosti je potkrepljivan biologističkim, antropološkim, religijskim, psihološkim i drugim pseudonaučnim argumentima, a danas se obično dovodi u vezu sa lošom ekonomskom situacijom i klasnim razlikama. U multirasnim i multikulturnim sredinama, *bela većina* i dalje ima prvenstvo u pristupu društvenim resursima, pozicijama moći i medijima.

Osim institucionalizovanog rasizma, koji je, u paketu sa predrasudama i stereotipima, ugrađen u dominantni sistem vrednosti, u društvu je prisutan i interiorizovani rasizam, koga je teško prepoznati, a još teže ukloniti. Antiopresivni pristup, koji je ujedno i antirasistički, zasniva se na iskustvu strukturne nejednakosti, i polazi od pretpostavke da osobe druge boje kože, svesno ili nesvesno, prihvataju rasističke stavove i žive u skladu s njima. Antirasistička savetodavna praksa se, stoga, okreće pitanjima rasizma i kulturnih različitosti u okviru terapijskih odnosa, ali u u širem društvu (Lago & Smith 2004). Za psihoterapijski rad s pripadnicima rasnih manjinskih grupa, važno je dobro poznavanje mehanizma pounutrenog rasizma, koji je Agoro sistematizovao kroz najkaraktersitičnija verovanja:

1. Reprodukovanje belačkih rasističkih shvatanja

Rasizam i mržnja prema crncima se često ispoljavaju kroz predrasude o njihovoj seksualnoj neobuzdanosti i navodnoj sklonosti ka promiskuitetu („crni pastuv“), zatim kroz predrasude o njihovoj „urođenoj pasivnosti“ (ideja da pripadnici crne rase sa zadovoljstvom prihvataju belačku dominaciju, te su predstavljeni kao „srećni klovnovi“), o njihovoj sklonosti ka kriminalu („afrički prevaranti“), o crkinjama, kao *arhetipskimmajkama* („crna mama“).

2. Reprodukovanje kolonijanih odnosa

Crci su nekad radili kao robovi na plantažama, gde su bili izloženi najrazličitijim oblicima represije. To se reflektovalo na njihove unutargrupne i porodične odnose, te je tu dolazilo do fizičkog i seksualnog nasilja. Neki od takvih oblika ponašanja su i danas prisutni, iako je društveni kontekst izmenjen. Oni koji ne uvidjaju da iza ovakvih pojava stoje određene konstelacije društvenih odnosa, koji se zasnivaju na mehanizmima represije i diskriminacije, nejednakost između belaca i crnaca shvataju kao prirodno dat poredak.

3. Ispoljavanje mržnje unutar grupe

Ovaj vid mržnje se ispoljava putem nasilja koje crnci sprovode nad drugim crncima. Mnogi od njih, takodje, imaju loše mišljenje o osobama tamne boje kože, te izbeljuju svoju kožu, ili pak drastično menjaju svoj izgled kako bi bili što sličniji belcima. Isto tako, neki od njih odbijaju da prime pomoć (uključujući i terapijsku pomoć) od crnaca/crnkinja.

4. Prihvatanje i reprodukcija belčkih hijerarhija

Ova pojava se dovodi u vezu sa tzv. *šejdzizmom* (eng. shadeism): crna boja kože loše utiče na mišljenje koje osoba ima o samoj sebi (ono je negativnije, što je boja njene kože tamnija). Istraživanje rasne nejednakosti, koja su sprovedjena od 80-tih godina 20. veka naovamo, su, usled široke upotrebe koncepta multikulturalizma (koji je prihvaćen u različitim disciplinama, između ostalog u psihologiji, socijalnoj psihologiji itd.), bilo je prevashodno okrenuto pitanju konstruisanja identiteta. Postoje, kako je ustanovljeno, velike razlike u načinima konstruisanja identiteta, u zavisnosti od toga da li govorimo o pripadnicima bele ili o pripadnicima drugih rasa. Zapravo, reč je o suprotstavljenim, pa samim tim i komplementarnim procesima, putem kojih se, na indirektan način, reprodukuju i perpetuiraju društveni odnosi zasnovani na opresiji i rasizmu.

Proces **konstruisanja identiteta belaca**, koji se odvija uporedo sa njihovim osveščivanjem sopstvenih rasističkih stavova i predrasuda, sastoji se iz sledećih faza:

konformiranje – stepen potpune neosveščeniosti, koja utiče na nemogućost uviđanja rasnih i drugih oblika nejednakosti, jer se svet posmatra iz perspektive slepila za boju kože (kad je u pitanju psihoterapija, ilustracija je izbor terapeuta iste rase, uz racionalizaciju objašnjenja, prebacivanje na dimenziju iskustva ili npr. pola):

-Disonanca-konflikt - odlikuje se poteškoćom da se istovremeno prihvati postojanje dominacije bele rase, a i za sebe zadrži konforna pozicija. Uvid o postojanju nejednakosti je prisutan, a racionalizacija je takođe veoma čest mehanizam opravdavanja svoje pozicije (nije u redu što želim da idem kod terapeuta svoje rase, ali bolje ćemo se razumeti zarad sličnog životnog iskustva);

-Otpor–beli liberal – podrazumeva fazupreispitivanja sopstvenog rasizma, uz postojanje osećaja anksioznosti (ambivalencije) prema sopstvenom - belačkom identitetu. Rezultat ovakvih osećanja može biti preretano fokusiranje na ova pitanja u okviru terapije, na štetu pitanja koja su takođe važna a zanemarena (primer je paternalizujući odnos prema klijentu, podilaženje i prezaštićivanje klijenta, što je loše za napredak u terapijskom procesu);

-Introspekcija – stepen prihvatanja koji odlikuje veoma zreo pristup problemu rasizma, koji se kritikuje uz postojanje jasne granice o sopstvenoj odgovornosti, bez preplavljenosti (anksioznosti) u vezi toga (uradiću koliko je u mojoj moći za klijenta druge rase, bez preuzimanja odgovornosti za druge belce koji nisu ovako osvešćeni);

-Integrisana svesnost–sloboda – pretpostavlja postojanje pune svesti o političkoj i socijalnoj prirodi rasizma, pored lične i kulturalne dimenzije nastanka identiteta (terapeuti na ovom stepenu osvešćenosti spremni su da se kvalitetno bave antirasnim pristupom u psihoterapiji) (Sue & Sue 1998).

Rezultati mnogih istraživanja pokazuju da je veliki uticaj faktora boje kože na uspostavljanje dijagnoze i određivanje tretmana. Prisilna hospitalizacija crnih osoba je za polovinu veća nego što je to slučaj sa ostalim rasama (Jarvis 1986, 12), dok se dijagnoza šizofrenije čak i do 14 puta češće dijagnostikuje kod predstavnika ovih grupa (Cohran 2003). Kao kriterijumi se uključuju etnocentrizam, kao i klasizam, pojašnjenje postupaka ekonomskim faktorima, tj. siromaštvom većine pripadnika ove populacije u Velikoj Britaniji (Littlewood & Lipsedge 1980; Thomas et. al. 1993;).

Model kreiranja crnog identiteta, koji je Agoro prilagođava svom prethodnom konceptu, pretpostavlja slične faze, drugačijeg ishoda po pojedinca (Agoro; prema: Lago & Smith 2003):

-Konformiranje – u ovom slučaju, označava potpuno prihvataje bele kulture, kao i negiranje i potcenjivanje sopstvenog rasnog identiteta, i interiorizaciju belačkog rasizma (postoje preferencije ka radu s belim terapeutima ili belim klijentima, ukoliko je u pitanju psihoterapeut);

-Disonanca–konflikt – začetak svesti o postojanju rasne opresije kao i svest o sopstvenom kulturnom nasleđu, koje može stvoriti ambivalenciju između želje za konformiranjem i kritike rasne opresije (ambivalencija klijenta u odnosu na belog terapeuta, koja se prepoznaje kroz zatvaranje, otpor ili ublažavanje sadržaja);

-Realizacija/predavanje–crni separatizam – predstavlja pristup potpunog prihvatanja vrednosti sopstvene kulturne i rasne grupe, ali i veliki zazor, neprijateljstvo prema vrednostima bele rase, te se šejdizam odvija u drugom smeru, stepen zatamljenosti kože se povezuje s pozitivnim (izbor terapeuta ili preferencija klijenata se nužno vodi u okviru iste rase);

-Introspektivnost – podrazumeva razumevanje istorijske perspektive bele dominacije i ne nužno ostrašćenost, ali prihvatanje svih aspekata sopstvenog identiteta i osećaj zadovoljstva i ispunjenosti njegovim postojanjem. Ljutnja u odnosu na dominaciju belaca može se kanalisati na adekvatne načine.

-Sinergijska artikulacija/svesnost-sloboda – kao i kod pretodnog pristupa pretpostavlja postojanje visokog nivoa prihvatanja sopstvenog rasnog i kulturnog nasleđa i vrednosti, pozitivan stav u odnosu na sebe i na svoju grupu, ali i visok nivo uvažavanja drugih grupa i njihovih vrednosti. Odnos prema rasnoj opresiji i diskriminaciji je političan i socijalno osvešćen, tako da je i sam terapijski rad uključen u ove dimenzije.

Anti rasizam

Multikulturalistički pristup, čija je osnovna postavka uvažavanje različitosti i promovisanje jednakosti svih rasa i kultura, prvi je ideološki okvir koji je poslužio formulisanju etičkog savetodavnog rada (vezanog i za rasne manjinske grupe). Vrlo brzo je doživeo kritike na račun preterane generalizacije i simplifikacije, vođene potrebom da se znanja sistematizuju i da se proces učenja maksimalno ubrza (Dardene & Mahtani 1999). Ovom pristupu takođe je zameran i nedostatak strukturalne analize rasizma, kao i manjak konceptualizacije rada na njenim efektima. U okviru multikulturalnih analiza nije se uzimalo u obzir ni pitanje klase, kao ni činjenica da se sama procena multikulturalnosti vrši iz okvira Britanskog belog imperijalizma (Lago & Smith 2003).

Ukoliko pristup u okviru terapijskog rada nije afirmativan (antirasistički), klijenti mogu ostati zarobljeni u okvirima mnogih pogrešnih uverenja. U njih spadaju:

a) *Slepilo za boje*

Reč je o mehanizmu (pristupu) koji minimizira pitanje rase, jer ga smatra irelevantnim i sekundarnim. Ukoliko klijent otvori to pitanje, terapeut koji je „slep za boje“ će pomisliti da klijent pruža otpor terapiji ili da ima pogrešna uverenja;

b) *Objektivizacija procesa*

Reč je o uverenju da je terapijski proces oslobođen rasnih i drugih predrasuda, tj. da je on objektivn, egzaktan i neutralan.⁸³ To dalje vodi ka pogrešnom uverenju da i terapeuti moraju biti takvi (objektivni i neutralni), te se problemi ne uočavaju ili ne prihvataju.

c) *Patologizacija crnačkog otpora*

Ova vrsta uverenja se može javiti u kasnijoj fazi rada, ili pak ranije, ukoliko je reč o klijentu koji pokazuje veći stepen osvešćenosti u odnosu na rasna pitanja. Klijent ispoljava emocije besa i ljutnje, jer je svestan da je izložen opresiji i rasizmu. Iako „negativne“ emocije te vrste ukazuju na to da je klijent otvoren za rad, a posebno za bavljenje problemima rasizma i opresije, terapeut pojavu takve vrste emocija može protumačiti kao manifestaciju klijentove neuroze. To dovodi do klijentovog zatvaranja u sebe, ili do prekidanja terapijskog saveza. Po mišljenju feminističke teoretičarke bell hooks, koja se bavila pitanjima roda i rase, pojava tzv. „crnog besa“ (*black anger*) predstavlja adekvatnu, zdravu reakciju na opresiju i eksploataciju (hooks 1990). Bes i ljutnja su posebno značajni ukoliko se jave kod žena, upravo zato jer im njihova nametnuta rodna uloga nalaže da ne smeju jasno i glasno da ih ispoljavaju.

Feministička teoretičarka Odri Lord (Audre Lord) se, osim što se bavi problemima roda i rase, bavi i pojavom interseksionalnosti pounutrenog rasizma i seksizma. Razlog za nastanak ove pojave je, prema njenom mišljenju, višedecenijska tradicija ropstva, koja je usloвила pojavu

⁸³Ovakav pristup je kritikovan, jer odražava stavove srednje bele klase heteronormativnog vrednosnog sistema (Chesler 1989). Halucinacije su, u zapadnoj kulturi, shvaćene kao manifestacije patoloških stanja, dok u drugim kulturama one mogu predstavljati pokazatelja nečije duhovnosti, ili pak imati jasnu društvenu funkciju.

konstantne retraumatizacije i negativne samopercepcije, koje predstavljaju pounutrenu sliku bezvrednosti i ništavnosti.⁸⁴

U uvrežene stereotipe o crnim ženama (uključujući Latino-Amerikanke i Romkinje) ubrajaju se stereotipi o njihovoj „hiperseksualnosti“ i „ograničenim intelektualnim sposobnostima“, koji, uz ideju o „velikoj, crnoj mami“, funkcionišu kao neka vrsta opravdanja za seksualno nasilje koje se neometano sprovodi nad tim ženama. Ististereotipi se koriste i kako bi se opravdalo uskraćivanje osnovnih reproduktivnih prava pojedinim grupama Afro-Amerikanki, Latino-Amerikanki i Romkinja.⁸⁵

Struktura - crno : belo :: seksualno : čestito – komplementarna je sa ostalim dihotomijama koje se formiraju u okviru beličkog patrijarhalnog društva, a često im se pridodaje i dimenzija razdvajanja seksualnosti na emocije i instinkte. Prema mišljenju Džejn Fleks, feminističke teoretičarke, rasizam je poslužio belim muškarcima i ženama da relociraju aktivnu seksualnost u pravcu crnih žena; takav način ispoljavanja seksualnosti je, navodno, stran belim ženama, a posebno predstavnicama viših klasa (Flex 1993). Klasa i rasa se sjedinjuju kroz zahtev za prisustvom čistoće i čednosti. Naličje toga je zahtev da agresivnost i disperzivna seksualnost budu „uklonjeni“. Negativni kvaliteti se, stoga, prebacuju na *drugog*, kako bi se formirala željena slika o sebi.⁸⁶

Okvir za anti-rasističku praksu

Pojedini praktičari, pripadnici bele rase, uvidjaju da se u društvu sprovodi sistemska opresija nad pripadnicima drugih rasa. Pored toga što saosećaju s patnjom pripadnika rasnih

⁸⁴ Kako Odri Lord navodi, „ako je problem to što je neko žena, onda to što je neko crna žena predstavlja dvostruki problem“. U načinu na koji se crne žene (samo)kritikuju ogledaju se njihov osećaj deprivacije, ljutnja na majku, interiorizovani stereotipi i izneverena očekivanja budu savršene i da ispunjavaju potrebe dugih (Lorde 1984).

⁸⁵ Izgled pripadnika rasnih manjina uglavnom odstupa od ideala koje neguju pripadnici bele rase, što ovima stvara dodatni problem, i pojačava njihov osećaj nesigurnosti, neadekvatnosti, sekundarnosti. Načini nošenja s ovakvom vrstom pritiska su različiti, od pokušaja približavanja doninatnim estetskim kriterijumima (izbeljivanjem kože, ispravljanjem kose), do samodestruktivnosti ili povlačenja u sebe.

⁸⁶Romkinje, ovaploćene kroz lik neobuzdane Karmen iz opere Žorža Bizeta, u romantizmu dobijaju epitet slobodnih, divljih i seksualno samosvesnih žena. Ovaj stereotip, koji ima jasnu rasno-kulturološku osnovu, i dalje opstaje. Karmen predstavlja jedan od najkontraverznijih arhetipova evropske proze. Njen način života govori o potrebi za slobodom od civilizacijskih stega, ali i ukazuje na potrebu da se fantazije o seksualnoj neobuzdanosti žena odvoje od evroskog, belog i svima dostupnog modela žene. To se postiglo „pakovanjem“ ženske seksualnosti u egzotiku (Niremburg 2011).

manjina, oni osećaju sramotu i stid, jer pripadaju opresivnoj većini. Kako sami izjavljaju, tokom terapije se osećaju kao da „hodaju po ljusci jajeta“, napeti su, jer se usredsređuju na izbegavanje potencijalnih grešaka i fraza koje bi mogle biti neadekvatne (Jun 2010).

Koliko je važno da pažnja i usredsređenost postoje u pristupu, toliko je bitno i da fokus ne bude neadekvatan i opterećujući za klijente. Zbog toga je važno da ukoliko, kao terapeuti, radimo sa pripadnicima rasnih manjina, uzmemo u obzir da **boja kože** predstavlja samo jednu od njihovih odlika. Ukoliko je naš klijent/klijentkinja u poziciji da bira iz kog će aspekta svog identiteta započeti komunikaciju sa nama, to bi trebalo dopustiti i podržati. Svaka individua ima specifičan način pozicioniranja kategorije rase u okviru svih drugih idenitetskih odlika, i ne smemo izgubiti iz vida „širu sliku“ te prenebregnuti ostale karakteristike koje postoje.

Nivo akulturacije, način razmišljanja (obraci mišljenja), nivo osvešćenosti u odnosu na svoju rasnu odliku, boja kože terapeuta, način na koji je izgrađen terapijski savez, su sve faktori od kojih zavisi uspeh terapije. Veoma je teško znati unapred kako će terapijski odnos izgledati, pre nego što ustanovimo sve činjenice koje se tiču ličnosti klijenata, spremnosti i otvorenosti za rad, kapaciteta za promene. Ukoliko je praktičar zabrinut za način obraćanja klijentu, potrebno je da proverí sa njim/njom na koji način želi da se njegova/njena rasa imenuje tokom terapijskog rada.⁸⁷

Takođe činjenica je da nećemo biti od velike koristi, ukoliko projektujemo svoje viđenje (ili druga iskustva) opresije na naše klijente, jer generalizovanjem slike o rasnoj patnji ne možemo pružiti adekvatnu pomoć klijentu. Poželjno je, takođe, da ustanovimo na koji način se iskustvo i doživljaj sopstvenog identiteta po pitanju rase i kulturnih specifičnosti razlikuje kod našeg klijenta/klijentkinje u odnosu na njegovu/njenu porodicu, i koliko te razlike predstavljaju problem (Lago &Smith 2003).⁸⁸

Antirasistička psihoterapijska praksa je uslovljena specifičnostima ciljne grupe s kojom radimo (treba uzeti u obzir njihove kulturološke odlike i specifične društvene uslove koji dovode do opresije), ali ima i svoj opšti okvir delovanja. Da bi ona bila uspešna, moramo se dotaći *analize rasizma kroz strukturno razumevanje društva*, i to na osnovu sadržaja koje nam sami

⁸⁷Postoje velike varijacije i razlike na temu prihvatanja naziva; dok je jednima sasvim u radu nazvati ih crncima/crnkinjama, drugima je termin obojeni ili afro-amerikanac/ka jedino adekvatan. Slična situacija je i sa romskom populacijom, gde pojedini Romi instistiraju da ih zovu Cigani, iako se taj izraz obično procenjuje kao pežorativan.

⁸⁸Stepen prihvatanja pripadnosti svojoj rasi može se meriti i putem izdefinisanih kliničkih instrumenata skala (Yamada 1998).

klijenti iznose, pri čemu treba da zauzmemo *kritički stav u odnosu na etnocentrizam i rasizam*. Kriterijumi normalnosti i patologije, način na koji se interpretiraju značajne teme u kontekstu psihoterapijskog tretmana, pa i način na koji je kreiran sam psihoterapijski seting, produkti su zapadne civilizacije i sistema vrednosti kojim se rukovode pripadnici belaičke većine.

Od nas, kao terapeuta, očekuje se da upoznamo i naučimo da *poštujemo druge kulture*, zbog čega često moramo prevazilaziti vlastite kulturne barijere. Potrebno je, pre svega, da se dobro informišemo o „drugima“, kako bismo bili u prilici da osvestimo predrasude i stereotipe koje smo tokom života usvojili. U savremenoj društvenoj teoriji identitet je shvaćen kao relacionala, kontekstualna i procesualna kategorija, te bi terapeut trebao biti otvoren i za mogućnost promene vlastitog identiteta. Rad na sebi može biti dugotrajan (on, zapravo, nikad ne prestaje), i zahteva konstantu samorefleksivnost. Pounutreni vrednosni sistem samog terapeuta može predstavljati jednu od instanci koje zadržavaju klijenta u stanju samoodbacivanja. Terapeut bi, stoga, trebalo da bude spreman da dekonstruiše sopstveni sistem vrednosti, posebno ukoliko se pokaže da on predstavlja remetilački faktor u terapiji, i da bude otvoren za mogućnost rekreiranja vlastitog identiteta. Od klijenta se očekuje da, uz pomoć terapeuta, *uspostavi balans između svog unutrašnjeg sveta i sveta koji ga okružuje*. On bi trebao da radi na sebi i osvesti pounutrenu opresiju koju je usvojio socijalizacijom, što zapravo predstavlja cilj terapijskog procesa. (Lipsky 1998)

S druge strane, na način odvijanja psihoterapijskog procesa utiču i brojni eksterni faktori. Zbog mnoštva uvreženih stereotipa koji postoje i kod klijenata i kod samih terapeuta, terapijski rad sa klijentima, koji su pripadnici manjinskih rasnih i kulturnih grupa, znatno je zahtevniji nego rad sa pripadnicima većinske populacije. Postojanje diskriminacije se često racionalizuje i opravdava prisustvom brojnih faktora, te ponekad postoji problem njenog dokumentovanja; drugim rečima, potrebno je potvrditi da ona zaista postoji.

Kada je reč o dijagnostifikovanju i tretiranju mentalnih bolesti, žene iz trećeg sveta, koje žive u tzv. mešovitim sredinama (npr. u SAD-u), pripadaju kategoriji posebno ugroženih lica. Za to postoji više razloga, kako smatra Česler, ali je siromaštvo svakako najistaknutiji problem, jer ih ono sprečava da se obrate psihoterapeutima. Takođe, u faktore njihove ugroženosti spadaju i nedostatak statističkih podataka i brkanje rasizma s klasnim i rodnim predrasudama (Chesler 1997). Bilo da je reč o grupnom ili individualnom obliku rada, terapeut je u obavezi da poznaje karakteristike kulture iz koje njegova klijentkinja dolazi, a posebno je važno da zna kakva je

uloga žene u toj kulturi. Po mišljenju Česler, medijacija (pregovaranje o mogućnostima promene) se, u okviru terapijskog rada, odvija s obzirom na faktore *tradicije, moći i identiteta*.

Patrijarhat, po samoj svojoj definiciji, obezbeđuje moć muškim figurama u zajednici, kao i osobama koje deluju kao „produžena ruka“ muškaraca (svekrva, tašta). Klijentkinja koja dodje na terapiju interiorizuje patrijarhalne vrednosti kulture iz koje dolazi, i kao takva predstavlja neku vrstu metonimijskog znaka te kulture. Patrijarhalni sistem vrednosti je konzerviran i kao takav se „čuva“ u tradicijskim zajednicama, te je u njima on znatno zastupljeniji nego u većinskoj kulturi. Nije upitno, stoga, direktno diskreditovati odlike patrijarhata, jer to može rezultovati isključivanjem žena iz terapijskog procesa, a može dovesti i do njihove još veće izolacije.

Važan deo terapijskog procesa je stvaranje mreža podrške, koje je u početku najbolje praviti s članicama iste etičke/verske/nacionalne grupe, radi lakšeg uspostavljanja kohezije. Važno je poznavati karakteristike kulture iz koje klijentkinje dolaze, pa i njihove običaje vezane za održavanje porodičnih tradicija, kako bismo mogli da razumemo njihove simboličke oblike komunikacije.⁸⁹ Pripadnice određenih grupa pridržavaju se određenih pravila ponašanja, kao što je izbegavanje direktnog gledanja u oči (azijske žene), ili održavanje fizičke distance (žene muslimanske vere). Ukoliko terapeuta/terapeutkinja ne poznaje karakteristike kulture iz koje klijentkinja dolazi, njen pokušaj da izbegne svaku vrstu bližeg kontakta s terapeutom biće pogrešno protumačen.

Pored toga što moramo poznavati jezik i karakteristike kulture iz koje klijentkinja dolazi, neophodno je da znamo ispravno da protumačimo neverbalne signale koje klijentkinja šalje (naročito one koji se izražavaju govorom tela), kako bismo se uskladili sa njenim komunikacijskim stilom (isto). Porodice, koje teže da neguju tradicijske vrednosti diskvalifikovaće svaku vrstu terapijske pomoći koja nije usmerena ka uspostavljanju porodične integracije, bez obzira što terapeut/terapeutkinja pokušava da nađe rešenje za porodični konflikt. U radu s klijentkinjama koje dolaze iz drugačijeg kulturnog miljea terapeut bi trebalo sebi da dodeli ulogu „kulturnog asistenta“, nekog ko pomaže klijentkinji da konstruiše drugačije vrste kulturnih značenja. Stoga je potrebno konstantno tragati za najliberalnijim načinima tumačenja

⁸⁹ Eni Lau (Annie Lau), porodična terapeutkinja feminističke orijentacije, navodi primer upotrebe masaže u radu sa indijanskom porodicom. U severno-indijanskoj kulturi, masaža predstavlja jedan od prirodnih vidova komunikacije, te je terapeutkinja, uz pomoć nje, pomogla majci i kćerci da ponovo uspostave komunikaciju, koja je bila prekinuta nakon kćerkinog ulaska u pubertet (Hill&Ballow 2005).

pravila kojima se klijentkinje rukovode, da bi se uopšte mogao pronaći zajednički modus napretka (Tamura & Lau 1992).

5.2 Problem klase u psihoterapiji i savetovanju

“Klasne razlike su prisutne svugde oko nas, bilo da smo mi toga svesni ili ne, a problem klase predstavlja jedan od značajnih faktora za razumevanje i analizu izvora opresije u politikama mentalnog zdravlja” (Dominelli 1997, 27).

Pripadnost određenoj društvenoj klasi bitno utiče na to kakav “pogled na svet” je klijent/klijentkinja usvojio/usvojila, kao i na to kakvo je znanje i iskustvo kojim on/ona trenutno raspolaže. Faktor klasne pripadnosti, stoga, predstavlja jedan od značajnih izvora informacija za terapeuta.

Klasna pripadnost klijenata proističe iz mreža društvenih odnosa koje oni grade, i direktno je povezana sa njihovom socijalnom i ekonomskom pozicijom (da li oni, kao pripadnici određene društvene klase, imaju pristup određenim resursima, kakve su njihove perspektive kada je reč o obrazovanju, napredovanju u karijeri, odlascima na putovanja, izborima mesta stanovanja itd.), zatim sa usvojenim kulturnim normama (one obuhvataju, između ostalog, sisteme vrednosti i orijentacija, određene obrasce mišljenja, ponašanja i komunikacije itd.), sa načinima na koje se reaguje na životne probleme i izazove. Osim što širi društveni sistem, putem klasnih razlika, direktno ili indirektno održava, a u nekim slučajevima i sistemski produbljuje odnose neravnopravnosti među pripadnicima različitih klasa, on utiče i na kreiranje uslova koji ljude usmeravaju ka psihoterapiji. Klasna pripadnost, tako, predstavlja jedan od indikatora problema zbog kojih se ljudi obraćaju za pomoć psihoterapeutu, ali i jedan od ključnih uzroka njihovog nastanka.

Nedostatak senzitivnosti kad je reč o pitanjima i problemima koji su povezani s faktorom klasne pripadnosti bi se, analogno izrazu “slepilo za boje”, mogao označiti kao “*slepilo za klasna pitanja*”. Naime, kod psihoterapeuta i drugih praktičara koji deluju u okviru sistema brige o mentalnom zdravlju može se uočiti tendencija da se faktor klasne pripadnosti previdi i/ili zanemari, što se opravdava tobožnjom “neutralnošću” terapeuta. Značaj faktora klasne pripadnosti se, tako, minimalizuje, što može dovesti do nedostatka samorefleksivnosti kod samih terapeuta. Oni, usled toga, razvijaju sklonost da problemima s kojima se njihovi klijenti

suočavaju pristupaju posmatrajući ih kroz prizmu vrednosnih stavova i normi karakterističnih za klasu kojoj sami pripadaju.

Budući da obično nisu u mogućnosti da izdvoje novac za vaninstitucionalne oblike lečenja, pripadnici nižih društvenih klasa se retko odlučuju za psihoterapiju. Sam institucionalni sistem brige o zdravlju predstavlja, samim tim, jedan od okvira za reprodukovanje klasnih odnosa u društvu. Privatna psihoterapeutska praksa pokriva mahom potrebe pripadnika više i srednje klase, dok se pripadnici niže srednje klase, kao i radnici, nezaposleni, studenti itd., za tu vrstu pomoći uglavnom obraćaju besplatnim službama u okviru ustanova mentalnog zdravlja, ukoliko su one predviđene na nivou države, ili pak nevladinim organizacijama u okviru njihovih projekata (Kearney 1996).

5.2.1 Uticaj klasnih pitanja na kreiranje odnosa klijent – psihoterapeut

S obzirom na limitirane materijalne mogućnosti određenog broja ljudi (u nekim društvima velike većine) i važnijih (hitnijih) životnih potreba, pripadnici nižih statusnih grupa svoje potrebe za psihološkom pomoći manje vrednuju. Drugi deo problema tiče se smanjenih mogućnosti izbora, vrste terapije/pomoći, metode, terapeuta, jer su upućeni na vrstu pomoći koja im je finansijski dostupna.

Psihoterapija, naročito individualna (s posebnim akcentom na psihoanalizu) često se procenjuje kao elitistička, jer je dostupna veoma malom broju korisnika. Cene drugih modaliteta, naročito kada su u pitanju grupno-terapijske metode, pokazuju nešto veću fleksibilnost, tj. dostupne su većem broju klijenata. Svaka finansijska i društvena kriza za sobom povlači porast broja potencijalnih klijenata (ljudi u krizi, ali i slabije platežne moći).⁹⁰ U institucijama javnog zdravlja slabo plaćeni psihijatri i psiholozi nisu motivisani za rad, a zbog smanjivanja broja zaposlenih dalje opada kvalitet usluge, kao i sigurnost zaposlenih u radu s težim psihijatrijskim bolesnicima.

Manjak zaposlenih negativno utiče i na prosečno vreme zadržavanja kod psihijatra, koje iznosi desetak minuta, što je nedovoljno za određivanje dijagnoze, koju kasnije teško možete revidirati. Za tako kratko vreme, često se preskoče važne životne činjenice, poput iskustva

⁹⁰ Privatno lečenje u Srbiji košta u proseku od 80 do 200 evra mesečno, što retko ko može sebi da priušti, a kvalitet usluge za taj novac nije (uvek) zagarantovan.

izbeglištva i rata, seksualnog zlostavljanja, izloženosti nasilju, mobingu ili nekim značajnim životnim stresovima. Sve manje ulaganje u javno zdravstvo (deo mera štednje koje se sprovede u većini evropskih zemalja) negativno se odražava i na primenjivanje terapije lekovima, na šta ukazuje davanje isprva veće doze lekova koja se zatim smanjuje po potrebi. Posledica takvog postupka jeste loša reakcija pacijenata na lek (mučnina, otupelost, nesvestica), pa i stvaranje zavisnosti. Umesto toga, pacijenta bi trebalo zadržati na odeljenju dok se dijagnoza *individualno ne uklopi*, što se izbegava zarad uštede na bolničkim troškovima.⁹¹ Što se tiče postojanja klasnih razlika u okviru samih uloga u terapijskom procesa, ustanovljeno je da su klijenti su mnogo češće osobe lošijeg imovinskog stanja od svojih terapeuta, a preovlađujuće teme kod nižih socio-ekonomskih uslova uglavnom su vezane za deprimiranost usled loših životnih uslova, posla, stresa (Tidwell 1992).

Koraci uključivanja klasno inkluzivnog promišljanja u terapijski proces:

1. *Moment uspostavljanja prvog kontakta* uključuje verbalnu i neverbalnu komunikaciju (mimika, gestovi, telesni stav), koja vrlo brzo govori o tome kojoj socijalnog klasi pripadamo. Svi elementi komunikacije mogu biti, i najčešće jesu klasno obojeni. Rečnik koji koristi terapeut/terapeutkinja (odabir reči, bogatstvo vokabulara, jezičke konstrukcije, izgovor) uslovljen je poreklom, obrazovanjem i načinom prihvatanja vrednosti klase kojoj osoba pripada. Kroz različite nivoe komunikacije, vrednovanje samog jezika, korišćenje izraza i fraza karakterističnih za određenu socijalnu grupu, ili nesvesnu upotrebu slenga, takođe možemo zaključiti iz koje socijalne grupe klijent dolazi.

U fazi upoznavanja i uspostavljanja prvog kontakta, prilično je važno da terapeuti imaju uvid u načine uspostavljanja komunikacije. Ukoliko primete da u svom izražavanju koriste formu koja u velikoj meri odudara od klijentovog izražavanja potrebno je imati dozu fleksibilnosti (tj. ne treba se kruto držati specifičnog jezika srednje/više klase), jer će se time blokirati otvorena komunikacija.

2. *Seting u kom se terapija odvija* može nam pružiti informacije o tome kojoj klasi psihoterapeut/psihoterapeutkinja pripada i kakav je njegov/njen socijalni status, iako bi, zapravo,

⁹¹ U pokušaju da bolje razumeju svoje stanje i predvide tok bolesti, usled škrтости informacija koje dobijaju od svojih lekara, klijenti se okreću različitim izvorima na internetu poput vikipedije i foruma. Posledica dostupnosti informacija o dijagnostici, lekovima kao i alternativnim formama lečenja na internetu može biti stvaranje lažne ili uprošćene slike o bolesti, simptomima, lekovima i terapiji, kao i opasan podsticaj nekima da se leče sami (i izbegnu javljanje stručnim licima).

ovakve informacije trebalo da budu van domašaja klijenata. Prostor u kom se terapija odvija trebao bi da bude neutralan, i da sadrži što manje predmeta koji funkcionišu kao označitelji socijalnog statusa terapeuta. Seting mentalnih institucija (bolnički seting) je obično hladan i formalan, te nekim klijentima može ulivati strahopoštovanje. On, na jednom nivou, deluje kao marker za uspostavljanje klasnih granica, jer se povezuje s posedovanjem znanja i moći, koji se dovode u vezu sa pripadnicima srednje ili više klase.

3. *Izbor relevantnog materijala i način na koji ga interpretiramo.* Jezik koji upotrebljavaju pripadnici više i srednje klase, pa i jezik koji upotrebljavaju psihoterapeuti u svojoj praksi, može, u zavisnosti od načina na koji se vrednuje, predstavljati jedan od potencijalno opresivnih faktora. Naš način prosudjivanja, pa i sam jezik koji upotrebljavamo dok interpretiramo sadržaje koje nam klijent saopštava, nije oslobođen normi i vrednosti klase kojoj pripadamo. Terapeuti bi morali osvestiti ovaj proces; u protivnom, postoji mogućnost da ćemo projektovati sopstvene norme i vrednosti na klijente, što može biti ne samo pogrešno, nego i kontraproduktivno (Kearney 1996).

Terapeutovo interpretiranje sadržaja koje klijent iznosi predstavlja, zapravo, proces u kom on (terapeut) *učitava značenje u te sadržaje*. Time se reprodukuje odnos moći između terapeuta i klijenta, koji je od početka postojao, a terapija gubi izgled da uspe. Klijentu, na taj način, svakako nećemo pomoći; štaviše, propustićemo šansu da sa njim izgradimo konstruktivan terapijski savez (Hargaden & Summers 2000).

4. *Pogrešna percepcija deficita klijenta* podrazumeva neproverenu pretpostavku da klijenti poseduju određene materijalne objekte (kola, vikendicu, kuću, tehničke aparate) ili nematerijalne sadržaje (znanje, razumevanje, procese i emocije), koji su norma za srednju klasu. Klijenti se zbog takve naše pretpostavke (ukoliko ovakve materijalne i nematerijalne stvari ne poseduju) mogu osećati veoma loše ili na gubitku. Od pretpostavke da su stigli kolima na psihoterapijsku seansu (usled čega im može biti veoma neprijatno ako ih ne poseduju), do načina na koji u okviru svoje socijalne grupe pericipiraju, vrednuju i iskazuju emocije - intervencije koje ne uzimaju u obzir klasne razlike, štetne su za terapijski savez. ‘

Iako globalno postoji velika mogućnost nerazumevanja, pri susretu osoba koje pripadaju različitim klasnim referentnim sistemima, kada je u pitanju terapijski savez značaj (mogućnost načinjene štete) je mnogo veći, jer je terapeut agens promene, a promena mora biti inicirana od strane klijenata i vođena na način koji je adekvatan. Uloga terapeuta je da se ovim pitanjem

aktivno pozabavi, osigura slobodan prostor da klijenti izraze svoje osobnosti, na način na koji je to neophodno, i prepozna njihovu potrebu da udovolje kriterijumu (ili očekivanim vredostima terapeuta), a zatim te potrebe interpretira ne samo kroz psihoindividualne psihološke mehanizme već u funkciji socijalnih – klasnih faktora (Kearney 1996 ; prema Lago & Smith 2003). Neophodno je razumeti i načine na koji klasne odlike interferiraju s pitanjima roda, tako da se važne teme poput braka, seksualnosti, majčinstva, separacije prelamaju kroz intersenkcionalnost roda i klase.

5.2.2 Uticaj klase na obrazovanje kadrova

Jezik edukacije u većini oblasti, pa i u procesu etabliranja edukacije za buduće psihoterapeute, zasićen je i definisan vrednostima srednje klase. Karakteristike srednje klase postaju neumitno deo sistema u koji kroz edukaciju uključujemo druge, predstavljajući ga kao standard. Fokus na individualističkim (a ne kolektivističkim) vredostima takodje oblikuje stavove i kriterijume normalnosti kod budućih terapeuta. Kearney govori o vrednosno određenim znanjima koja se prenose (umesto o klasno jedinstvenom znanju), od kojih ona koja su prihvatljiva za većinu dobijaju naučni legitimitet (koji se postavlja iznad legitimiteta drugih znanja).

Pitanje klase bi trebalo da bude jedno od centralnih pitanja u učenju savetodavnog rada, jer određuje identitet osoba s kojima ćemo raditi (Kearney 1996). U okviru multikulturalnog i transkulturalnog obrazovanja, fokus je na rasi i kulturološkim razlikama, te se ne obraća se dovoljno pažnje na socio-ekonomska i politička pitanja pripadnosti klasi. Prenos znanja duboko je utemeljeno u socijalne norme, koje su, pak, ponovo pod uticajem klase, i poznate su kao klasne norme. Vrednosti srednje klase često nose konzervativne stavove koji su rodno nesenzitivni (Lago & Smith 2004). Ukoliko ne zauzimamo stav u odnosu na klasna pitanja, na prećutan način podržavamo održavanje sistema klasne nejednakosti.

5.2.3 Savetovanje o psihoterapiji s pripadnicima religijskih grupa.

Pravo na religijsko opredeljenje predstavlja jedno od osnovnih ljudskih prava, a za verujuće i jedno od važnijih uporišta njihovog identiteta.⁹² U kontekstu psihoterapijskog/savetodavnog

⁹²Razlika između religioznosti i spiritualnosti je u tome što, po Pedersonu, spiritualnost predstavlja širok i inkluzivan pojam, koji uključuje mogućnost različitih pristupa i koji ne mora imati formalnu religioznu dimenziju, dok religioznost predstavlja mnogo artikulisaniji set religijskih verovanja i praksi (Pedersen 1997).

rada, pitanje različitih religijskih opredeljenja klijenta i psihoterapeuta može predstavljati izazov, i to na više nivoa.

S jedne strane, psihoterapeut/savetnik može imati problem da prihvati način na koji klijent ispoljava svoju religioznost, zbog *svog sopstvenog verskog, ideološkog (ili eksplicitno ateističkog) opredeljenja*. Takođe, mogu se javiti i *razlike u načinimatumačenja i praktikovanja* jedne iste vere. Mnogo ređe ćemo naići na obrnut slučaj. Religijska dogma, tj. set ponašanja i verovanja povezan s određenim religijskim opredeljenjem, nudi svojevrsnu strukturu razmišljanja, a te strukture se razlikuju u zavisnosti od toga o kom tipu religije govorimo. Različiti religijski sistemi imaju neke zajedničke karakteristike, koje se odnose na sledjenje određenih moralnih načela; gotovo sve religije nude određen set poželjnih ponašanja koje vernici treba da slede. S druge strane, pripadnici različitih religija različito doživljavaju svet, sebe i druge, i na različite načine vrednuju društvene pojave (Banks 1992 ; prema: Smith & Lago, 2003).

Religijski okvir u velikoj meri strukturira i determiniše proces donošenja odluka. Ukoliko je klijent religiozan, pitanje njegovog samostalnog, autonomnog donošenja odluka postaje neadekvatno pitanje; ne treba ga postavljati na terapiji, jer ono kod klijenta može pokrenuti duboke unutrašnje konflikte.⁹³ U situacijama u kojima se javlja potreba usaglašavanja kulturnih i vrednosnih različitosti mogu se javiti mnoge poteškoće, što važi i za terapijsku situaciju. Naime, dešava se da terapeuti nemaju dovoljno znanja, ili pak nisu tolerantni u odnosu na različitost, a ponekad i previdjaju značaj ovih faktora za klijenta.

Vortington je identifikovao **četiri faktora, na koje bi tokom rada trebalo obratiti pažnju:**

1. Većina svetske populacije sebe određuje kao verujuće, te je velika verovatnoća da su mnogi od ljudi koji dolaze na terapiju religiozne osobe.
2. Mnogi ljudi se okreću religiji jedino u situacijama kad su im potrebni utočište i uteha. Ukoliko se dotičemo pitanja religioznosti klijenta, neophodno je da razumemo na koji način se na njih treba osvrnuti.
3. Neki od klijenata su suzdržani i ne žele da govore o svojoj religioznosti, jer samu terapiju svrstavaju u domen svetovnog iskustva.

⁹³Po Frojdu, religija ima funkciju da umanja osećaj anksioznosti i ublaži strah od smrti, jer daje smisao svetu, pruža spoljni okvir određenja identiteta, i pruža smernice za život. Takođe, ona daje legitimnost našim postupcima, oslobadajući nas lične odgovornosti, i štiti nas od preterano snažnih osećanja (kako negativnih, tako i pozitivnih).

4. Kultura i religija su međusobno isprepletane, ali ih ne bi trebalo izjednačavati. Naime, jedna ista religija se može praktikovati na različite načine, u zavisnosti od toga o kom kulturnom kontekstu govorimo.⁹⁴ Način na koji se hrišćanstvo praktikuje u Meksiku ili na Karibima, bitno se razlikuje od načina na koji je ono praktikovano u evropskim zemljama. Isto tako, važno je pozabaviti se kontekstom recepcije određene religije, a on je uvek individualan. Drugim rečima, klijenta ne bi trebalo tretirati kao „tipičnog predstavnika“ određene kulture ili religije; osim što je takva vrsta pristupa metodološki neutemeljena, klijent to može doživeti kao vid odbacivanja (Worington 1989).

U procesu edukovanja budućih psihoterapeuta, važno je omogućiti im da razviju visok stepen fleksibilnosti, kako bi bili u stanju da razumeju potrebe klijenata koji dolaze iz drugačijih kultura, pa i da donose odluke koje nisu u skladu sa njihovim sopstvenim vrednosnim sistemom. Ukoliko se, pritom, u njima javi preveliki otpor, trebalo bi da se posvete dodatnom radu na sebi, kako bi bili u stanju da izmene vlastita gledišta i sopstveno *viđenje sveta*.⁹⁵

Kod klijenata čije je viđenje sveta bitno određeno njihovim religijskim učenjem postoji spoljni lokus kontrole, te oni događaje vide kao determinisane od strane boga ili neke više sile. Ukoliko insistiramo da oni izmeste svoj lokus kontrole od spolja ka unutra (što bi, inače, predstavljalo legitiman terapijski postupak u radu sa klijentima koji nisu religiozni, ili pak u radu sa religioznim osobama čija vera to omogućava), time možemo pojačati njihov unutrašnji konflikt, a možda i ugroziti terapijski savez. Izuzetno je važno da znamo gde se nalazi lokus kontrole klijenta, i da to uzmemo u obzir kad sa njim/njom započnemo da otvaramo lične teme (Rotter 1975).

Međutim, terapeuti bi trebalo da poseduju dovoljno takta, znanja i razumevanja, kao i da uzmu u obzir različite mogućnosti pristupa ovakvom problemu, pri čemu ne bi trebalo forsirati zapadne, ateističke, ili za sredju klasu tipične načine rešavanja situacije.⁹⁶ To se isto odnosi na teme seksualnosti, homoseksualnosti, odnosa s braćom i sestrama, koje su u okvirima izvesnih dogmi veoma teške ili čak i nemoguće za otvaranje. Usled razlika u percipiranju određenih

⁹⁴Ukoliko terapeut želi da se rukuje s klijentkinjom - muslimankom iz Pakistana, to može biti protumačeno kao kršenje etičkih normi, a ukoliko se ne rukuje sa muslimankom iz Sudana, to će biti protumačeno kao znak nepoštovanja. Stoga je neophodno dobro poznavati kulturne i religijske norme ponašanja ljudi koji dolaze na terapiju.

⁹⁵Nečije viđenje sveta je holistički konstrukt, koji integriše sistem verovanja i vrednosti, lični stil, i modele rešavanja problema koji su karakteristični za određenu grupu (Videti: Sue & Sue 1990).

⁹⁶U ovom slučaju, koji potencijalno otvara i pitanje abortusa, zadiremo u stav o svetosti života, koji je karakterističan kako za muslimansku veru, tako i za katoličanstvo, te je abortus i iz tih razloga potpuno nemoguće rešenje.

tema, i zbog toga što je potrebno da zadržimo dobar terapijski savez, domen nam je nekad veoma ograničen. Mogućnost da istovremeno ispoštujemo potrebe i religijske vrednosti klijenata (i pritom ne pokušamo da ih preobratimo u ateizam) leže u egzistencijalističkim intervencijama, koje će biti usmerene na *prepoznavanje, artikulisanje i jačanje kapaciteta*.

Terapeut ne bi smeo direktno da sučeljava klijenta sa neadekvatnošću njegovog načina razmišljanja, niti da mu nameće sopstvene stavove i vrednosti. Nažalost, neki terapeuti su toliko dogmatični u svojoj veri u psihoterapiju, da bi se moglo reći da terapijskom procesu pristupaju sa žarom religijskih fanatika.

5.3 Rad sa višestruko marginalizovanim grupama

U radu s klijentima koji su višestruko ranjivi (homoseksualne osobe tamne boje kože, pripadnici tzv. alternativnih religijskih pokreta, lezbejke invalidkinje.) nameće se pitanje *da li postoji hijerarhija stepena vulnerabilnosti*, i da li bi nekim identitetskim kategorijama trebalo dati prednost u odnosu na druge? Dešava se da klijenti žele da razgovaraju sa terapeutom o nekim aspektima svog identiteta, ali su, kada je reč o drugim temama, zatvoreni (npr. nekome može biti teže da govori o svom siromaštvu, nego o biseksualnosti). Neophodno je, stoga, da psihoterapeuti steknu dodatna znanja i veštine, kako bi prepoznali ovakve probleme i tretirali ih na najadekvatniji mogući način (Moodley 2000).

Konstrukcije identiteta

Pojam dvostruke ranjivosti formulisan je još 60 tih godina. U početku je dovođen u vezu sa problemima s kojima su se suočavali crnci starije životne dobi, ali je, u međuvremenu, proširio značenje, te se sada odnosi na bilo koju društvenu kategoriju koja je izložena dvostrukoj opresiji (Blakemore & Bonaham 1994). Na sličan način, pojam trostruke opresije se odnosio na ukrštanje rasne pripadnosti, životne dobi i pripadnosti nižim socijalnim klasama (osobe starije životne dobi, koje su istovremeno siromašne, i pripadnici su neke od manjinskih grupa) (Paz & Aleman 1998). I u ovom slučaju značenje pojma se proširilo, te on danas uključuje seksualnu, kao i druge vidove opresije (Blackmore & Boneham 1994).

Postavlja se pitanje kako terapeuti/savetnici tretiraju posledice opresije, kojoj su izložene osobe koje potpadaju pod kategoriju *drugosti*? Da li ih oni shvataju kao kumulativne, bez obzira na njihovu kompleksnost i raznolikost? Ukoliko identitet pojedinca predstavlja mešavinu njegove/njene rasne, klasne i etničke pripadnosti, uključujući i seksualnu orijetaciju, onda je otvaranje ovih nivoa na terapiji zapravo ontološko kao i egzistencijalno pitanje.

Reprezentacija, prezentacija kao i interpretacija nečijeg identiteta na terapiji uvek je međuigra različitih faktora, koji takođe pokreću i transferne odnose.⁹⁷ Način na koji će osoba s invaliditetom, homoseksualne orijetacije i kineske nacionalnosti prihvatiti terapiju, zavisi od načina na koji ona doživljava svoje identitete, od stepena prihvatanja terapeuta i same terapije, kao i od ličnosti terapeuta (naročito od načina na koji se postavlja prema tim identitetima). Iako govorimo o nehijerarhijskom poretku opresivnih kategorija, ipak možemo govoriti o većem ili manjem uticaju jedne od njih u viđenju ostalih. Kerni smatra da je uticaj klase primaran na viđenje ostalih kategorija poput roda i rase (Kerney 1996).

Kada koncepti poput klase, roda, etniciteta i rase dobiju snažno političko značenje postaju moćno oružje u rukama psihijataru i psihoterapeuta. Moć u prepoznavanju strukturalnog rasizma, homofobije, seksizma, pomaže da prepoznamo prave probleme i njihove uzroke, a isto tako može i odmoći i poslati klijenta na krivi put, te učiniti da ostane u *kulturnoj konzervi*.⁹⁸ Generalno, opšta zamerka savetovanju i psihoterapiji je etnocentričnost, individualizam i evropocentričnost (Lago & Thomson 1996). Ove greške u radu su uslovljene poreklom i dominantnim diskursom koji vlada u svetu psihoterapije. Na ovaj način klijenti mogu doživeti da su omeđeni, tj. ograničeni očekivanjima psihoterapeuta, i da postaju objekti za pounutrenje drugosti čije dimenzije nose (Moodley 2003). Postkolonijalne feminističke teoretičarke, poput Spivak, kritikuju hipertrofirani evropski ego, koji projektuje svoje viđenje sveta na crni kontinent (Spivak 1988).⁹⁹

⁹⁷ Ideja o višestrukum-multiplom indetitetu dolazi iz postmoderne filozofije, polako potiskuje i menja koncept o singularnosti. Višestrukost identiteta podrazumeva uključivanje dimenzija koje se odnose na polnu, rodnu, rasnu, klasnu, etničku i dimenziju seksualne orijetacije, i promišljanje njihove međuzavisnosti.

⁹⁸ Istraživači u polju mentalnog zdravlja možda su se najviše i bavili pitanjima homofobije u terapijskom radu, u poredjenju s drugim spornim pitanjima (Heyes & Ericis 2000).

⁹⁹ Pseudonaučni razisam je u XIX veku pokušao da obrazloži nedostatnost drugih rasa u odnosu na belu i dominirao je kreiterijuma o mentalnom zdravlju. Irigaraj govori o tome da se može uočiti jasna kritika falocentričnog sistema psihoterapije, gde je naročito kritikovan Frojd, koji pokušava da sve patološke pojave, kao i probleme koje žene imaju, podvede pod individualnu dimenziju, umesto da se posmatra kroz društvenu opresiju, nametnute rodne uloge, njihova zadata ograničenja. (Irigaraj 1990)

Velika rascepanost (usitnjenost) rada na različitim identitetima ponekad otvara potrebu da se svi „analiziraju“ kod različitih terepeuta: feministički orijentisanu terapiju/savetovanje za rad na rodnom ili seksualnom identitetu, na multikulturalnu grupu podrške - za rasnu ili etničku dimenziju, ili lgbt inkluzivnu grupu za pitanja seksualne orijentacije. Detaljna analiza kao i kreiranje teorije istraživanja, a kasnije i prakse u savetodavnom radu, veoma su važne za napredovanje i promene u radu sa opresijama i ranjivim grupama. Međutim, nedostatak povezivanja svih ovih osobnosti na liniji zajedničkih tačaka ugroženosti i marginalizacije, usloviće dalje slabljenje prostora za političko delovanje.

Svaka od ugroženih grupa osvaja neki svoj *prostor marginalizacije*, u kome se oseća podržano, udobno i zbrinuto. Problem s višestrukim kategorijama, u tom slučaju, predstavlja neku vrstu napora odlučivanja: gde smo najugroženiji, koji je od identiteta koje nosimo možda trenutno najrelevantniji za nas, ili za druge osobe. U terapiji često sama intepretacija dođe na mesto problema s kojim smo došli, i ne uvede promenu, već problematizuje kulturni kontekst. Kuture koje su drugačije mogu vrlo lako postati one koje su problematične, tj. indukovati problem, te se na njih može svaliti krivica za stanje pojedinca (Fernando 1988).

Umesto da se bavimo svakim pojedinim klijentom i singularnim vidovima pružanja pomoći, potrebno je sve inkluzivne i multikulturne principe, koji se odnose na rad sa vulnerablnim kategorijama, uključiti u jedinstveni sistem terapijskog rada i podrške. Da bi se uspostavila takva vrsta prakse neophodno je da praktičari usvoje određena teorijska polazišta o multiplim identitetima i pluralnosti selfa. Takođe, važno je uključiti i spoljašnje faktore (vaspitanje, klasnu pripadnost, kulturni kontekst) i unutrašnje (lične) faktore.

Da bi jedan ovakav pristup bio zvanično etabliran, mora ga pratiti istraživački i naučni rad, utemeljenje istraživačkih metoda, kao i intenzivan rad na sebi (koji ide „u paketu“ sa adekvatnim načinom obučavanja budućih terapeuta). Terapeut bi, na osnovu iskustava iz prakse, trebalo da prepozna kada je, radi sigurnosti klijenta, zadržati se u granicama njegovog kulturno uslovljenog identitetskog okvira. Ukoliko bismo ga dekonstruisali, i usredsredili se na odvojena identitetska pitanja rase, klase ili seksualne orijentacije, klijent bi ostao bez podloge. Terapeutima koji se suočavaju sa složenošću identitetskih kategorija se peporučuje da naprave *individualne mape osetljivosti identiteta*, i da ih koriste pri svom radu kao putokaz za bezbednu analizu i podršku.

VI Rad na jačanju kapaciteta vulnerabilnih grupa

Rad na osnaživanju kapaciteta osoba s invaliditetom, inkluzivni rad s izbeglicama i migrantima, rad sa bivšim korisnicima psihijatrijskih usluga

U ovom poglavlju bavićemo se heteronomnom grupom klijenata, koju stručnjaci u okvirima mentalnog zdravlja smatraju posebno ranjivom, pretpostavljajući da nemaju dovoljno kapaciteta (psiholoških resursa) koji bi im omogućili promenu i boljitak. Razlozi za to su raznovrsni i ne uvek adekvatni. Među kriterijumima veće ranjivosti su postojanje *fizičkog nedostatka ili umanjenost kapaciteta čula* (kao kod invaliditeta), *promena mesta boravka* i sredine zauvek (kao kod izbeglica) i *hospitalizacija*, kojoj je prethodila dodela određene psihijatrijske dijagnoze.

U okviru sistema mentalnog zdravlja, a i na nivou društva uopšte, klijentima koji pripadaju ranjivim kategorijama nije pruženo dovoljno podrške, te oni psihološki nisu u stanju da se nose sa situacijom u kojoj se nalaze. Zapravo, društvo ima tendenciju da ih patologizira, što održava njihov *status quo*, ili čak dovodi do pogoršanja njihovog stanja. U savremenim politikama mentalnog zdravlja skreće se pažnja upravo na problem patologizacije, te su sve prisutnije inicijative koje se kreću u pravcu formiranja drugačijih pristupa klijentima, kako bi oni od pasivnih žrtvi mogli postati aktivni činoci društvenih promena (Crocker & Major 1998). Ukoliko bi društvo prepoznalo i na konstruktivan način iskoristilo njihove kapacitete, klijenti koji pripadaju ranjivim kategorijama bi se automatski osećali ojačanima. Oni bi, onda, mogli usmeriti snagu na iznalaženje novih taktika za prevazilaženje problema sa kojima se susreću, što bi dalo dodatni zamajac inicijativama za stvaranje institucija u kojima bi se imalo više poverenja u njihove kapacitete (D'Emilio 1983).

Klijenti koji pripadaju ranjivim kategorijama su, uopšteno govoreći, percipirani na dva načina: kao *žrtve* ili kroz prizmu koncepta *rezilijentnosti*. Naravno, prvi koncept je lako osporiti, jer uloga žrtve pasivizira i demotiviše klijente, održava ih u stanju zavisnosti, i čini da oni konstanto žele da im se pomogne. S druge strane, kategorija rezilijentnosti je veoma slojevita, jer otvara problem lične odgovornosti osobe koja je izložena opresiji. Prema zapadnom (američkom, pre svega) neoliberalnom političkom modelu, koji akcentuje slobodnu volju i individualizam, osoba koja doživljava opresiju bi trebalo da bude lično odgovorna u pogledu

rešavanja (i sprečavanja) takvih situacija, čime se pitanje društvenih uslova za nastanak opresije zanemaruje (Hobfoll 1998; prema: Meyer 2003).

Slično tome, klijenti koji pripadaju ranjivim kategorijama shvaćeni su kao ključni faktori rezilijentnosti, i društvo od očekuje da će se oni adekvatno nositi sa stresom; ukoliko oni u tome podbace, krivica je na njima, a ne na društvu. Rezilijentnost na stres izazvan opresijom postaje, tako, oblast u kojoj se promišlja o kapacitetima same ličnosti, umesto da se u okviru nje promišlja o strategijama borbe za iskorenjivanje diskriminacije i umanjivanje njenih efekata (Masten, 2001).¹⁰⁰

Klijenti koji pripadaju ranjivim kategorijama mogu ojačati svoje kapacitete uz pomoć porodice, bliskih osoba i terapeuta, ali im je svakako neophodna i institucionalna podrška. Upravo institucije predstavljaju ključne nosioce moći i značenja, jer kreiraju standarde mentalnog zdravlja, koji se potom sprovode putem terapijskih procena i rada, te je najvažnije sprovesti promenu na tom nivou.

Prva prepreka na koju nailazimo u ovom procesu je – **jezik**. Način na koji se institucije, posredstvom praktičara koji ih predstavljaju, obraćaju osobama koje dolaze na prvi susret, u startu je patologizujući. Umesto da ohrabrujemo klijente da prepoznaju i nabroje svoje kapacitete i snage, upućujemo ih da se fokusiraju na slabosti i probleme. Time se olakšava proces samoprocenjivanja u negativnom tonu, gde je nastavak procene obično donošenje suda o vrsti pomoći koja je potrebna, ili o vrsti tegobe koju treba lečiti. Za klijente i korisnike terapijske pomoći, sam proces terapije postaje put ka daljem prikupljanju simptoma, traženju novih vrsta pomoći, u učenju da se prepoznaje *šta sve kod mene nije u redu*.

Sledeći korak u ovom procesu je svakako terapijski tretman, u kom se patologiziranje može nastaviti, a poslednja instanca je – predviđeni tok bolesti. Ukoliko osobe sa invaliditetom uzmemo kao subjekte kod kojih je primarna odlika *žal za izgubljenim* (ili nikad posedovanim) delom identiteta, izbeglice kao one koji su *doživele nenadoknadivi gubitak*, a bivše pacijente kao *većite potencijalne povratnike* (ako ni zbog čega drugog, onda statistike radi) time zatvaramo *velika uporišta njihovih ličnih potencijala*. (Lago & Smith 2003)

¹⁰⁰ Prema Lazarusu i Folkmanu, stres se može odrediti u zavisnosti od sposobnosti pojedinca da se nosi s njim; ukoliko postoje kapaciteti da se sters uspešno prevlada, njega, zapravo, i nema (Lazaruse & Folckman 1984).

6.1 Osnaživanje kapaciteta osoba s invaliditetom

6.1.1 Društveni odgovor na različitosti invaliditeta

Studije invaliditeta zasnivaju se na premisi da su socijalna značenja i praktične implikacije “poremećaja” selektivna čitanja odgovora društva na *različitosti* (Albrecht, Seelman & Bury 2001). Invalidnost je još jedna (od mnogobrojnih) demarkacionih linija, koje otelovljuju društvenu logiku, na isti način kao i drugi prirodni slučajevi prepoznate razlike. Bilo da se uzroci traže u genima, incidentu prilikom porođaja, igri sudbine ili omašaju prirode, oni su pretvoreni u socijalne odlike. Traženje odgovora u logici ove transformacije, pretpostavke o moralnoj vrednosti i nedovoljnim kapacitetima povezuju studije invalidnosti sa *pristupom kapaciteta* (capabilities approach). Oba pristupa imaju uvid u tihu socijalnu inverziju, koja pretvara povrede tela i uma u kategorije različitosti, što za praktičnu posledicu ima diskriminaciju, a za posledicu u emotivnoj sferi, osećaj stida.

Sistemi sposobnosti (u opozitu sa sistemima invalidnosti) stvaraju subjekte diferenciranjem i označavanjem tela. Iako je takvo poređenje tela ideološko, a ne biološko, ono ipak zadire u proces formiranja kulture, dajući legitimitet nejednakoj raspodeli sredstava, statusa i moći unutar pristrasnog društvenog i arhitektonskog okruženja. Kao takva, invalidnost ima četiri aspekta: 1. kao sistem za interpretaciju i disciplinovanje telesnih varijacija; 2. kao veza između tela i njihovih okruženja; 3. kao skup postupaka koje stvaraju i osobe sa invaliditetom i one bez njega; 4. način da se opiše inherentna nestabilnost vlastite telesnosti (Lago & Smith 2003).

Zajedničko iskustvo pripadnika marginalnih grupa se, po Jangu, svodi na pet „lica” represije. To su: eksploatacija, marginalizacija, nemoć, kulturni imperijalizam i nasilje. Osobe sa invaliditetom nemaju zajedničko poreklo, nisu geografski koncentrisane u lokalnim zajednicama, ali su se samoorganizovali kao grupa koja se grana na brojne aktivističke i političke organizacije. Formulirani su brojni zahtevi kojima je primarni cilj bio ostvarivanje boljitka u načinu tretiranja osoba s invaliditetom. Naime, osobe sa invaliditetom su uglavnom ignorisane, društvo za njih nema dovoljno razumevanja, ili pak s njima gradi neku vrstu snishodljivog

odnosa, te oni ne nailaze na podršku ukoliko žele samostalno da organizuju vlastiti život. (Fairclough 1992).

Iako se uglavnom priznaje da su osobe sa invaliditetom diskriminirane na nivou društva, njihova diskriminisanost na institucionalnom nivou još uvek nije jasno prepoznata. Taj vid diskriminacije je prisutan već i zbog same činjenice da se od njih očekuje da u formalno-pravnom smislu dokažu da pripadaju kategoriji osoba sa invaliditetom, kako bi na osnovu toga mogle da ostvare prava na određene beneficije (npr. besplatnu psihološka pomoć u pojedinim državama). Bez obzira na postojeća znanja o invalidnosti (postoji puno literature na temu njenih medicinskih aspekata), nedovoljno je psihoterapijskih istraživanja koja se bave problemima s kojima se suočavaju osobe sa invaliditetom, a isto važi i kada je reč o znanjima koja se mogu primenjivati u praksi. Pomagači koji rade sa osobama sa invaliditetom bi trebalo da se izmeste iz pozicije samocentriranosti, i prihvate određene vaninstitucionalne pristupe i metode, koji se mogu lako uklopiti u institucionalne vidove terapije. S obzirom na to da institucije same po sebi predstavljaju izvore i nosioce opresije, neophodno je razvijati i druge forme podrške i pomoći; shodno tome, postavlja se pitanje šta je, zapravo, potrebno pružiti osobama s invaliditetom.

U okviru socijalnog modela, pravi se razlika između *pogoršanja* i *invaliditeta*, što je slično distinkciji između roda i pola u feminističkoj teoriji (Corker & French 1999). Invalidnost je opisana kao postojanje institucionalizovanih barijera koje ekskludiraju osobe iz socijalne ekonomske i radne sfere života.¹⁰¹

Diskriminatorne barijere koje se mogu isprečiti u radu s osobama s invaliditetom se mogu podeliti na: barijere vezane za *setting* - fizičke prepreke koje sprečavaju pristup osobama s invaliditetom; prepreke u vidu *diskriminatornih karakteristika* koje su usvojili savetnici/terapeuti, a pounutрили klijenti sa invaliditetom, a vezane su za njihovu tendenciju *stereotipiziranja problema* koji se mogu javiti kod osoba s invaliditetom; i *generalizacija* iskustva invaliditeta i postojanje pretpostavke da njihov problem (nedostatak) boji sve aspekte njihovog života (Lago & Smith 2003).

¹⁰¹Karakteristike "nedostatnosti" se odnose na fizičku, senzornu i kognitivno/intelektualnu karakteristiku, koja ih čini drugačijim od ljudi koji je nemaju (Corker prema Lago & Smith 2003)

U psihoterapijskom radu sa klijentima s invaliditetom veliku prepreku predstavlja i opšteprihvaćeno uverenje o tome da oni moraju da se nose s negativnim osećanjima (kao što su hronična deprimiranost, nezadovoljstvo, beznadežnost itd.), koja su izazvana njihovim ireverzibilnim telesnim nedostacima. Prevažodni cilj terapije, koja se oslanja na ovakve i slične stereotipne pretpostavke, jeste da se pretpostavljena negativna osećanja ublaže, pri čemu se svi ostali problemi s kojima se osobe sa invaliditetom suočavaju, a koji ne moraju ni u kom smislu biti povezani sa tim aspektom njihovog identiteta, zanemaruju.

Osobe sa invaliditetom često bivaju veštački homogenizovane, te se od vrlo heterogene grupe generalizacijom svode na jedinstvenu grupu klijenata. Pritom se ignorišu razlike koje postoje medju njima, a manifestuju se na telesnosnom nivou (motorika), na nivou korišćenja čula, adaptibilnosti itd. Zapravo, izraz osobe sa invaliditetom predstavlja neku vrstu kišobran termina, jer obuhvata različite grupe ljudi sa različitim vrstama poteškoća, pri čemu je svakoj od njih potrebno posvetiti posebnu pažnju.

Dva najšire korišćena pristupa, koja se koriste u radu sa osobama sa invaliditetom, su *medicinski* i *individualistički* pristup. Oba pristupa se fokusiraju na nedostatke klijenata, stavljajući ih u istu ravan sa pojmom bolesti. Reč je stoga, o duboko patologizirajućim pristupima, koji nanose štetu osobama sa invaliditetom. U procesu njihovog stereotipiziranja i diskriminisanja ključnu ulogu ima jezik kojim im se obraćamo, a koji može povrediti i stereotipizirati osobu s invaliditetom. Teško je, u tom smislu, formalizovati set opštih semantičkih pravila (akcentat je na subjektivnom kriterijumu, u zavisnosti od potreba klijenta), ali je moguće ispitati kako se pojedini klijenti osećaju kada čuju određene vrste izraza, a potom stečeno znanje primenjivati u praksi. (French 1994) ¹⁰²

Razlike u pogledu individualne osetljivosti i preferencija su velike, te bi na osnovu prvog kontakta sa klijentom trebalo izdefinisati jezički okvir u kom ćemo se dalje kretati. Time se niveliše disbalans u odnosu moći i kreiraju se uslovi za uspostavljanje adekvatne komunikacije, u kojoj će odnos terapeuta i klijenta biti zasnovan na principima poverenja i uvažavanja (što i inače

¹⁰² Iako postoji tendencija da se izrazi koji se odnose na invaliditet formiraju u skladu sa idejom političke korektnosti, sama politička korektnost predstavlja fluidnu kategoriju (koja se razvija, menja i nadopunjuje novim znanjima i trendovima), te je ponekad teško „uhvatiti“ aktuelni trend, i znati koji su izrazi korektni, a koji nekorektni za upotrebu.

predstavlja osnov svih vrsta terapijskog rada). Tokom terapijskog procesa bi trebalo posvetiti pažnju tome šta klijenti misle o načinu na koji je njihova invalidnost označena, kakva su njihova osećanja u pogledu toga, i da li smatraju da je s tim u vezi potrebno nešto promeniti.

Neverbalna komunikacija i telesna blizina su važne u radu, ali i one zavise od individualnih preferencija određenog klijenta/klijentkinje i karakteristika problema s kojim se on/ona suočava. Ukoliko nas klijent ne čuje dobro, blizina i *usredsređenost* mogu imati pozitivan efekat, ili pak biti pogrešno shvaćeni, u slučaju da je u pitanju neko vidljivo fizičko oštećenje na koje smo se mi (nepotrebno) veoma usredsredili. Takođe je bitno ne skretati pogled sa telesnih deformiteta klijenata, jer bi ih to moglo povrediti. Adekvatan pristup podrazumeva da se klijentima posvećujemo s optimalnom merom dužne pažnje, bez preteranog usredsređivanja na pitanja i probleme koji bi im mogli izazivati osećaj nelagode.

Ideja o tome da su osobe sa invaliditetom u svakom smislu zavisne, počev od toga da (kad je reč o određenim formama invaliditeta) imaju realnu potrebu za tehničkom asistencijom, do ideje o tome da imaju psihološku potrebu za društvom drugih osoba, u značajnoj meri utiče na formiranje predrasuda o njima kao o infantilnim, nesamostalnim i pasivnim osobama. Ovakva vrsta stava može poslužiti kao primer za paternalistički tip psihoterapijskog odnosa. Kao posledica toga, o osobama sa invaliditetom se misli kao o osobama koje su u *stanju produženog detinjstva*, kojima je neophodno konstantno obezbeđivati podršku i nadzor. Njima se oduzima moć odlučivanja, drugi odlučuju umesto njih i u njihovo ime (Oliver 1996). Ne samo da im se time oduzimaju moć i prava, koje bi (kao i svi drugi klijenti) trebalo da imaju, već se između njih i izvora (resursa) od kojih u egzistencijalnom smislu zavise uspostavlja sistem medijacije (kontrole), na koji oni obično ne mogu da utiču. Time im se oduzima status političkih subjekata i uskraćuje im se mogućnost da uspostave direktnu komunikaciju sa društvom, što znatno otežava njihovo funkcionisanje u društvu.

U organizacijama koje se bave pravima i potrebama osoba s invaliditetom zastupljen je sistem izolovanog odlučivanja, koje se sprovodi na različitim nivoima organizacione strukture. Ove organizacije, tako, perpetuiraju odnose moći koji ujedno predstavljaju i ključnu metu njihove kritike. Borba za promene, koja se vodi na nivou politika mentalnog zdravlja, se time

čini izolovanom i manje efektivnom, jer se onemogućava da glas „oštećene strane“ dopre do donosilaca odluka.

Stav o gubitku i nedostatku, koji nameće potrebu za konstantnim žaljenjem izgubljenog ili nedosegnutog (bilo da je ono na nivou motorike, na nivou čula ili na nivou deformiteta), dodatno viktimizira, patologizira i povećava razdor između tzv. zdravih pojedinaca i osoba s invaliditetom. Većina terapeuta smatra da postoji negativni doživljaj selfa, te savetovanje predstavlja proces pomeranja ka pozitivnijem doživljaju sebe. Terapijske neadekvatnosti se upravo sastoje u transponovanju ovakvih ideja na celokupnu ličnost, čime se klijentu onemogućavaju uvidi u sopstvene kapacitete, ili se, pak, podržava u narcističkoj negaciji (neprihvatanju problema) (Craib 1994). Pitanja s kojima svi klijenti dolaze na terapiju, a vezana su za otkrivanje svog identiteta („ko sam ja“, „gde ja pripadam“) ne moraju uvek imati veze s doživljajem invalidnosti, već s pripadanjem nekoj drugoj marginalnoj ili vulnerabilnoj grupi.¹⁰³

Za razliku od pomenutih modela, koji ne nude dobro rešenje, *dualni model* nam omogućava da bolje razumemo kako je ovim osobama, a ne samo da posedujemo znanje i da se fokusiramo na njihove specifičnosti. Dualni model uzima u obzir različito iskustvo koje osobe s invaliditetom imaju u odnosu na ostale, međutim, u okviru njega se ta različitost ne validira i ne definiše u okvirima bolje ili gore (ispravno ili nespravno). Antiopresivna praksa se zato sastoji u dijalektičkom jedinstvu mišljenja, osećanja i aktivnog delanja, u pravcu osnaživanja klijenata s invaliditetom (French 1994).

Važno je imati u vidu da je prepoznavanje onoga što je afirmativno ili opresivno takođe odraz subjektivnih iskustava i očekivanja, koje terapeut može projektovati na svoje klijente. Zbog toga je važno razumeti šta je za samog klijenta/klijentkinju najveći problem. Uklanjanjem ideoloških, fizičkih i diskurzivnih barijera, kao i barijera nastalih u terapijskom odnosu (kao i velikom samorefleksivnošću terapeuta), otvaramo mogućnost primene antiopresivnog i antiinvalidnog modela. Sam uspeh terapije i savetovanja u velikoj meri zavisi od ličnog odnosa

¹⁰³Marian Corker, autorka članka *Developing anti-disabeling counselling practice*, navodi primer iz svog života: „Tako sam osoba s invaliditetom, to nije jedina grupa kojoj pripadam, takođe sam žena i lezbejka, a u prošlosti sam bila i dete s invaliditetom, što implicira da je moje životno iskustvo kompleksno i multidimenzionalno“ (Corker 1999, str 41)

sa savetnikom/terapeutom i načinom na koji ga klijent doživljava, zbog čega je potrebno da terapeut bude veoma otvoren prema različitim gledištima.

6.1.2 Model invalidne afirmativnosti

Model invalidne afirmativnosti je, bar kad je reč o oblasti psihoterapije, uključen u sistem edukacije terapeuta, te se oni na vreme osposobljavaju da rade s klijentima sa invaliditetom.

U osnovi tog modela nalazi se pretpostavka da invaliditet koji osoba ima predstavlja određenu vrstu informacije, na osnovu koje je moguće konceptualizovati način rada s tom osobom, i to tako da se pritom značaj invaliditeta ne umanjuje, ali se ni ne prenaglašava (Olkin 2011).

Navodi se da postoje četiri nivoa u razumevanju invalidnosti, odnosno četiri načina rada sa klijentima sa invaliditetom: 1) rad koji je zasnovan na razumevanju modela invalidnosti; 2) rad u kojem se polazi od pretpostavke da razumevanje invaliditeta može uticati na dalji razvoj osobe; 3) rad zasnovan na razumevanju invalidnosti, koje uključuje pozitivan pogled na kulturu invalidnosti i zajednicu osoba sa invaliditetom; 4) rad zasnovan na razumevanju psiholoških i socijalnih uticaja kojima su osobe sa invaliditetom izložene.

Unutar modela invalidne afirmativnosti, invaliditet se ne posmatra kao patologija, pa ni kao oštećenje, već pre kao vrednost. Ključna komponenta modela invalidne afirmativnosti je, po Olkinu, razumevanje *načina na koji klijent shvatasopstvenu invalidnost*. Afirmisanje invalidnosti se zasniva na pružanju podrške klijentu, koji sam određuje koliki je značaj njegove invalidnosti naspram drugih aspekata njegovog identiteta i sam bira na koji će se model invalidnosti oslanjati kako bi razumeo sebe i druge. Terapeut koji primenjuje model invalidne afirmativnosti bi trebalo, pre svega, da bude fleksibilan i prihvati klijentovo sopstveno razumevanje invaliditeta. On klijentima ukazuje na pozitivne aspekte njihove invalidnosti, bez obzira na to kojim idealima su oni naklonjeni (Lago & Smith 2003).

Model invalidne afirmativnosti, koji je proistekao iz psihološke teorije i kritičkih studija invalidnosti, pretpostavlja da su pojedinci sa invaliditetom u potpunosti sposobni da ostvare sve svoje ljudske potencijale. Ovakva vrsta fleksibilnosti, koja je karakteristična za humanistički orijentisane modele, u prvi plan stavlja klijentovu moć izbora, što dovodi u pitanje koncept

različitosti koji se vezuje za osobe sa invaliditetom, a na koji se oslanja većina tradicionalnih psihoterapijskih modela. U svakom slučaju, ovaj model se zasniva na ideji da klijenti sa invaliditetom poseduju određene kulturne, političke i socijalne potencijale, koji na značajan način mogu uticati na njihove životne izbore (Olkin 2001).

Slabost ovog modela se ogleda u tome što se on ne suprotstavlja direktno izvorima opresije. Naime, po mišljenju Rivsa i Lautoma, potrebno je direktno se suprotstaviti tradicionalnoj psihologiji i psihoterapiji, jer se one kruto drže medicinskog modela bolesti bez obzira na njegovu štetnost (Lawthom 2005 prema Bolt 2014). Takođe, ne postoji dovoljan broj reprezentativnih istraživanja na osnovu kojih bi se ovaj model mogao podržati i evaluirati. S druge strane, prisutna je tendencija da se kreira poseban tip terapije, koja bi u potpunosti funkcionisala po modelu invalidne afirmativnosti .

6.1.3 Rodna pitanja i invalidnost

Kulturna značenja invalidnosti i roda na sličan način nameću pridržavanje pravila, a društvo može biti neprijateljski nastrojeno prema osobama s invaliditetom kao i prema ženama. Poslednjih decenija o *ženama* se ne govori kao o jedinstvenoj kategoriji društvenih aktera, jer su političke razlike unutar samog feminizma postale od presudne važnosti za razumevanje društva i prirode društvenog aktivizma. Aktuelni predmet izučavanja studija invalidnosti je istraživanje društvenih razlika među osobama s invaliditetom i ispitivanje kulturoloških snaga i reperkusije tih različitosti.¹⁰⁴

Na osnovu preovlađujućih stereotipa, „ženstvenost“ i „invalidnost“ su termini koji upućuju na to da su osobi potrebni pomoć, asistencija i ohrabrenje te su oba termina obeležena jednakim nedostatkom nezavisnosti i asertivnosti. Na žene, kao visoko ranjivu populaciju, disproporcionalno više utiču siromaštvo, nezaposlenost, nedostatak zdravstvenog osiguranja, kao i obaveze koje imaju kao starateljke – što obično smanjuje njihov fokus na sopstveno zdravstveno stanje.

¹⁰⁴Postoji literatura o sličnostima između studija invalidnosti i etničkih ili ženskih studija, ali ima iznenađujuće malo diskusija o tome kako studije invalidnosti uključuju žene i osobe ne-bele rase (Preston 2001). Ipak, neki autori, poput Tomson, su među retkim glasovima koji nas upozoravaju da invalidnost mora biti uključena kao kategorija analize koja je paralelna i preseca aspekte roda, rase, etniciteta i klase (Kearney 1996).

U konačnoj analizi, dijalog između istraživača i aktivista na polju roda i invalidnosti pruža nove uvide ne samo o diskriminaciji koja se sprovodi nad osobama s invaliditetom i ženama, nego i o paralelizmima koji mogu biti produktivno iskorišćeni. Oni mogu obuhvatati sledeće: od iznenadnog shvatanja mehanizama, kroz koje društveno okruženje privileguje osobe bez invaliditeta i muškarce, sve do razumevanja kulturne fuzije osoba s invaliditetom i žena, te njihovoj zastupljenosti u socijalnoj politici. Taj dijalog može izazvati nelagodu kod onih koji automatski pretpostavljaju da se interesi te dve grupe potpuno poklapaju. Zbog svih pomenutih odlika, najlakše je pasivizirati i patologizirati subgroupu invalidkinja, jer su procenjene kao one o kojima se treba konstantno brinuti, na dva nivoa, te je neophodno da u procesu psihoterapijskog osnaživanja radimo paralelno na razotkirvanju pounutrenih predrasuda, poruka koje društvo nameće i, naravno, na osnaživanju kapaciteta i prihvatanju svih identitetskih odlika kao potencijalnih izvora snage i rezilijentnosti.

Rodno zasnovano nasilje se kod žena sa invaliditetom očituje kroz iste mehanizme kao i kod nasilja nad svim ostalim ženama, s tim što je zbog njihove dvostruke vulnerabilnosti izlazak iz kruga nasilja dosta otežan. Stereotipi vezani za zavisnost od drugih, preosetljivost po pitanju sopstvenog invaliditeta i naročito prisutna predrasuda o velikoj zahvalnosti koju bi žene s invaliditetom trebalo da osećaju što je bilo koji partner podredio svoje životne navike njihovim, ojačavaju uloge kako žrtve tako i progonitelja. Postoje i specifičnosti nasilja povezanog s invaliditetom, jer vrlo često uključuje kao aktere negovatelje i negovateljice, kojima i profesionalna uloga omogućava pravnu zaštitu. S obzirom na naročito veliku izloženost nasilju i zloupotrebu položaja u institucijama, ovaj problem je teško rešiti bez pokretanja lavine drugih problema o neadekvatnosti tretmana korisnica u prihvatilištima i domovima.

Diskriminacija u odnosu **na roditeljstvo** žena s invaliditetom takođe je naslonjena na ukorenjene predrasude o naslednoj osnovi invaliditeta, kao i na opšti stav da je nemoguće adekvatno brinuti o deci ukoliko osoba nije u potpunosti “zdrava i prava”. Ukoliko postanu majke, invalidkinje se često osuđuju zbog sebičnosti i nameće im se neophodnost uključivanja drugih u podizanje i vaspitanje dece, bez uvida u realne prohteve.

Problemi s kojima se terapeuti najčešće susreću, kada su u pitanju **osobe s invaliditetom muškog pola**, u sferi su seksualnog identiteta i maskulnosti. Kulturološko definisani maskulini ideali ili očekivanja, ispoljavaju svoju moć u svakodnevnim društvenim odnosima, i zavisno od

konteksta, deluju ograničavajuće na ekspresiju alternativnih maskuliniteta.¹⁰⁵ Neka od tipičnih maskulinih odlika, poput preuzimanja inicijative, kompetitivnosti, samokontrole, asertivnosti i nezavisnosti, manifestuju se kroz držanje tela (kao telesna i interpersonalna pregovaranja i prakse) i na taj način utiču na *bivanje sa drugima*. Muškarci koji imaju fizički invaliditet se percipiraju kao nekompetitivni i neodlučni i ne nalaze se u predstavama maskuliniteta zapadnog društva (Connel 2005).

Istraživanja maskuliniteta i invalidnosti bave se analizom posledica činjenice da muškarci sa invaliditetom nisu u mogućnosti da efikasno ispoljavaju neke od telesnih dispozicija i praksi. Nemogućnost da koriste svoja tela na konvencionalan način nekima od njih dalo je podsticaj da prevaziđu hegemoni maskulinitet i da se usmere na alternative, kako u pogledu svoje telesnosti, tako i u pogledu orijentacionih ideala koji su vodili njihova ponašanja i prakse. Istraživanja ukazuju na činjenice da su oni muškarci, koji su sebe upoređivali sa tipičnim maskulinim idealima i koji su bili opsednuti svojom nemogućnošću da na adekvatan način reprezentuju te ideale, bili podložniji tome da ostanu emocionalno blokirani prilikom interpersonalnih susreta. Telo klijenta sa invaliditetom je, u kontekstu terapije, vidjeno kao potencijalni izvor stabilnosti i zadovoljstva, a uloga terapeuta je da pomogne klijentu da razbije predrasude o tome da se jedini mogući izvor stabilnosti za muškarca nalazi u intaktnoj fizičkoj snazi i potpunosti.(Dell' Orto & Power 2007)

6.2 Izbeglice i migranti

Izbeglice i interno raseljena lica, a u nešto manjoj meri i migranti, predstavljaju društveno vulnerabilne grupe. Oni takodje spadaju u ljude za koje se *apriori* pretpostavlja da su psihički nestabilni, budući da su bili prinudjeni da, mimo svoje volje, napuste svoje domove (to se često dešavalo iznenada; nije im pružana šansa da se za taj čin adekvatno pripreme). Izloženost naglim promenama, separacijama, psihološkom pritisku, a ne retko i fizičkoj i psihološkoj toruri predstavljaju ključne faktore njihove destabilizacije.¹⁰⁶ Činioci koji doprinose dodatnom osećaju

¹⁰⁵Idealni standardi maskuliniteta čine hegemonu formu i nalaze u odnosu međusobnog takmičenja i pregovaranja

¹⁰⁶ Izbeglice predstavljaju kulturni fenomen još od vremena starog Rima. Ljudi napuštaju teritoriju koju su nastanjivali zbog rasnih, etničkih, političkih i socijalnih razloga, u toku rata ili van njega. Procena broja izbeglica i interno raseljenih lica na svetu varira od 23 do 50 miliona, jer je veliki broj onih koji nigde zvanično nisu

ranjivosti su ratna trauma (ukoliko je to uzrok bega), problemi koji se javljaju na putu (loši uslovi, glad, umor), izazovi kulturnog prilagođavanja novoj sredini, otpor starosedelaca (diskriminacija, vređanje, ponižavanje), kao i gubitak članova porodice, zemlje, načina života, navika; jednom rečju, svega onog što je tim ljudima predstavljalo uporište identiteta (Lipson 1993).

Iskustvo izbeglištva imaju i tražioci azila, koji nastoje da dobiju zaštitu vlasti i steknu status izbeglica, jer se osećaju ugroženima zbog svojih političkih stavova ili zbog toga što pripadaju određenoj marginalizovanoj grupi. Interno raseljena lica su, pak, ljudi koji su prinuđeni da prebегnu na drugi deo teritorije svoje matične države, zbog opasnosti koje je izazvao građanski rat. Migrantima se, pak, nazivaju sve kategorije osoba koje prelaze preko teritorija različitih država, tražeći bolje uslove života. Uzrok tome može biti ratno stanje, siromaštvo, nezadovoljstvo postojećim uslovima života, nepovoljna politička klima ili neki drugi faktori.

Na osnovu kliničkih istraživanja utvrđeno je da je kod izbeglica, u prve dve godine izbeglištva, prisutan visok stepen psihološkog stresa i disfunkcionalnosti na nivou ponašanja. Do poboljšanja dolazi tokom treće godine, usled razvijanja adaptibilnosti, ali se dugotrajne posledice (somatizacija, posttraumatski stres, depresivna stanja itd.) mogu zadržati i do pet godina nakon napuštanja doma (Lipson 1993; Chung & Kagawa-Singer 1993).¹⁰⁷ Gubitak jednog ili više članova porodice jedan je od najvećih uzročnika stresa. *U dodatne faktore ranjivosti spadaju:* nepoznavanje jezika nove sredine, uzrast osobe (tinejdžeri i starije osobe najviše ispaštaju zbog otežanog prilagođavanja), nizak socio-ekonomski status, pripadnost nekoj od manjinskih grupa (koje i inače doživljaju opresiju zbog svoje rase, roda, seksualnog opredeljenja) itd. (Rumbaut 1991).

6.2.1 Problemi u tretmanu izbeglica i migranata

Globalna izbeglička kriza, prouzrokovana građanskim ratovima, verskim fundamentalizmom i teškom političkom i bezbednosnom situacijom (posebno na bliskom istoku,

registrovani niti zavedeni. Samerfield iznosi podatak da blizu 1% svetske populacije čine izbeglice i interno raseljena lica. Videti: Summerfield 2000 prema Daly 2010.

¹⁰⁷ Period čekanja regulisanja izbegličkog statusa (koji traje od šest meseci do nekoliko godina), budući da je veoma stresan i dovodi do pojačane anksioznosti oko ishoda (pogotovo kod tražioca azila), takođe je značajan okidač za pojavu psiholoških problema.

u Aziji, Africi, a i u nekim delovima Evrope), u ekspanziji je poslednjih decenija. Pored izbeglica i migranata, sve je veći broj azilanata i interno raseljenih lica.¹⁰⁸ Izbeglice, za razliku od osoba koje su pogođene jednokratnim traumatičnim događajima, doživljavaju višestruke stresove; prinudjeni su da se pripremaju za beg, da prelaze preko tuđih teritorija, da se nastane u nepoznatoj sredini, da se suoče sa svojim gubicima.

Pažnja istraživača, a i javnosti generalno, usmerena je mahom na sam proces migracija i teškoće s kojima se oni suočavaju u tom procesu. Njih, međutim, u postmigracijskom periodu očekuju novi izazovi, jer se moraju suočiti sa marginalizacijom, teškom socioekonomskom situacijom, akulturacijom, nedostatkom socijalne podrške, “kulturnim oplakivanjem” (period u kom se intenzivno žali zbog gubitka svih faktora koji znače *dom*). Skup faktora koji na različite načine i kontinuirano utiče na iskustvo izbeglica odraz je šireg sociopolitičkog konteksta u kom se oni nalaze.

Ukoliko se izbeglice, migranti ili raseljena lica posalju kod savetnika/terapeuta (ili se sami jave za pomoć), u samom startu se mogu javiti propusti. Greške se mogu napraviti pri dijagnostifikovanju, zbog čega dolazi do uspostavljanja pogrešnih ili nepotrebnih dijagnoza i patologiziranja klijenata (npr. ukoliko su klijenti pasivni, tihi, ćutljivi, ili ne odgovaraju na pitanja, to može biti procenjeno kao izraz njihove depresivnosti ili anksioznosti). Trebalo bi da psiholozi i psihijatri još tokom priprema za posao koji će obavljati nauče da budu samorefleksivni (što uključuje rad na sopstvenim predrasudama), i da aktivno stiču znanja o ciljnim grupama sa kojima rade (njihovoj kulturi, običajima, tradiciji, socijalnom i društvenom kontekstu iz kog dolaze, njihovoj političkoj i ekonomskoj situaciji). S obzirom na to da pogrešno tumačenje dijagnostičkih testova može imati veoma ozbiljne implikacije, neophodno je da stručnjaci budu fleksibilni i imaju u vidu uticaj socijalnog konteksta u kom se testiranje sprovodi, pomenute barijere u komunikaciji, visok stepen anksioznosti ispitanika zbog same procedure testiranja itd. (Brantlinger & Shealey 2005 prema Lindsay & Blachett 2011)

Primena terapijskog modela koji je usmeren na ojačavanje ličnih kapaciteta klijenata nailazi na brojne izazove. Problematičan je i sam početak terapijskog procesa, jer se u njega, u većini slučajeva, ne ulazi svojevolumeno. Ukoliko je prvi korak procesa nametnut ili neželjen, terapijski kontekst postaje prostor neravnopravnosti u kom se klijentima oduzima moć inicijative, a poteškoće koje se mogu javiti tokom terapije se automatski tumače kao njihovi

¹⁰⁸ Prema podacima iz 2004, ima ih oko 42 miliona.

“simptomi”. Sam razgovor sa praktičarem mentalnog zdravlja (koji je često psihijatar) izaziva dodatnu neprijatnost kod klijenata, jer se od njih očekuje da sa nekim koga ne poznaju podele delikatna iskustva kroz koja su prošli i da iznesu svoje intimne sadržaje. Oni se pritom plaše i osude ostatka zajednice (koja klijent/klijentkinju može proglasiti ludim), te ih je strah da mogu odati informacije koje će kasnije biti zloupotrebene u političke svrhe, nakon čega bi svakako usledila odmazda. Kako bi se sve to izbeglo, pribegava se alternativnim rešenjima. Angažuju se lideri zajednice, osobe u koju ostali pripadnici zajednice imaju poverenja, i koja može dopreti do njih i saznati njihove probleme.

Ukoliko govorimo o visoko razvijenim zemljama, mnogo bolji rezultati u unapredjivanju položaja izbeglica mogli bi se postići, prema Milerovom shvatanju, ukoliko bi klinička istraživanja bila zamenjena inicijativama na nivou lokalnih zajednica. Takva vrsta inicijativa bi ljudima pružila doživljaj prihvaćenosti i razumevanja, nasuprot doživljaju koji imaju u kliničkom setingu -medicinsko-psihijatrijskom okruženju koji kod većine izaziva strah i otpor (Miler 1999 prema Miller 2004).

Praktičari antiopresivne, klijetocentrične terapije smatraju da nametanje kulture, jezika i značenja putem terapije, kako se to čini pri radu s izbeglicama, ne predstavlja ništa drugo nego ponovljenu kolonizaciju. U tom procesu, njihova iskustva se procenjuju i prepričavaju jezikom sredine u koju su došli, a koja je bogatija i razvijenija od sredine iz koje dolaze. Takva vrsta selekcije rezultuje odbacivanjem i neprepoznavanjem specifičnih iskustva izbeglica, jer se ona smatraju irelevantnim. Kroz kulturno obojenu selekciju čitavo jedno bogatstvo sadržaja ostaje zanemareno, a lični doživljaji neprorađeni (Blackwell 1989). Uvođenje institucije *kulturnog konsultanta*, osobe koja je u ulozi posrednika između dominantnog biomedicinskog modela i kulturnih osobenosti ciljne grupe, jedan je od pokušaja rešavanja ovog problema. Konsultant bi trebalo da vlada jezikom ciljne grupe, kao i da poznaje njihovu kulturu, običaje, vrednosni sistem itd.

6.2.2 Depatologizacija izbegličkog iskustva i otvaranje drugačijih pristupa

Pitanje da li je nužno upućivati izbeglice na psihijatrijsku procenu izaziva polemike, a stavovi o prirodi problema sa kojima se oni susreću mogli bi se sumirati na sledeći način:

1. Sve ljude koji su prošli kroz iskustvo izbeglištva i traženja azila, posebno ukoliko su pritom doživeli gubitke, svakako bi trebalo smatrati *oštećenima* ili traumatizovanima;
2. Ljudi su po prirodi otporni, te svaku njihovu reakciju treba smatrati normalnom (ukoliko se ima u vidu da ona predstavlja “odgovor” na određene abnormalne događaje);
3. Većina izbeglica prolazi kroz teška iskustva i neophodna im je adekvatna psihološka pomoć; to, međutim, ne mora biti standardna, “zapadocentrična“ psihijatrijska podrška (Bernier 1992; Miller 1999).

Na meti kritike je, zapravo, prvi među pomenutim stavovima, koji doprinosi tome da problemi sa kojima se izbeglice suočavaju budu percipirani na veoma redukovani način. Pomenuti stav doprinosi viktimizaciji izbeglica i ne omogućava ojačavanje njihovih kapaciteta i otvaranje mogućnosti izbora. Zapravo, izbeglice su heterogena grupa; drugi i treći navedeni stav relevantni su za neke od njih, dok za neke druge nisu.

Smeštanje izbeglica na novu teritoriju je proces koji pokreće mnoga važna pitanja, budući da on utiče na mentalno zdravlje tih ljudi, i to na više nivoa. Istraživanje koje je, na globalnom nivou, sprovedeno 2005. godine, imalo je za cilj da utvrdi faktore koji utiču na mentalno zdravlje izbeglica, a javljaju se kako pre iskustva izbeglištva, tako i nakon njega (u postizbegličkom periodu). Pokazalo se da tip smeštaja, u koji se izbeglice dovode nakon što dodju na nepoznatu teritoriju, ima velikog uticaja njihovu na mentalnu stabilnost (ljudi koji su smešteni po privatnim smeštajima su u mnogo boljem stanju od onih koji su smešteni u kolektivnim centrima). Na mentalno zdravlje izbeglica utiču i ekonomski faktori (pravo na rad i pristup zapošljavanju, te mogućnost održavanja socioekonomskog statusa koji su imali pre izbeglištva), kao i udaljenost u odnosu na inicijalni konflikt (pokazalo se da je psihičko stanje ljudi bolje što su oni udaljeniji od kriznog područja). Shodno tome, interno raseljena lica su psihički ugroženija od izbeglica, dok je najlošije psihičko stanje zabeleženo kod onih koji su bili nasilno vraćeni na teritoriju sa koje su prebegli dok je sukob još trajao.

Životna dob (uzrast) i geografsko poreklo takodje spadaju u faktore mentalnog zdravlja. Kod ljudi koji su poreklom iz Evrope zabeležen je veći pad mentalne stabilnosti nego kod izbeglica koji dolaze iz Azije i sa Bliskog istoka, jer tamo ljudi generalno imaju niži životni standard. Takođe, kod ljudi sa višim obrazovanjem i pripadnika viših klasa bilo je prisutno više znakova psihičke krize nego kod onih sa nižim obrazovanjem i pripadnika nižih klasa. Istraživače je iznenadilo otkriće da zemlja porekla takodje predstavlja jedan od faktora mentalnog zdravlja, iako se i to može objasniti ekonomskim faktorom; onima koji dolaze iz ekonomski razvijenih sredina teže je da se prilagode novim uslovima života. Drugim rečima, faktor porekla je povezan sa socioekonomskim statusom, te izbeglice koji ne potiču iz Evrope pokazuju veći stepen adaptibilnosti na promene (Porter & Haslam 2005).

Pretpostavka da izbeglice imaju sindrom PTSP se obično iznosi *apriori*, što može biti prepreka objektivnom skriningu, tj. testiranju kapaciteta klijenta. Takođe, pokazalo se da pozitivno razrešenje političkog/ratnog konflikta, koji je predstavljao glavni uzrok izbeglištva, na pozitivan način utiče na psihičko stanje izbeglica. Za većinu ispitanika, kako istraživanja pokazuju, materijalna situacija i mogućnost da se u tom kontekstu ostvari napredak predstavlja značajan faktor stabilnosti.

Iskustvo izbeglištva svakako predstavlja jedno od najtraumatičnijih životnih iskustava, ali to ne znači da ljudima koji su prošli kroz tu vrstu iskustva treba nametati psihijatrijsku trijažu i lečenje, niti se podrazumeva da je njima ta vrsta pomoći neophodna. Takodje se nameće pretpostavka da su klijenti koji su prošli kroz iskustvo izbeglištva ranjiviji od većine drugih klijenata, te im se često produžava tretman. Najvažnije je da prepoznamo kapacitete koje klijenti imaju i uključimo ih u terapijski proces, kako bi oni bili prepoznati i usvojeni od strane samih klijenata (Tribe 1999).

Službe pomoći za migrante mogu se organizovati u skladu sa teorijskim modelom, koji je baziran na fazama adaptacije, ili sa praktičnim modelom, koji se formira u skladu sa strukturnim kapacitetima centara podrške. Oba modela omogućuju i etno-specifične i mejnstrimopcije, pri čemu se pretpostavlja da će se pridošlice uklopiti u kulturni kontekst zemlje u koju su došli. *Treći model – kolaborativni*, formiran je kako bi se pomirile prednosti i nedostaci prethodna dva

modela. On nudi kulturno senzitivniji pristup i uključuje spektar različitih mogućnosti, iako se, s druge strane, zasniva na praćenju nekih utvrđenih, unapred isplaniranih koraka (Griner 2006).

Navedeni modeli su primenjivani mahom u Kanadi i SAD-u i pokazali su se kao vrlo operativni. Međutim, po mišljenju Garvija i drugih autora, ovakvi modeli funkcionišu po principu reprodukovanja neokolonijalističkog i rasističkog diskursa (Garve 2011). Naime, pružaoci usluga nesvesno reprodukuju esencijalističke stereotipe o *drugosti*, a postoji i opasnost od rekreiranja dihotomnog razmišljanja *u okvirima pripadanja i ne preipadanja* određenim zajednicama (LGBT zajednici, na primer), na osnovu seksualnog opredeljenja individue.

Organizovanje kvalitetnog sistema podrške veoma je kompleksno, jer je sam terapijski proces izložen različitim vrstama kulturnih i institucionalnih uticaja. Savremeni istraživači psihoterapijskog rada imaju veoma podeljena mišljenja o tome. Dok jedni smatraju da bi trebalo zadržati standardnu psihoterapijsku formu (uz njene manje modifikacije), autori poput Bernala i Šaron Del Ria smatraju da bi psihoterapija trebalo da stavi mnogo veći akcenat na kulturne razlike među klijentima (Bernal & Scharroón-Del-Río 2001).

Disparatnost u načinu tretiranja pacijenata prouzrokovana je istorijskim i savremenim oblicima nejednakosti, koji se reflektuju na zdravstveni sistem, administrativne i birokratske procedure, pa i na odnos terapeuta i pacijenata (Smedley et al. 2003). Kompetentnost za psihoterapijski i savetodnavnu rad podrazumeva posedovanje različitih znanja i veština, u koje svakako spada i znanje i iskustvo u radu sa pripadnicima različitih kulturnih grupa. Kulturna kompetentnost terapeuta podrazumeva, stoga, njegovu sposobnost da prilagodjava svoj pristup, u zavisnosti od toga kojoj kulturnoj grupi njegov klijent pripada; on nikako ne bi trebalo da replicira isti model/pristup u svim situacijama (Hall 2001).

Ukoliko se preveliki akcenat stavi na kulturne razlike, može doći do zanemarivanja intrapsihičkih faktora. Pokazalo se, zapravo, da i samim klijentima smeta ukoliko je terapija previše usredsređena na eksterne faktore, naročito u periodima kad pokušavaju da povrate unutrašnji lokus kontrole i stabilnosti (Vontress & Jackson 2004). Savetnici i terapeuti bi trebalo da posvećuju više pažnje faktorima koji direktno utiču na trenutnu situaciju u kojoj se klijenti

nalaze, i njihovom načinu vrednovanja kulturnih razlika, religije, roda, rasne i klasne pripadnosti. Ukoliko bi se to učinilo, psihoterapija i savetodavni rad bi, po mišljenju Vontresa i Dženksona, bili znatno unapredjeni.

S druge strane, Paterson smatra da su znanje o terapijskom radu, iskustvo u njegovom praktikovanju i *kvalitet terapijskog saveza* faktori koji omogućavaju kvalitetan terapijski rad; poznavanje kulture i običaja kljenata, po njegovom mišljenju, nisu od presudnog značaja. Paterson ističe i to da kulturnim razlikama ne bi trebalo pridavati više značaja nego kulturnim sličnostima. Klijentocentrična terapija, po njegovom mišljenju, predstavlja univerzalni pristup, koji nadilazi razlike u kulturama. Ona je fokusirana na pojedinca, što automatski obuhvata i način na koji su kulturni aspekti inkorporirani u ličnost (Patterson 2004). Kritičari ovog pristupa ističu da nije reč o univerzalnom, već o zapadnom terapijskom modelu, u kom se stavlja akcenat na verbalizaciju i emocionalno abreagovanje (ekspresiju).¹⁰⁹

Rezilijentnost migranata

Današnji migranti, kako pokazuju istraživanja, poseduju izvanredne kapacitete i unutrašnju snagu. Oni su veoma motivisani da nauče jezik sredine u koju dolaze (u većini slučajeva je to engleski) i vrlo su anagažovani oko traženja posla i savladavanja novih veština (APA izveštaj 2014). Iako se migranti suočavaju sa brojnim rizicima (siromaštvo, diskriminacija, manja konkurentnost na tržištu rada itd.), njihovi psihički kapaciteti i sposobnosti konstantno premašuju očekivanja. Svaka sledeća generacija je sve uspešnija u savladavanju problema prilagođavanja, jer mladi lakše prihvataju dominantne anglosaksonske modele, sadržaje na engleskom jeziku, tehničke i tehnološke inovacije itd. Nove migrante odlikuju *optimizam, jača porodična kohezija i otvorenost ka podršci lokalne zajednice* (Tribe 1999).

Uloga sociokulturnog konteksta mora biti prepoznata da bi se obezbedili etični i adekvatni nivoi nege, dijagnostike i tretmana. Oni koji smatraju da je *asimilacija* najbolji i najbrži način prilagođavanja izbeglica i migranata novoj sredini veruju da je to i način da se minimiziraju razlike u kulturama, umanje predrasude i ublaži diskriminacija (Lago & Smith

¹⁰⁹Kod stanovnika Istočne Azije govor može da blokira razmišljanje (Kim 2002), a izražavanje emocija je u velikoj meri kulturno normirano. Takođe, supresiranje emocija i njihovo kontrolisanje ne mora biti jednako škodljivo za pripadnike svih kultura (Chentsova-Dutton et al. 2007; Butler et al. 2007).

2003). Nasuprot njima, pristalice *multikulturalne ideologije*, veruju da je neophodno da sve različite grupe zadrže svoje odlike, norme, tradiciju i vrednosti, te da se referentni okvir promeni u društvu, tako da bi mogao da primi i prihvati sve te različitosti. Po njihovom mišljenju, umanjivanje štetnih pojava, poput diskriminisanja drugačijih od sebe, postiže se uvažavanjem različitosti, a sredina u kojoj se pojavljuju kulturološki drugačije grupe, može profitirati time što se u nju unose novi kvaliteti (jezici, veštine, znanja).

Problem sa oba pristupa je da su ograničavajući na različite načine, i da imaju različita značenja, zavisno od toga kako su manjinske rupe pozicionirane u širem društvenom kontekstu. Ukoliko se manjinska grupa asimilira, održava se status quo, a poruka multikulturalizma je očuvanje manjinskih tradicija, a ne zajednička promena. Najbolje rešenje bi uključivalo treći put, u kome bi postojala mogućnost očuvanja tradicije, uz simultane promene i uključivanje u sredinu na načine na koje je to prihvatljivo za obe strane.

6.2.3 Predloženi principi i preporuke praktičarima u pružanju efektivne pomoći migrantima

*1. Uključivanje ekološke perspektive*¹¹⁰

- Na migrante i njihovo ponašanje utiču faktori iz šireg socio-kulturnog okruženja (socijalna klima i način na koji okolina reaguje na njihovo prisustvo), kao i faktori koji su povezani s njihovim ličnim karakteristikama i kulturama iz kojih oni dolaze. Migrante treba posmatrati kao grupu pojedinaca sa specifičnim ličnim karakteristikama. One su u stalnoj interakciji sa pomenutim faktorima i određuju različite nivoe njihove otpornosti i/ili vulnerabilnosti;
- Pri istraživanju pitanja i problema koji su povezani sa migrantima neophodno je primenjivati emski pristup; dakle, neophodno je razumeti na koji način sam klijenti vide i tumače situaciju u kojoj se nalaze, što ispitivače sprečava da na njih projektuju sopstvene vrednosti i predrasude;
- Neophodno je da ispitivači budu svesni načina na koji uslovi i okolnosti u kojima se obavlja ispitivanje i utvrđuje dijagnostika deluju na klijente; takodje, oni treba da budu svesni kakve su

¹¹⁰ U okviru tzv. ekološkog pristupa ljudsko iskustvo je shvaćeno kao rezultat recipročnih odnosa između pojedinaca i njihove okoline; ključni faktori koji, pritom, ulaze u interakciju su: pojedinac (lične karakteristike), kulturni kontekst i vremenski okvir.

implikacije tog procesa i kako on utiče na trenutnu situaciju u kojoj se klijenti nalaze, a i na njihovu budućnost;

- Ispitivači bi, takodje, trebalo da imaju u vidu da simptomi koji se pojavljuju kod određene osobe često imaju svoje kulturno zaledje i logiku; oni nisu fiksirani, već se ispoljavaju kroz čitav spektar različitih formi.

2. Povezivanje praksi (koje su bazirane na rezultatima istraživanja) i istraživanja (koja su bazirana na iskustvima iz prakse)

Veoma je važno imati lične podatke o klijentima, jer to je osnov za razumevanje njihovih potreba. Pomoć na lokalnom nivou uključuje pružanje zdravstvenih usluga, psihološku i pravnu podršku, obrazovanje, dodatno obučavanje itd. Imigranti će imati više poverenja ukoliko im se omogući da zadovolje svoje potrebe, što će uticati na frekventnost korišćenja terapijskih i savetodavnih usluga.

3. Neophodno je da se migrantima obezbedi kulturno senzitivna model savetovanja. Kada pokušavaju da konceptualizuju i artikulišu psihološke poteškoće, stresove i probleme sa kojima se suočavaju, migranti se oslanjaju na sopstvene kulturne norme. Kulturne vrednosti i norme ne bi trebalo da budu relevantne samo za njih, već i za pružaoce usluge u oblasti mentalnog zdravlja. Adekvatna, kulturno senzitivna procena se zasniva na preciznom, sveobuhvatnom opisu klijentovog psihološkog stanja, te bi savetodavac trebalo da prikupi sve relevantne podatke. Aplikovanje evropocentričnog, zapadnog modela posmatranja bolesti (simptoma) i dijagnostikovanja vodi, u takvim slučajevima, ka utvrdjivanju neadekvatne kliničke slike i potencijalno patologizira klijente, pri čemu se ne uzimaju u obzir njihove lični kapaciteti (Dana 2005).

Klijenti iz drugih kultura (mahom afričkih i azijskih) iskazuju svoje negativne emocije na kulturno specifične načine; oni često reaguju glasno i ljutito, tj. na način za koji bi većina pripadnika anglosaksonskog kulturnog područja rekla da je nekontrolisan. Mnogim opservatorima je njihovo ponašanje delovalo bizarno, te se dešavalo da im se olako dijagnostifikuje šizofrenija. Medjutim, njihovi "simptomi" su u značajnoj meri odstupali od dijagnostičkog toka koji je tipičan za šizofreniju, te je ta vrsta dijagnoze dovedena u pitanje

(Acharyya 1996). U okviru kulturno senzitivne psihijatrije, normalnost bi, stoga, trebalo posmatrati kao strogo relacionu i kontekstulnu kategoriju. Unapređeni sistemi klasifikacije i dijagnostikovanja, u koje spada i tzv. multiaksialna klasifikacija (u okviru nje, dijagnoza se određuje u odnosu na karakteristike osobe, njeno fizičko zdravlje, stresove koji su prethodili ispitivanju itd.), veoma su brzo prihvaćeni od strane dijagnostičara i zdravstvenih praktičara (Acharyya 1996).

Predlažu se sledeći koraci:

1. Neophodno je da se precizno utvrdi stepen disproporcije (disonanci) jezičkih i uopšte kulturnih odlika klijenta u odnosu na odlike pripadnika dominantne kulture;
2. Ukoliko se koriste testovni materijali, trebalo bi koristiti njihove revidirane, kulturno senzitivnije verzije; npr. tell me a story [teMAs]; Con-stantino, revidirani TAT –test tematske apercepcije (Malgady & Rogler 1988). Preporučuju se i kulturno senzitivne procedure procenjivanja intervencija (Ridley, Li & Hill 1998);
3. Kulturne varijable bi trebalo inkorporirati u sve faze procesa psihološkog procenjivanja; kulturu bi, pritom, trebalo shvatiti kao dinamičnu i procesualnu kategoriju (Gamts 2001);
4. Neophodno je da se prikupe podaci o ličnoj i porodičnoj istoriji klijenata, njihovom ekonomskom stanju, vrednosnim sistemima u odnosu na koje se orijentišu, iskustvima, veroispovesti, stupnju integrisanosti u novu sredinu;
5. Trebalo bi, kad god je to moguće, saradjivati *sa društvenom zajednicom (organizacijom) kojoj klijent pripada, kao i sa članovima njegove šire ili uže porodice;*
6. *Principe socijalne pravde bi trebalo inkorporirati u organizaciju pružanja usluga; perspektiva socijalne pravde u okviru psihološkog tretmana bazirana je na uverenju da svi ljudi imaju pravo na jednak tretman i fer raspodelu socijalnih resursa, kao i na šansu da učestvuju u procesu odlučivanja. (Dana 2005)*

Proces migracija, kao globalni fenomen, pojedince i njihove porodice stavlja pred velika iskušenja, i može se negativno odraziti na psihičko zdravlje pripadnika više generacija. Jedan od mogućih oblika pomoći je i psihodinamska terapija, koja obuhvata intrapsihičku, interpersonalnu

i kulturnu dimenziju psihičke realnosti klijenta, i ima za cilj da integriše tehnike relacione psihoanalize i socijalno-kognitivni pristup. Ishod psiholoških procesa koji prate imigraciju ne zavisi samo od načina na koji se restrukturiraju dinamski aspekti, već i od ne-dinamskih faktora, kao što su uzrast, socio-ekonomsko zaleđe, jezičke u kulturne osobenosti, uzrok migracije (da li je ona bila prinudna ili dobrovoljna), i mogućnost povratka u domovinu (Lindzau & Blanchett 2011).

6. 3 Psihološka pomoć i ojačavanje kapaciteta bivših hospitalizovanih klijenata (pacijenata u remisiji)

“Oporavak uključuje razvoj novih značenja i svrhe u životu pojedinca, kada se izdigne iz katastrofičnih posledica mentalne bolesti“ (Anthony 1993, 13)

Za osobe koje su se suočile sa izazovima ozbiljnih psihijatrijskih dijagnoza, te bile na institucionalnom lečenju, oporavak predstavlja veoma važnu fazu, put od limitiranosti iskustva bivanja pacijentom do povratka autonomnom i samodefinišućem životu. Ostvarenje rezilijentnosti na dotašanje stresore i okidače, jedan je od osnovnih elemenata procesa izlečenja, koji omogućava adaptaciju na problematične okolnosti, ali mobilise i energiju u procesu povratka kapaciteta, izlaska iz pasivnosti i rezignacije, te samostigmatizacije.

6.3.1 Nastanak ideje o oporavku

Ideja da zajednice treba da pružaju podršku osobama sa mentalnim poteškoćama, kao bi se one reintegrisale, oporavile od bolesti i održale mentalnu stabilnost (*community mental health*), javlja se tek u posleratnom periodu. U SAD-u i Velikoj Britaniji se tada pojavljuju inicijative putem kojih se, uz podršku od strane vladinih institucija, promoviše ideja o pružanju komunalne podrške osobama sa mentalnim poteškoćama.¹¹¹ Pomenute inicijative su dobile

¹¹¹ Inicijativa komunalnog razvoja se bazira na principima socijalne pravde i održivosti životne sredine. Ovakva vrsta inicijativa otvara mogućnost za kritičko osveščivanje odnosa moći u društvu. Prakse koje se sprovode na nivou mikrozajednica su podsticajne za društvo u celini, jer pokazuju da je moguće postaviti zajedničke ciljeve, organizovati zajedničke aktivnosti i kreirati inkluzivno društveno okruženje. Participacija i inkluzija, ukoliko se sprovode na adekvatan način, imaju moć da na pozitivan način transformišu društvenu realnost. Međutim, ukoliko su takve vrste inicijativa zasnovane na pogrešnim pretpostavkama rezultat će izostati, a nepovoljne posledice se mogu manifestovati ne samo na nivou lokalnih zajednica, već i na nivou čitavog

dodatni zamajac zahvaljujući antiratnim i drugim socijalnim pokretima (antirasističkim, feminističkim, studentskim) i socijalnom optimizmu koji je obeležio 60-te godine, posleratnoj obnovi, veri u nauku i medicinu, i protestima protiv rata u Vijetnamu.

Od 1970-tih naovamo, pre svega zahvaljujući inicijativi za deinstitucionalizaciju osoba sa mentalnim poteškoćama, pojačani su naponi da se bivši korisnici usluga psihijatrijskih ustanova integrišu u društvenu zajednicu, kako bi se prevazišli problemi s kojima se oni suočavaju u ekonomskoj, socijalnoj i političkoj sferi. Sredinom 70-tih godina ovaj pokret menja kurs i orijentiše se ka pružanju korektivnih usluga (Chu & Trotter 1974 prema Anthony 1993). U to vreme, formira se pokret *Korisnika psihijatrijskih usluga*, u kom su, osim osoba sa mentalnim poteškoćama, učestvovali i članovi njihovih porodica, kao i bivši pacijenti (Lefley 1996).

Organizacije korisnika usluga ustanova mentalnog zdravlja postaju važni pokretači pozitivnih promena. Sami korisnici unapređuju kvalitet rada, uvodeći grupe samopomoćili, pak, nove aktivnosti u već postojeće programe; oni, tako, postaju kreativniji i zanimljiviji za one kojima su i namenjeni. Medjutim, organizacije korisnika nisu uspele da ostvare medjusobnu saradnju. Takodje im je nedostajalo i teorijsko uporište, koje se moglo odrediti na širokopspektru orijentacija od antipsihijatrijskog pristupa (koji negira potrebu za dijagnostikom), do tradicionalnog medicinskog pristupa (u tom slučaju, ostvarila bi se puna saradnja sa institucionalnom psihijatrijom). Organizacije korisnika su inicirale formiranje tzv. *grass roots* pokreta, koji je bio namenjen osnaživanjucapaciteta bivših pacijenata, ali su, s druge strane, kreirale i razdore među korisnicima njihovih usluga, i time onemogućile formiranje jedinstvenog, snažnog internacionalnog pokreta (Lighorst 2003).¹¹²

Period 90-tih i 2000-tih obeležava tzv *novi komunitarizam*, sa ciljem da se ojača civilno društvo, učešće građana, kao i kontrola nad samim procesom institucionalnog lečenja(Dionne, 1998). Za razliku od aktivizma 60-tih, u kojima su lideri ovih udruženja pokušavali da izleče društvo, 90- te su donele veći fokus na udruživanje korisnika, njihovih porodica, civilnog sektora i saradnju sa vladinim organizacijima. Tada se nova psihijatrija zajednice, ojačana mnogim

društva. Participacija se, u takvim slučajevima, zasniva na ispraznoj demagogiji i ispoljava se kao novi vid tiranije. U tom vidu, ona ne doprinosi promenama već redukuje transformativne procese, težeći da održi *status quo* i postojeće odnose moći (Cooke & Kothari 2001).

¹¹² Prva Konferencija ljudskih prava i psihijatrijske opresije održana je na Univerzitetu Detroit (održavala se jednom godišnje od 1973 do 1985). Tokom tog perioda ona je prošla kroz nekoliko transformacija, kako je obim pokreta rastao, završivši kao Internacionalna konferencija za ljudska prava protiv psihijatrijske opresije.

socijalnim pokretima, ipak više okreće potrebama individue ispuštajući iz vida šire društvene nivoe ovog problema.

Zdravstvena zaštita lica u zajednici sprovodi se kroz definisane planove i programe, individualne ili grupne tretmane u zajednici, a u cilju zadržavanja ovih lica i njihovog ostanka u porodičnoj i socijalnoj sredini, odnosno *prevencijom njihovog ponovnog stacionarnog lečenja*. Terapijska praksa bazirana na modelu oporavka predstavlja sintezu profesionalnog i životnog iskustva, stapajući se u jednu jedinstvenu bazu znanja (Glover 2005, 2). Ukoliko društvo ne preopozna kapacitete koji leže u oporavku, propustiće šansu da fragmentirani sistem pomoći transformiše u model otvoren za sve nivoe poteškoća koje se javljaju vezano za ovaj proces, što bi značilo i ujedinjenje različitih profesionalaca oko istog cilja. Umesto da samo reflektuje “common sence” (zdrav razum), ideja je da predstavlja “common purpose” (zajedničku ideju) (Roberts and Hollins 2007).

Bivšim korisnicima institucionalnih psihijatrijskih usluga je danas omogućeno da dobiju pomoć i podršku u okviru različitih *projekata namenjenih unapredjenju mentalnog zdravlja u zajednici*, kao i u okviru *programa socijalne rehabilitacije*. U okvirima ovakvih projekata iprograma akcenat je na ponovnom uspostavljanju psihološkog balansa, kako bi bivši korisnici institucionalnih psihijatrijskih usluga postali rezilijentni na stresore i reintegrisali se u društvo. Takodje, tu su i različita *udruženja korisnika*, koja ostvaruju medjusobnu saradnju na različitim nivoima. Nacionalne službe mentalnog zdravlja se na različite načine brinu o bivšim pacijentima i o njihovom zbrinjavanju. Međutim, svi ti pristupi se zasnivaju na ideji o neophodnosti njihove postupne rehabilitacije, što za sobom povlači i odgovarajuće vrste praksi.

Procesi uključivanja u zajednicu mogu biti koncipirani na različite načine, ali oni svakako uključuju obezbeđivanje odgovarajućih rezidencijalnih uslova boravka (npr. u tzv. “kućama na pola puta”), obezbeđivanje rezidencijalnih smeštaja koji su namenjeni osnaživanju kapaciteta (*long stay care home*), smeštanje pacijenata u hostele za pružanje podrške (oni su namenjeni pacijentima koji su relativno samostalni), kao i organizovanje različitih alternativnih oblika zajedničkog stanovanja koji su zasnovani na samoorganizovanju. Podrška se realizuje i putem programa namenjenih unapredjivanju međusobne podrške i komunikacije među bivšim korisnicima, pružanjem podrške u zapošljavanju i razvoju kreativnosti (radionice glume, muzike, umetničkih rukotvorina.), pružanjem podrške u procesu razvoja psihosocijalnih veština i dr.

Pri procenjivanju stanja bivših korisnika usluga institucija mentalnog zdravlja ne uzimaju se u obzir, bar ne u dovoljnoj meri, faktori rase, klase i socijalnog položaja. Veliki broj povratnika živi u neadekvatnim životnim uslovima i nema osnovna sredstva za život, te takvi uslovi otežavaju proces njihove psihološke stabilizacije. Pri procenjivanju njihovog stanja (da li su se, i u kojoj meri oporavili) trebalo bi, pre svega, razmotriti imaju li pristup društvenim resursima, vezama i kontaktima, i da li su dobili šansu da obnove sopstvene kapacitete, jer to je ono što im omogućava da nađu zaposlenje. S tim u vezi, bitno je napomenuti da je brzina oporavka direktno povezana s tim kojoj socijalnoj subgrupi povratnici pripadaju.

Inicijative koje se organizuju na nivou zajednice ne bi trebalo samo da prate šta se dešava povratnicima, već i da osiguraju da njihov tretman bude adekvatan. Ideja je da se povratak na kliniku organizuje jedino ukoliko dodje do realnog pogoršanja stanja, pri čemu se na nivou zajednice preduzimaju sve potrebne mere kako bi se to sprečilo.

Iako pokret koji propagira komunalnu podršku osobama sa mentalnim poteškoćama nije u značajnijoj meri proširen, zahvaljujući njemu otvoren je prostor za formulisanje drugačijih pristupa. Takvi društveni pokreti i inicijative, koji su u 21-om veku praćeni primenom superiornijih medicinskih i menadžerskih tehnologija, danas aktivno saradjuju sa vladinim institucijama. One, međutim, često deluju u interesu države, a pod devizom unapredjenja inicijativa na lokalnim nivoima, te su današnji izazovi u toj oblasti veći nego ranije. Ipak, najvažnije je to da pokreti i inicijative koji su usmereni na obezbeđivanje komunalne podrške osobama sa mentalnim poteškoćama i dalje postoje (Rosenchek 2000).

U procesu oporavka osoba sa težim psihijatrijskih dijagnozama (to se pre svega odnosi na šizofrene bolesnike), trebalo bi imati u vidu sledeće:

1. Rad usmeren na oživljavanje njihovih mogućnosti (potencijala)

Kod osoba sa ozbiljnijim psihičkim poteškoćama percepcija je “izmeštena”, te su one često nesigurne i decentrirane. Stigmatizacija im stvara dodatne probleme, jer ona usporava i otežava sve faze njihovog oporavka. Ukoliko je stigma, povrh toga, i pounutrena, kod osobe se javlja osećaj nekompetencije, krivice i stida, i ona gubi volju za promenama. Stoga bi, u fazi oporavka osobe, trebalo posvetiti pažnju njenim stavovima i verovanjima, kako bi bila u stanju da redefiniše sopstveno shvatanje pojma “ludila”, i povrati veru u sebe i sopstvene kapacitete. U

sledećem koraku, preispituju se okviri koji su uspostavljeni dijagnozom, te osoba razvija kapacitet da te okvire prevaziđe razvijanjem novih uvida (Rowe 1999).

2. *Rekonektovanje i traženje sopstvenog mesta u svetu*

Istraživanja koja se bave problemom socijalne integracije su izuzetno važna, iako se i dalje prilično retko sprovode, jer integracija predstavlja preduslov socijalne inkluzije. Izraz socijalna integracija odnosi se na težnju osobe da nađe svoje mesto u socijalnim krugovima, porodici, određenoj profesionalnoj grupi. Dakle, *biti integrisan* znači *pripadati nekome*, pri čemu je osećaj pripadnosti praćen osećajem ličnog moralnog utemeljanja (Ware, Hopper, Tugenberg, Dickey & Fisher 2007).

Socijalna izolacija u spoljnom, vaninstitucijskom svetu je svakako jedna od najvećih prepreka s kojom se suočavaju bivši pacijenti. Nove tehnologije su se pokazale kao delotvorno sredstvo za prevazilaženje problema usamljenosti (socijalne izolacije), a istraživanja potvrđuju da su bivši pacijenti, zahvaljujući socijalnim razmenama putem Interneta, unapredili sopstvene komunikacijske veštine i ublažili negativne efekte reintegracije (Gatto & Tak 2008). Nove tehnologije su posebno korisne pacijentima koji boluju od šizofrenije, koji imaju prilike da se povežu sa svojim vršnjacima i širim socijalnim okruženjem kako bi dobili podršku.

Zdravi socijalni odnosi predstavljaju osnovni preduslov oporavka; zahvaljujući njima umanjuju se efekti stresa, koji se neminovno pojavljuje kada se iz iz užeg, kliničkog okruženja predje u širi, socijalni sistem funkcionisanja. Nove tehnologije, osim toga, omogućuju pristup resursima koji pospešuju oporavak: znanju o bolestima (koje demistifikuje koncept oporavka), socijalnoj razmeni i adekvatnoj brizi. Istraživanja pokazuju da socijalni odnosi, pored toga što pozitivno deluju na psihičko stanje i stabilnost klijenata, blagotvorno deluju i na njihov imunitet, jer njihov organizam dobija snagu da se brani od svih negativnih pojava (Levy–Storms 2002).

3. “Mirenje sa sobom”

Navedeni izraz podrazumeva *uspostavljanje balansa među različitim aspektima sopstva*. Reparacija se sprovodi na nivou svih identitetskih aspekata osobe i u okviru svih aspekata njenog delovanja, od onih koji su manje delikatni, pa do onih u kojima se osoba oseća najranjivijom (a

koji su često od krucijalne važnosti za funkcionisanje ličnosti). Dok jedni teže tome da uspostave svakodnevni osećaj smisla i motivacije, ili pak žele praktično da se uključe u određene aktivnosti, drugi traže oslonac u oblasti spiritualnog (Clay 1994).

Društveni sistem teži da očuva unutrašnju koherentnost, te sebi obezbeđuje zaštitu time što uklanja osobe sa psihičkim poteškoćama; one su, kako se veruje, nesposobne za donošenje racionalnih odluka, i nisu u stanju da se integrišu u društvo. Društvo, na osnovu krajnje arbitrarnog sistema procene, određuje koji tip deprivacije treba da stupi na snagu, da li je on opravdan i neophodan, i da li je “presudu” eventualno moguće izmeniti.

Umešanost društva se, u takvim okolnostima, može pratiti na dva nivoa. Prvi nivo je nivo *dijagnostifikovanja problema*, na kom se utvrđuje da je kod određene osobe prisutan određeni stupanj “socijalne onesposobljenosti”, a na drugom nivou se određuje odgovarajući *korektivni tretman*. Kroz tehnologije pružanja pomoći (one uključuju davanje lekova, rehabilitaciju, procenjivanje sposobnosti osobe da se nosi sa simptomima bolesti, kognitivne tehnike kojima se ublažavaju posledice halucinacija itd.) mogu se unaprediti sposobnosti osobe i umanjiti njeni nedostaci. Ipak, uspešnost intervencija i podrške određuje se u zavisnosti od toga u kojoj meri su unapređeni kapaciteti osobe društveno upotrebljivi, u okviru unapred postavljenog sistema društvenih uloga i aktivnosti (Mitra 2006).

6.3.2 Modeli oporavka

Modele oporavka je teško konceptualizovati, jer se baziraju na brojnim i međusobno isprepletanim eksternim i unutrašnjim faktorima. Nada u ozdravljenje je povezana sa ličnim identitetom osobe i njenim samovrednovanjem te, prema Grinlijevom mišljenju, predstavlja ključni unutrašnji preduslov oporavka osobe i povratka njenog osećaja kontrole nad sopstvenim životom. Spoljašnji faktori su zasnovani na sistemu poštovanja ljudskih prava i prava pacijenata, kao i na njihovim mogućnostima da se reintegrišu u društvo. Veoma je važno da osoba dobija podršku od strane šireg društva, u atmosferi u kojoj se promoviše participativnost i radi na jačanju kapaciteta zajednice, kao i da ona bude uključena u zdrave međuljudske odnose (Greenley 2001).

U opticaju su dva modela oporavka - **klinički** i **socijalni model** – te se oporavak osobe može posmatrati kroz prizmu jednog ili oba modela. **Klinički model** oporavka se, između ostalog, zasniva na *sistemu rekuperiranja kapaciteta osobe*, tj. mernom određivanju stepena redukovanoosti simptoma, odnosno povećanja kvaliteta života. U okviru **socijalnog modela**, s druge strane, oporavak se shvata kao proces i “meri” se u skladu sa načinom na koji osoba određuje samu sebe, kao i na osnovu stepena njene uključenosti u život zajednice (bez obzira na to koje simptome ona trenutno ispoljava, ili koji je stepen njene trenutne onesposobljenosti) (Bellack 2008).

Suštinska razlika između navedenih pristupa je u tome što se prvi fokusira na ishod, a drugi na proces. To otvara diskusiju o tome da li je (i kako) ova dva pristupa moguće integrisati u jedinstven pristup, koji bi uzimao u obzir ishod, ali u formi podržavanja procesa. Dva narečena pristupa oporavku se razlikuju i po pitanju shvatanja simptoma kao pokazatelja stupnja nečijeg oporavka, ili pak kao faktora koji ne bi trebalo da utiče na procenu nečijeg oporavka, utoliko pre što osoba može steći sposobnost da se distancira u odnosu na svoje simptome. Takođe, razlikuju se i po načinu pružanja pomoći; s jedne strane je fokus na rehabilitaciji, dok se, s druge strane, insistira na procesu ličnog napredovanja.¹¹³

Osnovni elementi klijentocentričnog modela su nada, samosvojnost, samoodređenje, osećaj smisla i pripadnosti, svest o sopstvenim potencijalima (Onken 2007). Participativnost u okviru terapijskog saveza omogućava zajedničko odlučivanje i zajedničko kreiranje planarada, kao i kriznog plana (u slučaju da dodje do pogoršanja). Po tome se ovaj pristup razlikuje od pristupa koji polaze od pretpostavke da korisnici ovakve vrste programa nisu kompetentni da donose odluke o sopstvenom oporavku. Degan pravi razliku između praksi *oporavka i rehabilitacije*, ističući da je rehabilitacija pasivizirajuća, dok oporavak akcentuje značaj lične odgovornosti i uključenosti korisnika (Deegan 2003).

6.3.2.1 Model oporavka – “Tempo” (PACE)

Model ojačavanja procesa oporavka je nekorektivni pristup koji predstavlja alternativnu standardnom psihijatrijskom pristupu. PACE se bazira na pretpostavci da se klijenti mogu

¹¹³ Oporavak mentalnog zdravlja predstavlja put ozdravljenja i transformacije koji omogućava osobi s prethodnim poteškoćama u ovoj sferi da živi pun i svrsishodan život u zajednici prema sopstvenom izboru, koja će omogućiti razvitak punog potencijala (del Vecchio & Fricks 2007).

oporaviti i od najtežih psihijatrijskih problema, ali da je neophodno da poseduju pravu dozu adekvatnog stava i podrške. Takodje je, po mišljenju Aherna i Fišera, bitno skrenuti pažnju na neke od važnih činilaca oporavka, među kojima se pre svega *neadekvatnost izraza mentalna bolest*, jer podrazumeva da određena osoba ima ozbiljan emocionalni poremećaj, čime joj se automatski negira sposobnost da funkcioniše na društveno poželjan način. (Ahern & Fisher)

Takodje je bitno prihvatiti sklonost ljudi da se medjusobno povezuju, naročito ukoliko su u stanju emocionalnog stresa, kao i da su vera u oporavak i sposobnost samoodređenja njihove osnovne snage. Bitno je imati u vidu da je neophodno biti okružen *osobama koje veruju u mogućnost oporavka*, da bi se osoba oporavila, i vratiti ljudsko dostojanstvo. Osećaj emocionalne stabilnosti i zdravi odnosi s drugima su preduslov ispoljavanja emocija, a mogućnost da se ispolje emocije je jedan od osnovnih preduslova oporavka (Shmolck 2009).

U osnovne faktore oporavka spadaju:

-Vera u oporavak

Veoma je važno da klijent u određenom trenutku poveruje da više nije mentalno bolestan. Vera i nada u ozdravljenje su suprotne uverenju da mentalna bolest zauvek traje i da ju je nemoguće izlečiti.

-Odnosi u oporavku

Na osnovu iskustava bivših pacijenata može se zaključiti da im je, tokom procesa oporavka, izuzetno pomoglo prisustvo osoba koje su verovala u njih i mogućnost njihovog oporavka. To bi trebalo da budu ljudi u čijem društvu se osoba oseća sigurno, oni kojima se može verovati i oni od kojih se mogu dobiti praktični saveti. Takodje je povoljno družiti se s osobama koje su prošle kroz sličnu vrstu iskustva.

-Veštine oporavka

Neophodno je da osoba ispoljava svoja osećanja (to je jedan od načina staranja o sebi). Od pomoći je i ukoliko klijenti imaju prilike da steknu nova znanja i veštine i nauče stvari zbog kojih će se osećati ispunjenima. Važno je da oni nauče da preuzimaju odgovornost o sebi, i “oprote” sebi zbog toga što su bolesni.

-Identitet oporavka

Izuzetno je važno da se osoba ne identifikuje, bar ne u potpunosti, sa ulogom pacijenta. Neophodno je da se priseća svojih postignuća pre bolesti. Takodje, pacijent može da se uključi u pokret korisnika, jer to pomaže u procesu prevazilaženja osećaja stigmatizacije i diskriminacije. Izraz mentalni bolesnik bi trebalo izbaciti iz upotrebe. Takodje, mnogo je adekvatnije reći “osoba sa šizofrenijom”, nego šizofreničar.

-Zajednica oporavka

Zajednica predstavlja okvir za ostvarivanje identiteta i okvir za osmišljavanje života. Redovan rad i smislene aktivnosti su stožeri principijalne terapije. Oni koji pomažu povratnicima su u posebnoj poziciji; pomaganje drugima može dati dubok smisao nečijem životu. Način na koji se, na nivou društva u celini, razmišlja o mogućnostima oporavka, određuje način na koji pojedinci vide domete i mogućnosti sopstvenog oporavka.

6.3.2.2 Model oporavka kroz podizanje kapaciteta

Pristup koji se zasniva na osnaživanju kapaciteta klijenata je nedovoljno razradjen, ali i vrlo dinamičan model oporavka. On uključuje upotrebu materijalnih i tehničkih pomagala, kao i razvijanje kompetencija na unutrašnjem planu (Olson 2001). Ovaj model predstavlja alternativu utilitarinom pristupu, koji je usmeren na ostvarivanje dobrobiti (Sen 1980 in Nussbaum 1993).

Amartja Sen, ključna autorka kada je o ovom pristupu reč, uvodi određene standarde za merenje kvaliteta i vrednosti nečijeg života. Umesto da merimo kolika je sposobnost osobe da zadovoljava svoje primarne potrebe, bolje je da se, kako Sen predlaže, okrenemo procenjivanju njenih kapaciteta. Napredak se, shodno tome, određuje ne toliko u skladu sa razvitkom nečijih sposobnosti, koliko u skladu s nečijim potencijalima i kapacitetima. Da bi se ti kapaciteti ostvarili neophodna je podrška šire društvene zajednice.

Osobe sa mentalnim poteškoćama su obično izolovane u institucijama za mentalno zdravlje, ili se, pak, samoinicijativno izoluju od društva, što je prouzrokovano procenom njihovog ponašanja kao društveno neadekvatnog. Pristup koji se zasniva na osnaživanju kapaciteta u prvi plan ističe činjenicu da očekivana promena ne dolazi isključivo *iznutra*, već da je klijentima potrebno otvoriti nove društvene mogućnosti i perspektive. U osmišljavanju prakse oporavka akcenat se pomera sa pojma *izlečenja* na pojam *jednakosti*, koji, osim što menja

značenje prethodnog pojma, uključuje i dimenziju participativnosti. Osnovni problem, kada je reč o dostupnosti esencijalnih dobara i usluga, postaje, tako, problem njihove jednake preraspodele (Anderson 1999).

Ovaj pristup nas usmerava da, pored toga što se bavimo trenutnim poteškoćama klijenata (njihovim iskustvima ponižavanja i stida, koja predstavljaju posledicu postojanja stigme i razmišljanja u okviru hijerarhijskog društvenog sistema), usmerimo pažnju na izazove s kojim se oni suočavaju na duže staze. Moraju im se, drugim rečima, obezbediti uslovi za lični rast i razvoj, jer osećanje samouvažavanja mora imati socijalnu osnovu. Dakle, društvo je to koje osobama sa mentalnim poteškoćama omogućava da se u javnosti pojave bez stida, a to kod njih izaziva pozitivnu reakciju, koja potom biva pounutrena.

Da bi klijenti savladali osećaj stresa izazvan povratkom u javnu sferu, potrebno im je mnogo više od pukog odobravanja okoline. Prema modelu oporavka putem osnaživanja kapaciteta, osoba može imati zdrav osećaj samoodređenja ukoliko, u okviru mogućnosti koje joj se pružaju, promišlja o sopstvenim željama, potrebama i ciljevima; to se ne može postići modelovanjem sopstvenog ponašanja u skladu sa idejom društva o tome kako pacijenti koji su se oporavili treba da izgledaju, deluju i razmišljaju. Da bismo vrednovali nečije sposobnosti, trebalo bi ih najpre identifikovati i sistemski valorizovati, a zatim definisati način na koji se one mogu ostvariti (Alkire 2002). U zavisnosti od konkretnog slučaja, vrednovanje nečijih sposobnosti može biti svrsishodnije od određivanja kapaciteta te osobe.

Nakon hospitalizacije, bivši pacijenti mahom borave na margini društva. Ukoliko želimo da im pomognemo, neophodno je da se upoznamo sa njihovim sistemom vrednosti i odredimo koje su im mogućnosti realno dostupne, kako bi rešenje do kog dodjemo uključivalo ono što je njima zaista bitno. Neophodno je da programi za procenu njihovih kompetentnosti budu koncipirani kao razvojni programi.

Oporavak bivših pacijenata se arbitrarno procenjuje u skladu s time da li su oni u stanju da se *pojaviu na javnim mestimabez stida*. Činjenica je, zapravo, da vrlo malo znamo o tome kako ti ljudi zaista žive, da li su im dostupne informacije, da li su mobilni, da li im je teško da

planiraju životne aktivnosti, i da li je (i u kojoj meri) izolacija doprinela urušavanju njihovih kapaciteta da se nose sa izazovima svakodnevice.

Ukoliko osoba koja je bolovala od psihoze želi aktivno da se uključi u borbu za promenu socijalnog određenja pojma mentalne bolesti, trebalo bi da vežba svoj glas i vidljivost. Onima, pak, koji su prinudjeni da se nose sa kognitivnim oštećenjima svakako je potrebna neka vrsta asistencije. Nažalost, čak su i sami bivši pacijenti svesni toga da se ključni pokazatelji njihovog oporavka ne nalaze u domenu njihovih sposobnosti, već pre u moralnom domenu. Oni su, zapravo, prinudjeni da dokažu društvu da su *osobe od poverenja*, uračunljivi i odgovorni za sopstvene postupke (Ware et al. 2007). Da bi to postigli, oni moraju da savladaju čitav niz različitih veština za prevladavanje bolesti, a potrebno je i da se pripreme za eventualno zaposlenje, da nauče veštinu javnog obraćanja itd. Standardni programi pružanja podrške ne uključuju ovakvu vrstu obuke, te je potrebno uložiti puno napora kako bi se to promenilo.

Za bivše pacijente, prilika da javno izraze svoje mišljenje predstavlja veliki i zahtevan korak koji zahteva pribranost, verbalnu fluentnost i samopoštovanje. Svakako je važno, pre svega u cilju javne bezbednosti, da bivši pacijenti nauče da upravljaju svojim simptomima. S druge strane, njima se obično oduzimaju subjektivitet i operabilnost, i ne uzima se u obzir činjenica da bi oni, uz odgovarajuću podršku društva, itekako bili stanju da izgrade svoj život sa uporištem u realnosti. Ulazak u radni odnos, ukoliko društvo to omogući, svakako povlači za sobom određenu dozu rizika, jer biši pacijenti izlaze iz dotadašnje rutine i mogu biti uznemireni, pa i frustrirani socijalnim odnosima, ali sve to ima smisla ukoliko se osobi time pruži mogućnost da napreduje (stoga korisnici usluga tu vrstu rizika nazivaju “dostojanstveni rizik”) (Thomas 2003).

VII Antiopresivni i rodno inkluzivni pristupi u edukaciji psihoterapeuta, savetnika i praktičara mentalnog zdravlja

Poslednjih decenija, formalno-materijalni okvir u kom je oblast mentalnog zdravlja ustanovljena, modifikovan je i dopunjen intenzivnijim refleksivnim radom, pogotovo kada se radi o potrebama i problemima marginalnih i vulnerabilnih grupa. Proliferacija refleksivno-kritičkih i interdisciplinarnih pristupa u radu na ovom polju uticala je na proizvodnju novih uvida, koji ukazuju prvenstveno na problem, ali i na deficit u pogledu adekvatne edukacije.

Budući terapeuti su znanja iz ovih oblasti sticali kroz praksu u okvirima aktivističkih projekata, samostalnim trudom i zalaganjem, ili zahvaljujući skromim i sporadično organizovanim programima tokom svog školovanja. Posledica toga je, svakako, i nespremnost suočavanja s realnim problemima u praksi, perpetuiranje tradicionalnih modela koji doprinose marginalizaciji, izbegavanje rada s klijentima čije potrebe (i zahtevi) izlaze iz okvira naučenog.

Kao neka od osnovnih pitanja vezanih za ovu oblast ističu se: problemi moći u psihoterapijskom savezu, uspostavljanje odnosa poverenja i ravnopravnosti s klijentima, neophodnost dubljeg (autentičnog) uvažavanja različitih vrednosnih sistema, prepoznavanje potreba, razumevanje drugačijih jezika, kao i prepoznavanje otpora karakterističnih za određene grupe. Rasna, klasna i rodna pitanja nisu dovoljno uzimana u obzir, a i ukoliko jesu, nisu integrisana sa ostalim važnim problemima kojima se oblast mentalnog zdravlja bavi. Bazična edukacija, kako u sferi socijalnog rada, tako i u sferi psihologije i psihoterapije, ne nudi dovoljno znanja i veština u razumevanju socio-političkih pitanja, čineći umnogome rad sa klijentima i grupama težim. I pored mnoštva znanja i metoda koje je radikalna psihoterapija ostavila za sobom, danas se čini kao da je malo toga ostalo u upotrebi.

Uistraživanju koje je imalo za cilj da ustanovi kolika je potreba za dodatnom edukacijom u oblasti psihoterapije i savetovanja, 89% ispitanika (terapeuta) izjavilo je da oseća nelagodnost (ispitanici su koristili i izraze: anksioznost, iritiranost, konfuzija, stid) u pogledu rada sa klijentima koji su pripadnici manjinskih grupa (Bimrose & Bayne 1995). To svakako potiče od stigmatizacije, predrasuda i stereotipa (kojima se detaljno bavim u prethodnim poglavljima), ali i

od zatvorenosti same psihoterapije i savetovanja u odnosu na probleme s kojima se suočavaju pripadnici manjinskih grupa.

Izopštavanja su se dešavala i u okviru same psihoterapijske zajednice. Na primer, psihoanalitičari jevrejskog porekla su, 30-tih godina 20. veka veka, bili prognani iz Berlinskog psihoanalitičkog društva, i to uz svesrdnu podršku Internacionalne psihoanalitičke asocijacije (Cocks 1997). Način na koji se psihoterapija postavlja prema manjinskim grupama ima svoju političku i stratešku dimenziju, jer doprinosi kreiranju (ili održavanju) različitost između njih i pripadnika šire zajednice. Vladajuće strukture to podržavaju, iako bi one trebalo da služe potrebama čitave zajednice. Sami psihoterapeuti i savetnici su često indoktrinirani vladajućom ideologijom; zapravo, društvo/država ih često upotrebljava kao instrumente u sprovođenju određenih socijalnih i kulturnih politika. Oni automatski dospevaju u taj položaj ukoliko ne reaguju na stigmatizaciju, ili ukoliko ignorišu potrebe određene grupe, kao što se npr. čini sa potrebama romske zajednice. Dešava se i da terapeuti svojim delovanjem na aktivan način doprinose šteti klijenata. Porodična terapija, recimo, može delovati kao mehanizam za održavanje patološke porodice, te se njom samo produžava eventualno porodično nasilje.

Poznato je da je 50-tih godina prošlog veka američka vlada zahtevala od psihijatarata i psihoterapeuta da informišu organe reda ukoliko posumnjaju da se među njihovim klijentima nalaze komunisti. Time ne samo da su bila kršena pravila poverljivosti (jedno od osnovnih etičkih pravila u psihoterapijskom radu), već su i neki od praktičara mentalnog zdravlja, zapravo, bili angažovani kao špijuni vlade SAD-a (Shwarc 1999). Opresija i progon homoseksualno orjentisanih terapeuta, naročito od strane Asocijacije hrišćanskih savetnika, postoji i danas, a prećutno se dozvoljava da se pojedini klijenti "leče" od homoseksualizma određenim „terapijskim metodama" iako je to zakonski zabranjeno, bar u zemljama u kojima se psihoterapija javno praktikuje.¹¹⁴ (Smith & Lago 2003). Što se tiče poštovanja ženskih ljudskih prava i rešavanja pitanja nasilja u porodici, kao i prikrivenijih oblika opresije nad ženama, situacija je veoma loša i pored mnogobrojnih zakonskih akata koji su uvedeni u velikom broju zemalja. Promene je stoga neophodno uvesti od najranijih, prvih edukativnih koraka, sistemski i integrisano.

¹¹⁴ 2010 godine je u Britanskoj psihodramskoj asocijaciji raskrinkano nekoliko psihoterapeuta koji su lečili homoseksualce od njihovog seksualnog opredeljenja na grupnoj psihoterapiji.

7.1 Antiopresivna praksa u edukaciji i superviziji

Ideja vrednosno neutralne psihoterapije i savetovanja je nerealna i neprihvatljiva, a to isto važi i za ideju neutralnosti u učenju, jer je sistem prenošenja znanja (kao i znanje samo) vrednosno definisan. Edukacija koja uključuje elemente antiopresivnosti je šarenolika i nosi različite nazive, čije su premise zapravo srodne: multikulturalna edukacija, trening rasne osvešćenosti i antiopresivna praksa, kao najmlađa u ovom nizu. Ovakvi trenizi ciljaju na usvajanje teorijskog znanja i informacija o marginalnim grupama, dok se neki oslanjaju i na iskustvo, poput DAT-a (trening inkluzije invaliditeta), koji uključuje elemente osveščivanja i upoznavanja potreba i specifičnosti osoba s posebnim potrebama, omogućujući učenje kroz iskustvo (korišćenje poveza, korišćenje protetičkih pomagala, kolica itd.).¹¹⁵

Vrednosni koncept “osoba nije svoje ponašanje” jeste deo zapadnog – liberalnog pristupa visoke individualizacije, koji može da bude od pomoći u razvijaju adaptibilnijih modela komunikacije (na primer, modeli tipa *sendvič tehnika*, gde se uči kritika ponašanja, umesto kritike ličnosti). Problem s ovim pristupom odnosi se na situacije i odnose u kojima je neophodno da se osoba (i njeno ponašanje) dožive kao jedan celoviti sistem, jer po humanistički orijentisanim teoretičarima, npr. Rodžersu – *osoba jeste svoje ponašanje*. Prihvatiti ponašanje, tj. razumeti ga, značilo bi ući u referentni sistem osobe sa kojom radimo, sastaviti političku i sociološku analizu sistema u kojima osoba funkcioniše. Svoditi problem isključivo na nivo ponašanja znači zanemariti (isključiti) mogućnost razumevanja osobe koja ga je načinila i uzroke pounutranjanja određenih modela koji su je na to nagnali (Rogers 1957)

Edukanti su mahom osobe bele rase i pripadnici/pripadnice srednje klase, stoga bi važan aspekt promovisanja inkluzivnog pristupa bila pojačana asertivnost, i kreiranje načina na koje ćemo promovisati edukaciju i učiniti je dostupnijom za marginalne grupe. Teorijske osnove učenja bazirane su mahom na belim autorima, evropocentrične su i prvenstveno dolaze iz zapadne kulture. Potrebno je dobro promišljati izvore na koje se pozivamo, i proširiti repertoar znanja uključivanjem literature koja će imati kapaciteta da uoči i unese druge dimenzije, kao i da bude kreirana od strane predstavnika marginalnih grupa.

¹¹⁵ Kritike ovakvih pristupa ističu mogućnost održavanja stereotipa o osobama s posebnim potrebama kao o žrtvama svog stanja, i podstiču prema njima sažaljenje umesto da omoguće promišljanje njihovih potreba (French 1996).

Kao parametre *anti-opresivnog učenja* Koleman izdavaja informisanje edukanata o znanju koje treba da usvoje, samoedukovanje, prepoznavanje razlike u vrednostima i ličnostima, dekonstruisanje hijerarhije opresije (Coleman). Po mišljenju Morage, postoji velika opasnost ukoliko se opresija shvati samo kao teorijska kategorija, jer bez emotivne komponentne i prepoznavanja same suštine problema, ne možemo autentično ući u ovakve prakse (Moraga 1983; prema: Coleman, Collings & McDonald 1999).

Istražujući efekte koje je antiopresivni pristup imao na usvajanje promena i menjanje stavova edukanata i studenata, autori ovog pristupa pronalaze da je dislociranje od određenih tema jedan od razloga sporijeg usvajanja i promena u stavu. Kolins takođe ističe značaj konstantnog dekonstruisanja unutrašnjih hijerarhija koje se pojavljuju u sistemu opresija, te se određene kategorije konstantno nameću kao važnije.

Osnovni principi antiopresivnog učenja su sledeći:

1. Rodžersov *pristup usmeren na klijenta* usmerava se na lične doživljaje klijenta i individualnu procenu terapeuta. Terapeut pokušava da razume potrebe klijenata, pre nego što elemente svoje procene kategorizuje na način koji je strogo utvrđen (spolja definisan).
2. Po Natielovom mišljenju, elementi koji čine koncept *kolaborativne (kooperativne) moći* su sledeći: a) otvorenost - sve informacije se dele; b) responzivnost – sve potrebe i ideje su pažljivo saslušane; c) dostojanstvo – svako je ispoštovan i uzet u obzir; d) lično osnaživanje – svako ima pravo da bude uključen u proces; e) naizmenični uticaj – u procesu učestvuju svi, i terapeut i klijenti; f) odnosi medju terapeutima i klijentima zasnovani su na kooperaciji, a ne na kompeticiji (Natiello 1990).
3. Prepoznavanje *strukturne opresije i pronalaženje njenih suštinskih političkih uzroka*. Razlike koje postoje među ljudima nisu problem same po sebi, problemi nastaju kad se one tumače na takav način da postaju uzrok segregacija i sporenja. Siromaštvo bi, stoga, trebalo shvatiti kao posledicu delovanja ekonomskih i političkih faktora; diskriminacija nastaje kao rezultat delovanja socijalnih politika, heteronormativnosti i mizoginije; nasilje proishodi iz odnosa moći koji vladaju unutar patrijarhalnog sistema i prenose se na sve segmente društvenog života, a posebno na rodne odnose.

4. *Podizanje nivoa svesti u vezi sa socijalnom, političkom i ekonomsko-klasnom perspektivom*, i preuzimanje akcija koje vode ka prestanku opresije. U okviru toga, trebalo bi pokrenuti pitanje elitizacije terapijskog jezika, kao i pitanje u kojoj meri su pristupi i metode koje upotrebljavamo aktuelni (potrebno je, pre svega, u njih uvesti klasnu, rodnu i rasnu dimenziju) (Thomson 1998). Uvodjenje antidiskriminativne prakse predstavlja veliki izazov, jer ona podriva temelje opresivnih praksi i politika nejednake distribucije moći. Ovakva vrsta prakse bi se, po Thomsonovom mišljenju, mogla implementirati putem *nenametljivog konfrontiranja*, taktičnim i konstruktivnim pristupom (bez moralisanja), uvođenjem reflektivnosti u samu diskusiju, putem vršnjačke supervizije (intervizije među kolegama), kao i radom na unapređenju prakse savetovanja (Thomson 1998).

Suštinske odlike opresije koje treba razumeti

Pitanje opresije uključuje, pre svega, razumevanje njenih uzročnih mehanizama i perpetuiranja u svakodnevnom životu. Ključ boljeg razumevanja opresije i dobar način da se ona kao tema uvede u edukaciju i superviziju je kroz elaboriranje sledećih međusobno povezanih pitanja: **individualizma i individualizacije**, kao i **kompeticije i eksploatacije**.

Individualizam je konstitutivno ideološko jezgro kapitalističkog sistema u kome individua ima veći značaj od društva, a ponašanje koje je inspirisano i izvedeno iz individualizma kao principa je – takmičenje. Takmičarski princip ne uzima u obzir vrednost kooperacije, osim ako ona ne služi cilju razvoja timskog duha i postizanju grupnih rezultata u takmičenju (gde se tim doživljava kao identitetski element). Princip neeksploatacije (solidarnosti bazirane na kooperativnosti), suprotno navedenom, zahteva pristup u kome razmišljanje o potrebama drugog predstavlja jednu od centralnih pozicija. Ovakva pozicija predstavlja veliki izazov u sferi međusobne saradnje koterapeuta ili supervizanta i supervizora, jer implicira nejednakost u odnosu moći (legitimno znanje i hijerarhiju u odnosu uloga koje imamo), pri čemu se zahteva konstantno preispitivanje tog odnosa u procesu razmene.

Često se u procesu učenja događa da kod edukandata nađemo na internalizovanu opresiju, na koju zatim, kao edukatori, možemo delovati na različite načine¹¹⁶. Edukator (koji je nije osvestio) je može ojačavati kroz transakciju sa edukantom patologizirajući ga, ili pak, na sebe preuzimati krivicu i stid zbog prepoznatog ponašanja. Iako neadekvatnost oba odgovora spada u ličnu dimenziju ispoljavanja opresije, edukator može reflektovati i institucionalnu opresiju. Na taj način izbegava ličnu odgovornost i pripisuje je instituciji, zanemarujući oblast interpersonalnih odnosa gde se opresivnost perpetuira, te ispoljava kroz nametanje autoriteta (i autoritarnosti). (Robertson 1993).

Povezivanje teorije i prakse

U edukaciji se ne posvećuje dovoljno pažnje povezivanju teorije i prakse, iako bi svako teorijsko razmatranje trebalo da bude praćeno praktičnom primenom. Važno je imati uvid u to na koji način će supervizanti povezivati teoriju i praksu. To zavisi od mnoštva činilaca (oni su povezani kompleksnim kauzalnim odnosima), kao što su: individualni kapaciteti za usvajanje znanja o socijalnim i političkim faktorima psihoterapijskog rada, razumevanje potreba marginalnih grupa, iskustva koja su uticala na formiranje ličnih stavova i dr.

Po Rodžersovom mišljenju, od krucijalne je važnosti da budući psihoterapeuti i savetnici imaju znanja o ljudima koji dolaze iz drugačijeg kulturnog i socijalnog miljea i iskustvo u radu sa njima. Posedovanje takve vrste znanja i iskustva utire put suštinskim promenama, koje se odražavaju na uže (porodica, prijatelji) i šire okruženje, pa i na društvo u celini. Takođe, razvija se empatija, duboko razumevanje za ljude koji sudružačiji od većine, i s kojima zbog toga treba raditi na nov i kreativniji način (Darimble & Burke 2006). Analizom primera iz prakse (u okviru tzv. *key studies*) otvara se prostor za analizu faktora koji su važni za razumevanje antiopresivnih praksi.

Različite vrste programa i kurseva nude, najčešće u vidu dopunskih aktivnosti sa gostujućim predavačima, bazičnu obuku iz oblasti rodni studija i rada s marginalizovanim

¹¹⁶ Džons navodi četiri nivoa na kojima se ispoljava rasizam: lični, interpersonalni, institucionalni i kulturni nivo, koji se vrlo lako mogu aplicirati i na razumevanje same opresije (Jones 1972; prema: Lago & Smith 2003).

grupama. To je svakako pozitivno, jer se time u edukativni proces uvodi oblast antiopresivnog i antidiskriminativnog rada. Međutim, još adekvatnije bi bilo da se istraživanja, koja se sprovedu u okviru ovih oblasti, integrišu sa istraživanjima koje se bave pitanjima i problemima u vezi sa identitetom, emocijama itd. Isto tako, treba voditi računa o tome da seting u kom se odvija edukacija bude jednako pristupačan i prihvatljiv svima, što znači da on ne bi trebalo da sadrži specifična kulturna obeležja bilo koje pojedinačne grupe.

7.2 Rodno inkluzivna praksa u edukaciji i superviziji

Problem inkorporiranja rodno aspekta u edukativne programe predstavlja za mnoge edukatore praktičan problem, pri čemu se rešenja pronalaze stihijski. Potrebno je preći dug put od potpunog ignorisanja rodne dimenzije, preko uvođenja njenih elementa kroz teme porodičnog nasilja i traume, do (najmanje prisutnog) sistemskog uključivanja, ili popularno rečeno, *urodnjavanja* svih oblasti koje su edukacijom predviđene. Tradicionalizmi se nalaze na svim nivoima: od makro-teorija, do mikro-praksi, gde i samim primerima (key studies) nedostaje postojanje stabilne rodne dimenzije. S druge strane, karakteristike određenih pristupa tiču se i radikalnog fokusa na rodne uloge, pri čemu se iz istog izbacuju klasne razlike, socioekonomski faktori, kao i individualni uzroci problema.

Počeci uključivanja rodno inkluzivne teorije u oblast mentalnog zdravlja upućuju na kritike psihodinamskog modela psihološkog razvoja, otvaranje pitanja isključenosti žena, kao i kritiku androcentrične terminologije - predominacije modela muške psihe i muškog razvoja. Pojava bihejviorizma u psihologiji ne donosi poboljšanja u ovom smislu, mada uvođenje i razvijanje modela socijalizacije (koji socijalno ponašanje opisuje kao jedan od osnovnih faktora formiranja ličnosti) indirektno utiče na otvaranje rodni pitanja. Psiholozi humanističke orijentacije, iako su mnogo učinili na polju kritike tradicionalizma, nisu se dovoljno jasno ogradili u odnosu na njega, niti ponudili adekvatne modele koji bi ovaj problem mogli rešiti. U Adlerovoj teoriji, pa i u radovima Frankla i Rodžersa, ne nudi se rešenje, iako se akcentovanjem individualnih razlika u iskustvu otvara veći prostor za uključivanje polnih i rodni specifičnosti, bar na ovom nivou analize.

Feminističke kritike ovog pristupa uzimaju u obzir činjenicu da se individualni kapaciteti muškaraca i žena ne mogu razvijati podjednako, te kritikuju uticaj društva na održavanje rodne nejednakosti i opresivnih rodnih uloga koje žene ograničavaju u svakom smislu. Psihosocijalne teorije, poput Holisove i Vudsove, koje su odredile određene trendove razvoja socijalnog rada, kao i sistemsko–porodična teorijska utemeljenja, takođe nude tradicionalističke modele, nedovoljno jasno revidirane u pravcu rodne inkluzivnosti (Hoolis & Woods 1990).

Feministički pristup u psihoterapiji jedan je od prvih značajnih izazova tradicionalističkom načinu rada u tretmanu pojedinaca i grupa, između ostalog zbog toga što je ponudio drugačiji način povezivanja rodne sa ostalim dimenzijama, poput klasne (socijalne) i rasne dimenzije. Neke od odlika feminističkog pristupa, uključene u procese edukacije i supervizije, formulišu Porter i Vaskez (1997) kao usmerenost pažnje na: odnose moći i kolaborativne odnose, odnose sa supervizorom, autentičnost i otvorenost u odnosu na intervencije supervizora /suprvizorke (prema: Mangione et. all. 2011, 142).Ovakav pristup, dakle, podrazumeva učenje o odnosima opresije kroz odnos sa supervizorom (koji treba da bude prihvatljiv i adekvatan za obe strane), kroz prepoznavanje društvenih nejednakosti, kako u feminističkom diskursu tako i izvan njega. Takođe, zahteva prepoznavanje načina na koji se društvena nejednakost reflektuje i na supervizijski proces.

Što se tiče primene feminističkog modela u praksi socijalnog rada, postoje dve osnovne greške koje se učestalo javljaju u kliničkoj proceni. **Kliničku grešku 1** prvi je opisao Kuper (Cooper 1978) i tiče se problema preteranog fokusa na rodnu dimenziju, gde se individualna i opšta ljudska (humanistička, zajednička) dimenzija ne uzima dovoljno u obzir. **Kliničku grešku 2** možemo opisati kao ignorisanje rodnog faktora, ili „rodno slepilo“. Kao rezultat opstajanja ove dve greške socijalni rad karakteriše istovremeno postojanje dijametralno različitih pristupa koji se sinhrono primenjuju u praksi.Postoji više modela koji upućuju na integrisanje rodno senzitivnog i feministički orjentisanog pristupa u prakse učenja budućih socijalnih radnika/radnica, savetnika/savetnica, psihoterapeuta/psihoterapeutkinja, među kojima se nalazi i trodimenzionalni (triangularni) model.

7.3 Predloženi modeli

7.3.1 Trodimenzionalni model

Trodimenzionalni model se zasniva na postojanju opštih principa, koji istovremeno određuju svaku individuu kao: *posebnu i osobenu, delom određene grupe s kojom se specifične osobenosti preklapaju i delom celine ljudskog roda*. Praksa zasnovana na ovom modelu predstavlja pristup u kome bi klijentkinje simultano bile percipirane kao: *jedinstvene* (kao niko drugi), *kao one koje dele izvesne zajedničke stavke se ostalim ženama* (kao pojedine žene), i *kao one koje dele izvesne zajedničke karakteristike s ostalim ljudima* (kao svi ostali ljudi). Faktori poput rase, socioekonomskog statusa i šireg konteksta rodni uloga potrebno je analizirati u veoma ličnom (individualnom) diskursu (Norman & Wheeler 1996).

Prvi princip omogućava uvažavanje osobenosti koje odvajaju rodne identitete na načine na koje su ustanovljeni u samoj ličnosti. Na taj način se mogu izbeći stereotipi, uopštavanja (generalizacije) i predubedenja, uz dozvolu klijentu da se samodeterminiše. Prvi princip se umnogome bazira na humanističkim modelima, poput Bretenovog koncepta davanja podrške klijentu da se oslanja na sebe kao na najviši inherentni autoritet (Braaten 1961 prema Bimrose & Baen 1995). Drugi princip se mahom naslanja na feministički model, kao i na koncept relacione terapije, gde se subgrupa rodno identiteta posmatra kao relevantna kategorija u određenom stepenu i time se prave neophodne razlike u odnosu na muškarce. Treći princip prati, s jedne strane, humanističku ideju da smo svi pripadnici ljudskog roda i da samim tim posedujemo određena univerzalna iskustva i potrebe, a s druge strane, uzima u obzir i modele poput Jungovog, koji uvažava princip kolektivno nesvesnog, kao strukturalnu bazu za nastanak svake pojedinačne ličnosti.

7.3.2 Antiopresivni i rodni inkluzivni pristup u superviziji - Feministička supervizija

Savladaivanje psihoterapijskih i savetodavnih veština ne prestaje završetkom programa edukacije i ispunjavanjem zahtevanog broja sati, već bi se pre moglo reći da tada zapravo počinje, a traje tokom čitavog profesionalnog života. Period koji sledi predstavlja i početak

prakse i podrazumeva konstantnu superviziju, u kojoj se rad edukanata aktivno prati, nadopunjava, koriguje i razvija dalje u saradnji sa supervizorom. Moglo bi se reći da se tokom ove faze učenja znanje najaktivnije usvaja, bruse se tehnike i prihvataju važne činjenice vezane za praktične implikacije rada.

Upravo u ovoj fazi učenja je važno uključiti znanja iz oblasti antiopresivnog i inkluzivnog pristupa, bilo kroz sopstvene primere bilo iz literature, ukoliko sami supervizanti nisu u prilici da ih iskuse. Dakle, kroz proces supervizije, koji je jasnije dvosmeran, možemo uticati na dalje prihvatanje nivoa razmišljanja i promišljanja rada sa marginalnim i opresiranim grupama. Poput ostalih nivoa učenja, forma supervizijskog rada podrazumeva nejednak odnos u kome je supervizant recipijent našeg znanja, veština i procene, a način na koji ćemo ovaj odnos uspostaviti isključivo zavisi od pristupa koji zastupamo ili kome težimo.

Kerlo i Thorstup predlažu model supervizije koje omogućava izlazak iz fiksnih uloga – **kolaborativni pristup**. Odnos zasnovan na *kolaboraciji* podrazumeva da postoje različite uloge, ali i da postoji proces zajedničkog učenja koji za obe strane predstavlja izazov. Ovaj vid učenja podrazumeva otvorenost i fleksibilnost, ali se zauzvrat nude kvalitetni uvidi i dinamičan edukativni proces (Carrol & Thorstup 2011).

Učenje u okviru ovog modela trebalo bi da utiče na *stavove, ponašanje i veštine*. Oni uključuju: 1) stav neprosuđivanja; 2) holistički pristup; 3) deskriptivnu fenomenologiju; 4) posvećivanje pažnje pitanju moći i transfera/kontratransfera; 5) mapiranje teških emocija; 6) spremnost da se imenuju svi faktori koji su prisutni i koji se mogu uočiti. Bitno je da supervizanti prate sam proces, kao i da registruju osećanja i potrebe koji se javljaju u odnosu sa supervizorom (npr. da li su se osetili „malim“ i/ili da li su bili stavljeni u “subordiniranu” poziciju u odnosu na supervizora). Važno je, isto tako, da oni budu spremni da otvoreno izraze svoje stavove (npr. da kažu da li su osećali da su „procenjivani“ od strane supervizora, da li su oni sami procenjivali supervizora, i kako su ga procenili). Ukoliko je odnos zasnovan na prihvatanju i obostranom razumevanju uvećava se mogućnost uspešne razmene, obe strane se dublje uključuju u proces, i neće dolazi do razvijanja otpora.

Po mišljenju Holoveja, u okviru supervizijskog procesa mogu se uspostaviti dve bazična tipa odnosa: odnos „na dole“ i odnos „sa“. Većina supervizora se odlučuje za prvu mogućnost, jer je ona jednostavnija i u skladu je sa tradicionalnim obrascem prenošenja znanja koji

podrazumeva, između ostalog, postojanje odnosa moći između supervizora i supervizanta. Druga mogućnost je zahtevnija; po njoj, supervizante bi trebalo obučiti da sami upravljaju procesom učenja, dok bi supervizori trebalo da imaju ulogu saradnika u tom procesu. Ovakav način učenja omogućava adekvatno uvođenje antiopresivnog pristupa u rad s klijentima, koji su u prilici da razviju korektan odnos sa svojim supervizorima (Holloway 1998).

Model feminističke supervizije

Feministička supervizija teži da integriše feminističke principe rada u aktuelne modele učenja i supervizije, sa ciljem da se oni obogate i unaprede. Ona se oslanja na *feminističke principe* i polazi od pretpostavke da se nisko samopouzdanje kod žena, njihov osećaj nemoći, i konflikti kroz koje one prolaze, najčešće javljaju usled njihovog marginalizovanog položaja u društvu. Isto tako, smatra se da su samodeterminacija, autonomija i ravnopravnost esencijalne za žensko zdravlje, da odnos između terapeuta i klijenta (supervizanta) mora biti zasnovan na jednakosti i služiti kao model za uspostavljanje samodeterminacije i autonomije, i da terapija predstavlja politički proces, te da terapeut mora raditi na sebi, ali i delovati kao aktivan činilac društvenih promena (Rawlings & Carter 1977).

Načini rada u feminističkoj superviziji podrazumevaju, pre svega, poštovanje feminističkih principa. Proces supervizije mora uvažavati autonomiju i vrednosti svakog supervizanta, i omogućiti joj/mu da osvešćuje sopstvene stavove, vrednosti i promišljanja u vezi sa rodnim i drugim pitanjima koja se javljaju u radu sa klijentima. Supervizija je političan proces, kao što je to i terapija, a zadatak supervizanta je da, tokom terapijskog procesa, otvara pitanja jednakosti i moći i promišlja primenljivost tradicionalnih modela. Moć (autoritet) se ne negira, već se koristi konstruktivno, a odnosi u okviru supervizije mogu poslužiti kao primer egalitarnosti koja je i inače veoma važna u terapijskom procesu. Feministička supervizija se može konceptualizovati kroz četiri stadijuma:

1. Upoznavanje sa feminističkom perspektivom (njeno predstavljanje).

U ovoj fazi supervizantu se predočavaju feministički principi, i on/ona se upućuje da proučava literaturu, kako bi ih bolje razumeo. Ova faza je, stoga, više didaktička nego eksplorativna. On/ona se upoznaje sa problemima rodne diskriminacije, sistemske opresije,

seksizma, kao i sa specifičnostima koje nosi rad sa ženama svih uzrasta i svih identitetskih odlika. Zajednički se formulišu hipoteze koje će biti osnova supervizijskog rada. Potom se formulišu pravila rada; edukant se, ukoliko je to potrebno, upućuje na dodatno edukovanje (radionice, seminari itd.).

2. Eksplozacija seksizma i socijalizacije u društvu

U ovoj fazi rada, supervizor se s više pažnje posvećuje ekspolorisanju načina na koji su institucionalizovana opresija i seksizam modelovali socijalizaciju i rodne uloge. Supervizor upućuje supervizanta da se tokom terapije upotrebljava individualistički (psihološki orijentisan) pristup, ali i pristup koji uzima u obzir ulogu kulture, istorije i društva. Supervizantu se omogućuje da razume vezu između simptoma, koji se razvijaju kao vid odbrambene reakcije (i vremenom postaju maladaptivni) i patrijarhalnog represivnog sistema koji ih prouzrokuje. Kako bismo razumeli pravu prirodu takvih simptoma, neophodno je u analizu uključiti rodnu i političku perspektivu. U ovoj fazi, klijenti su pozvani da iznose svoja lična iskustva i sadržaje koji se analiziraju u okviru pomenutog diskursa.

3. Ekspoloracija stavova supervizanta

Ova faza rada smatra se najizazovnijom; polazi se od pretpostavke da su supervizanti spremni da se otvore u sferi sopstvene internalizovane opresije, mizoginije, seksizma. Osveščivanjem i analizom ponutrenih rodnih uloga i predrasuda može se, zapravo, steći najjasniji uvid o tome na koji način psihoterapija deluje na klijente. Snimci ili transkripti terapijskih seansi mogu poslužiti kao validan izvor podataka o izvršenim intervencijama, jeziku koji je upotrebljavan tokom terapije, i načinu na koji su ključne teme i oblasti bile razmatrane. Tako se može uočiti da li su tokom terapije bile razmenjivane suptilne poruke koje osnažuju stereotipne uloge i modele razmišljanja u dihotomnim kategorijama; one, ukoliko postoje, usporavaju terapijski proces. U ovoj fazi se, takođe, razmatra poreklo stavova supervizanata, i analizira se način na koji su oni usvajali poruke (dozvole i zabrane u vezi sa ispoljavanjem određenih ponašanja i emocija). Razmatraju se njihovi vrednosni sudovi, kako bi se utvrdilo u kojoj meri su oni oblikovani od strane represivnog društvenog sistema.

4. Zauzimanje kolektivnog stava

U poslednjoj fazi rada se od supervizanta zahteva da zauzme poziciju koja se odmiče od isključivo individualistički orjentisane perspektive i bliža je kolektivnoj. Od njega tražimo dublje razumevanje aktivizma, načina na koji funkcionišu grupe samopomoći, kao i vaninstitucionalne forme rada. Prelaz na područstvljeniju formu rada i razmišljanja podrazumeva i sticanje ličnih iskustava u ovom pravcu, tako da je potrebno ohrabriti (i pomoći) edukantima da se uključe u različite procesne aktivnosti gde bi stekli ovakva iskustva.¹¹⁷ Iako su ove faze sekvencionalno izlistane, moguće je i vraćati se na neke prethodne instance, i na prethodne korake kada i koliko je to neophodno (Porter; prema: Roseater & Walker 1985).

7.3.3 Model integrisane supervizije

U okviru modela integrisane supervizije, koji je uvela Džuli Hjuson, supervizija je shvaćena kao specifična vrsta umetničkog izraza, koji povezuje kreiranje sigurnog prostora i rekreiranje prirodne radoznalosti kod supervizanata. Podstiče se razvoj *razumevanja i poštovanja*, pri čemu se od supervizora očekuje da uoči i konstantno prati proširivanje polja učenja kroz rad. Ovaj pristup se zasniva na ugovoru o zajedničkom radu, ja-ti odnosu, transfernom-kontratrtransfernom odnosu sa klijentom, adekvatnom razvojnom i reparativnom odnosu i transpersonalnom odnosu (Clarkson 1995). Odžavanje te vrste odnosa, koji fluktuiru između *terapije, učenja i lične razmene*, predstavlja veliki izazov; neuspešno održavanje ravnoteže između navedenih činilaca može dovesti do toga da se klijent povuče u sebe, uz degradirajući osećaj stida (Sweeny 1998). Do rezultata se može doći jedino ukoliko klijent nauči *kako da uči i kako da se poveže s drugima*, i da pritom ima *poverenja u sam proces* (Thorne 1997).

Model duhovne povezanosti je blizak prethodnom modelu. On se zasniva na osećaju za pravdu (jednakost i pravičnost), na odsustvu psihološkog ili socijalnog ekskludiranja, na poštovanju integriteta, na uvažavanju ljudskog dostojanstva i pružanju najboljeg od sebe (bez

¹¹⁷ Supervizanti mogu da organizuju radionice, uzmu učešće u nekim aktivnostima angažovanja oko socijalno ugroženih grupa, da razmišljaju o različitim vidovima saradnje s neformalnim grupama i da upoznaju rad na pitanjima nasilja u porodici i ojačavanja prava žena.

robovanja perfekcionizmu), na uključivanju potencijala samorazvoja i sposobnosti da se prizna greška.

Po Heronu, postoji *šesti nivoa intervencije u analizi*, koji se nude kroz superviziju, i od kojih svaki može biti vođen na autoritativan ili na facilitativan način, zavisno od potreba situacije. Svih šest intervencija se gradi na odnosu poverenja i otvorenosti za učenje i samokritičnost. Ovi nivoi obuhvataju sledeće opšte aktivnosti: preskriptivno, informativno i konfrontirajuće – u kontekstu autoritarnog, a u kontekstu fasilitativnog - taktično, analitično i suportativno. Da bi se usvojilo znanje potrebno je adekvatno proceniti kada su koje od intervencija uvremenjene i neugrožavajuće za određenu osobu.

U samom supervizijskom postupku odvijaju se paralelni procesi učenja i terapije, koje treba prihvatiti i uvažiti, jer mogu uticati kako na tok, tako i na ishod same supervizije. Takođe mogu interferirati na odnos sa supervizorom. Odnos kolaboracije između supervizanta i supervizora uključuje kako različite funkcije uloga (onaj koji uči i onaj koji biva učen), tako i nivoje u kojima postoji ravnoteža među ulogama i razmena na drugim osnovama. Sve postojeće uloge služe poboljšanju znanja supervizanata.

U okviru socijalnog rada, sâm proces supervizije je doživeo različite transformacije. Od prevashodno uspostavljene trofunkcionalne strukture: edukativne, suportativne i administrativne, 2000-tih godina došlo je i do uključivanja relaicionih odnosa, što je vodilo kreiranju kokreativnog pristupa u superviziji. Preteča ovog pristupa je Šulmanova *interakciona supervizija*, u okviru koje je odnos između supervizora i supervizanta shvaćen kao ključni agens promene (Kadushin & Harkness 2002).

7.3.4 Relaciono–kulturološki pristup (RKP)

Relaciono–kulturološki pristup (u daljem tekstu RKP), usmeren na razvoj odnosa, nastao je pod uticajem feminizma i pokreta koji se bore za prava manjinskih grupa, te egalitarnost predstavlja jedan od njegovih osnovnih principa. U središtu pažnje RKP pristupa je odnos supervizora i supervizanta, koji su zajedno, i to na autentičan i ravnopravan način uključeni u proces (Jordan, Hartling & Walker 2004).

Ovaj pristup se značajno odmiče od psihoanalize; fokus se prebacuje na paralelni proces u kome podjednako učestvuju i supervisor i supervizant. Ključ uspeha je u odnosu, zajedništvu (zajedničkom rastu) i kokreiranju *relacione svesti* (Miehls 2010). Pojam *relacione svesti* podrazumeva da postoje i samosvest (svest o korišćenju sopstvenih obrazaca u cilju povezivanja i disociranja) i otvorenost u komunikaciji (Jordan in Jordan et al. 2004). Na ovaj način se preventivno deluje na problem, pre nego što nas on nadraste i ugrozi supevizijski savez. U okviru ovog pristupa, akcenat je na sledećim relacionim kompetencijama:

- Pomeranje ka zajedništvu i empatiji;
- Otvorenost za primanje uticaja;
- Konekcija kao prioritet;
- Anticipatorna empatija (sposobnost da predvidimo posledice svog uticaja, pri čemu nam je stalo do toga da on bude pozitivan);
- Relaciona radoznalost;
- Spremnost da se pokaže ranjivost (Jordan et al. 2004).

RKP pristup se bavi pitanjem moći, ali i pitanjem različitosti, te se postavlja pitanje kako ljudi doživljavaju međusobne razlike, i na koji način je sistem moći i opresije uključen u proces procenjivanja različitosti. Pravi se razlika među pojmovima moći-*nad* i moći-*sa*; prvi pojam se odnosi na moć privilegovanih grupa, koja se demonstrira putem kreiranja opresivnih odnosa, a drugi pojam se odnosi na zajedničke napore usmerene ka promovisanju kreativnosti, akcije i rasta (Walker 2008). U individualističkom sistemu američke kulture (i kapitalističkom sistemu uopšte), struktura moći se uglavnom oslanja na koncept moći-*nad*; pobednici su oni koji su, zahvaljujući svom materijalnom prestižu i privilegijama koje uživaju, najviše socijalno rangirani.

Ovaj pristup obuhvata i određene feminističke principe - ideju otvorenosti (nedefanzivni stav), refleksivni dijalog i samootkrivanje (u meri u kojoj to koristi i prija supervizantu) (Porter & Vasquez 1997, 164). S tim u vezi, Aberneti i Kuk primećuju da uloge supervizora i supervizanta nisu ekvivalentne; odnos moći je tu itekako prisutan. On se, međutim, ne ignoriše, već se uključuje u proces, kako bi se radilo na njemu. Obostrana empatija podrazumeva da su i

supervisor i supervizant receptivni, i da na obe strane postoji otvorenost prema načinu na koji onaj drugi doživljava sebe i druge.¹¹⁸

Bavljenje pitanjem različitosti u okviru RKP pristupa povezuje dimenziju senzitivnosti i otvorenosti u odnosu na moć, i dimenziju iskustva (misli se na lično iskustvo klijenta, kao i na iskustva drugih koje on/ona usvaja procesom introjeksijske) (Cornstock et al. 2008). Savetodnavni i terapijski procesi su često distorzirani očekivanjima i projekcijama pomagača, uprkos njihovim dobrim namerama. Važno je, stoga, da očekivanja budu realna i da se grade u skladu sa kapacitetima klijenata, prošlim iskustvima, odnosom pomagača i klijenta, prirodom kulturne opresije kojoj su klijenti izloženi, načinom na koji oni internalizuju opresiju itd. (Cornstock et al 2008 prema Smith 2012).

7.3.5 Model zamišljene nejednakosti

Među postojećim modelima antiopresivnog i antidiskriminativnog razmišljanja ovaj model je poseban, jer je osmišljen kao pomoć profesionalcima i budućim praktičarima u mentalnom zdravlju, u procesu konfrontiranja sa pitanjima nejednakosti. Ovaj model je interdisciplinaran (dolazi iz sociologije, socijalnog rada i zdravstvene oblasti) i uzima u obzir razlike u različitim životnim iskustvima, kao i polaznim osnovama onih koji ga uče. Takođe, može se primeniti individualno i grupno. Polazno stanovište u razumevanju nedostatka povezano je s pojavom nejednakosti, margine, diskriminacije, predrasuda i drugih negativnih pojava, od kojih svaka ima određenu težinu i značaj u istorijskom smislu.

U okviru ovog modela postoji podela na pet različitih vrsta nedostataka: 1. Mentalni ili fizički nedostatak; 2. Određena odlika/karaktersitika koja je istorijski odredila pojavu diskriminacije ili predrasuda (rasa, klasa, etnicitet itd.); 3. Postojeće iskustvo predrasude; 4. Postojeće iskustvo diskriminacije; 5. Život u siromaštvu.

Ovaj model uzima u obzir sve aspekte nejednakosti (od lične do strukturalne), a imaginacija se koristi u kontekstu zamišljanja i promišljanja procesa na kritičkom nivou, postavljanjem sebi pitanja poput: *Na koji način bismo mogli postupiti drugačije?* Iako je donekle

¹¹⁸ Obostrana empatija podrazumeva i to da supervisor pokazuje empatiju za supervizantove strategije diskonektovanja. On prepoznaje uzroke ovakvog ponašanja, i uvažava ih kao mehanizme i strategije nošenja sa težinom iznetog sadržaja. Videti: (Kadushin&Harkness 2014).

sličan modelu kulturalnih kompetencija (Camipha & Bocote 1999), pored faktora koje on nudi (kulturnu svest, kulturne veštine, kulturalno znanje, kulturalnu uključenost i kulturalnu želju), ovaj model ipak dodatno upućuje i na problem strukturalne nejednakosti (Hart, Hall & Henwood 2003).

Model se sastoji iz više nivoa: **Prvi nivo** modela počiva na *želji za jednakošću*, koja započinje u srcu i mora biti izraz autentične potrebe; uprotivnom, emituje se naučeno, politički korektno ponašanje. **Drugi nivo** se tiče osvešćenosti (jednakosti) i zahteva sposobnost posmatranja, što ide korak dalje od analize nečijih trenutnih životnih okolnosti, vodeći ka razumevanju dublje relacije odnosa sa drugima. Ovaj proces zahteva analizu predrasuda i predubedenja kao i hvatanje ukoštac s njima. **Treći nivo** (koji se poklapa s modelom kulturne kompetencije) je *kulturalno znanje*, koje pretpostavlja postojanje znanja koje je funkcionalno povezano sa razumevanjem klijenata u pogledu kulturalnih različitosti. Ove informacije su neophodne da bi se posedovao sledeći, **četvrti nivo**, koji se odnosi na *veštinu jednakosti*, koja podrazumeva prikupljanje valjanih informacija o klijentu, da bi se preuzeo rad s osobama s određenim karakteristikama. **Peti nivo** - *kulturalni susret*, zavisi od stepena izloženosti određenim različitim kulturalnim odlikama, što bi podrazumevalo doživotni razvoj takvih veština, a vodilo bi perspektivama i svesti o jednakosti. Tu je takođe i **šesti nivo** – nivo *analize nejednakosti*, koji podrazumeva preispitivanje sistema nejednakosti i pretpostavke o postojanju njene strukturalne ukorenjenosti, dok je poslednji, **sedmi nivo** - *pojam o akciji jednakosti*, koji pretpostavlja mogućnost inkorporiranja naučenog i stečenog u određene forme ponašanja i akcija.

7.3.6 Akciona supervizija (metod supervizije naslonjen na teoriju, metode i tehnike psihodrame)

Primenjivanje akcionih i psihodramskih tehnika u grupnom radu oslanja se na metodologiju scenske ekspresije, principe analitičkog grupnog rada i tehnike razvijanja spontanosti i kreativnosti. Filozofija i teorija J. L. Morena zasniva se na fenomenima spontanosti, kreativnosti i autentičnog ljudskog susreta, a spontanost je definisana kao univerzalni ljudski potencijal, koji je u direktnoj vezi sa kreativnošću i sposobnošću empatije. Društvo, preko sistema normi, postavlja određenu vrstu zahteva, i favorizuje stereotipne odgovore na brojne životne situacije, te se spontanost i kreativnost sputavaju i dolazi do zastoja u njihovom razvoju.

Kako Moreno iznosi, "kada su funkcije spontanosti nerazvijene, stvaraju se kontradiktorne tendencije u ličnosti, što dovodi do razjedinjenja ličnosti i komadanja kulturološkog okruženja" (Moreno 1946; 1972, 101).

U klasičnoj, egzistencijalistički orijentisanoj formi psihodrame ne operiše se s konceptima zdravlja (normalnosti) i patologije, te ona nije usmerena ka otklanjanju simptoma, već ka razvijanju zdravih potencijala ličnosti. Kroz tehnike *zamena uloga*, *prazne stolice*, *ogledanja* i mnogih drugih tehnika, kako u terapijskom, tako i u supervizijskom radu, mogu se na veoma efektan način, na nivou grupe, osloboditi kreativni potencijali, steći uvidi i prihvatiti intervencije supervizora. Kada se u grupnom supervizijskom radu koriste akcione tehnike dolazi do izražaja nekoliko prednosti: podstiče se bolje razmišljanje, jer je svaki član grupe aktivan, kroz pojačavanje spontanosti putem grupnog rada, slobodnije i opuštenije se dele "greške i propusti", intenzivira se proces učenja i demistifikuje se uloga supervizora.

S obzirom na to da supervizijski proces podrazumeva mogućnost samorefleksije u odnosu na doživljaje klijenata, mogućnost ulaska u ulogu klijenta pojačava empatiju u odnosu na ove procese i omogućava uvide u odnosu na njihove emocije, otpore, potrebe, kao i odnos sa terepeutom. Bivajući u ulozi klijenta, supervizant može promišljati dimenzije terapijskog odnosa kroz aktivnu empatiju, ponovljeno iskustvo obogaćeno i praćeno ličnim uvidom. Psihodramske tehnike nude mogućnost da supervizant stekne iskustvo i uvide u ulozi klijenta, te da se njihov terapijski odnos predstavi, dramatizuje ili metaforično oslika određenom formom (veoma često se za eksternalizaciju odnosa koristi skulpturiranje, koje je preuzeto iz play back tehnika). Ukoliko superviziramo grupni rad, takođe je moguće predstaviti celu grupu, ali i odnos supervizanta prema njoj, uz pomoć akcionih tehnika – približavanjem ili udaljavanjanjem, simbolično - putem metafora, kreiranjem dijaloga ili razmene između grupe i njenog terapeuta na sceni.

Supervizanti mogu koristiti akcione tehnike kako bi prikazali probleme klijenata, mogu uz pomoć predmeta, marama ili biranjem članova grupe, te izraziti kako doživljavaju problem. Takođe, mogu ući u uloge životnih iskustava superviziranih osoba i njihovih doživljaja opresije, socijalnih normi koje utiču na ponašanje ili aspekata identiteta s kojima imaju problem da uspostave dijalog. U psihodrami je uobičajeno da svaka osoba može biti u ulozi bilo koje druge

osobe, emocije, stanja, ideje, problema, koji se po principu surplus reality-a, kroz *kao da stanje*¹¹⁹, analizira. Ukoliko se tokom supervizijskog rad otvore uvidi vezani za određene probleme u terapijskom procesu koji blokiraju dalji napredak u radu, usled interferencije sa ličnim sadržajem supervizanta, može mu se preporučiti da na svojoj terapijskoj grupi, ili kroz dalji individualni rad (koji se generalno preporučuje svakom budućem psihoterapeutu) taj problem proradi.

Sociodrama je još jedna od akcionih metoda. Ona je bliska psihodrami, ali se, za razliku od nje, usredsređuje na analiziranje društvenih pojava. Stoga je uobičajeno da čitava grupa uzme učešća u odigravanju određene teme na sceni. Supervizanti, tako, postaju deo dramskih igrokaza, preuzimaju različite uloge, međusobno razmenjuju uvide o važnim društvenim pojavama (što je i obavezan deo učenja u radu s klijentima). Postoje, tako, sociodramski radovi koji se bave diskriminacijom u društvu, načinima na koje se patrijarhat reprodukuje putem rodnih uloga, homofobijom, rasizmom i sličnim društvenim problemima. Ovaj oblik učenja, osim što podstiče nehijerarhijsku razmenu, kooperaciju i otvorenost, omogućava supervizantima da se uključe u proces socijalnog učenja i preispituju sopstvene stavove, što vodi integraciji na nivou čitave grupe.

¹¹⁹ Kao da (As if) je princip koji je u psihodrami prisutan i neophodan za realizaciju svih akcionih metoda. Od zagrevanja pa do kraja samog psihodramskog rada protagonisti ulaze u situacije i uloge kao da se upravo sada dešavaju, uz svest o tome da je to jedna druga realnost, u koju mogu slobodno i sugurno da se upuste zarad terapijskih efekata koji taj pristup donosi. Iako ima malo paradoksalnu poziciju realiteta, koji istovremeno treba otvoriti i negirati njegovo postojanje, smatra se da su efekti ovakvog rada veoma pozitivni. Blatner (Blatner & Bletner) govori o jednoj od funkcija koju as if princip ima, a to je jačanje ega klijenta-protagoniste (Kellerman 1992).

VIII Rodno inkluzivna, antiopresivna, psihoterapijska praksa razvijanja ličnih kapaciteta u individualnom radu, integrativnom–psihodramskom grupnom radu, savetovanju i superviziji

Kroz psihoterapijsko i edukatorsko iskustvo koje sam stekla i praktikovala nešto više od decenije izvojili su se, pored psihodramske metode, elementi drugih modaliteta i tehnika, koje sam integrisala u svoj rad. U nameri unapređivanja kako samih terapijskih postupaka, tako i edukativnih (didaktičkih) pristupa, razvijala sam integrativni sistem rada koji obuhvata različite tehnike i metode, ali i teorijska zaleđa i interpretacije.

8.1 O pristupu

Pristup predstavlja integraciju nekoliko različitih teorijskih polazišta, kao i metodoloških pristupa, koji su vrednosno na istoj dimenziji.¹²⁰

8.1.1 Vrednosna dimenzija i referentni okvir pristupa

U širem kontekstu vrednosno-političkog referentnog okvira, pristup spada u antidiskriminativne, antiopresivne i rodnoinkluzivne načine promišljanja psihoterapije i savetovanja. Metod rada je u svojoj srži *antidiskriminativan*, jer ne dopušta diskriminisanje niti jedne kategorije klijenata/edukata na osnovu rase, klase roda, porekla (izbeglice, interno raseljena lica), profesionalnog i socioekonomskog statusa, etniciteta, seksualnog opredeljenja, invaliditeta, niti prethodnog iskustva hospitalizacije na psihijatrijskim klinikama. Antidiskriminativnost takođe podrazumeva poznavanje specifičnosti vezane za načine tretiranja različitih grupa, stepen njihove diskriminisanosti (generalno, ali i u sredini u kojoj radimo), kao i upućenost na istraživanja i literaturu koja se bavi ovim pitanjima.

¹²⁰Vrednosna dimenzija podrazumeva način na koji se doživljava klijent, pitanje moći generalno, a s fokusom na odnose u psihoterapiji, pitanje sloboda i prava klijenata u okviru terapijskog rada, pristup samoj bolesti, ozdravljenju i participaciji klijenata/članova grupa u terapijskom i edukativnom procesu.

Anti-opresivni karakter ovog pristupa podrazumeva ne samo jednak tretman svih kategorija klijenata i edukanata, već aktivan rad na prepoznavanju društvene opresije, heteronormativnosti, mizoginije i homofobije u psihoterapijskom setingu. U samom terapijskom radu akcent se stavlja na aktivnu podršku marginalizovanim grupama u osvešćivanju pounutrene represije i repariranju svih nivoa povređenosti koje taj proces donosi. Terapijski rad se odvija uz punu svest o uticaju i važnosti društvenih faktora na kreiranje poteškoća, koje zatim stvaraju probleme i simptome na individualnom nivou. U grupnom radu, problemi opresije se još intenzivnije elaboriraju uz pomoć dinamike grupe i akcionih i drugih tehnika, kako radom na ličnim temama, tako i analizom grupnih tema koje često predstavljaju *uzorak društveno-političke klime* u kojoj sama grupa funkcioniše. Edukativni rad u ovim okvirima podrazumeva prepoznavanje i dekonstrukciju pounutrene opresije, kao i osvešćivanje stereotipa i predrasuda samih edukanata, ali i učenje i kreiranje adekvatnih antiopresivnih pristupa.¹²¹

Rodna inkluzivnost pretpostavlja jednakost u pristupu osobama različitog roda, kao i aktivno uključivanje znanja i iskustava vezanih za rodne specifičnosti u okviru kulture u kojoj radimo/živimo. Ovaj pristup, podrazumeva i aktivno prihvatanje feminističkih vrednosti, čime se drugačije razvojno i životno iskustvo žena, veoma često uzrokovano diskriminacijom i pounutrenom opresijom (koja je posledica seksizma i patrijarhata), ne dovodi u pitanje, već prihvata. Pristup afirmacije i dodatna podrška ženama da budu direktnije i asertivnije u izražavanju svojih potreba i stavova, neophodan je deo terapijskog rada.

Političnost pristupa čini kontinuirano ukazivanje na neophodnost uspostavljanja rodne jednakosti, solidarnost sa svim opresiranim grupama, i pružanje podrške u prevazilaženju nametnutih dihotomija, heteronormativnosti i maskulinocentričnosti. Princip solidarnosti i podrška otvorenom suprotstavljanju prepoznatoj opresiji, a naročito nasilju u iskustvu klijentkinje, zapravo je najvažnija terapijska intervencija. Uloga terapije u procesu napuštanja destruktivnih odnosa (bilo da su u pitanju porodični, partnerski ili profesionalni), ili prevazilaženju unutrašnjih barijera ka pozitivnoj promeni, je da, osim reparacije, pruži i *osvešćivanje*, kao i *emancipaciju*.

¹²¹ Jedan od kvalitetnijih savremenijih pristupa je Fassingerov antiopresivni pristup, koji integriše znanja prethodnih modela LGBT identiteta, modele rasnih identiteta i feminističke teorijske postavke, uokvirujući ih u kontinuirani i cirkularni proces (Fassinger 1998).

Takodje, rad na rodno inkluzivan način zahteva posmatranje kliničke slike kroz prizmu rodne nejednakosti, dijagnostiku koja uzima u obzir socijalno-politički okvir, kao i kritiku zloupotrebe moći na svim nivoima. Svaka klijentkinja je u svom iskustvu imala doživljaj isključivanja, neutralisanja, seksualne provokacije, suptilne opresije, a veliki broj njih i - iskustvo nasilja. Neophodno je upoznati dinamiku ovakvih relacija i iskustava, kao i njihove posledice na ličnost, pritom ih ne čineći osnovnim fokusom terapijskog rada, već jednom od njegovih bitnih dimenzija. Rodna inkluzivnost takođe pretpostavlja ohrabrivanje klijentkinja da razotkrivaju pojavu nejednakosti i diskriminacije i van okvira terapije, podsticanje rada na ambivalenciji i otporima na promene i podsticanje izražavanja potisnutih (tabuiziranih) emocija, a ponajviše ljutnje.

8.1.2 Terapijsko metodološki elementi i teorijska uporišta

Pored navedenog šireg okvira, koji određuje vrednosnu dimenziju, pristup se sastoji iz različitih terapijsko–metodoloških elemenata i filozofskih i psiholoških teorijskih uporišta. To su *feministička psihologija i feministički terapijski pristup*, kao i *egzistencijalistička psihoterapija*, koja je nastala na uporištu egzistencijalističke filozofije, što je slučaj i sa psihodramom, kao i sa *psihodramskom teorijom uloga*. Kada je u pitanju pristup u okvirima edukacije, uključena je i teorija *transformativnog učenja*. Pristup se odnosi na individualni i grupni rad, kao i edukaciju i superviziju, a njegovi elementi (ponajviše vrednosna uporišta, afirmativnost slobode samoizražavanja i kokreiranja specifičnog pristupa) prilagođavaju se osobenostima svake individue i grupe.

8.1.2.1 Feministička teorija i feministička psihoterapija

Feministička teorija daje okvir promišljanju tradicionalnih teorija ličnosti, koje ne uzimaju dovoljno u obzir specifičnosti razvoja žene, osobenost ženskog iskustva i drugačijih uslova socijalizacije. Uključivanje doprinosa feminističke teorije u terapijski pristup podrazumeva prihvatanje određenih gledišta i stavova koji su integrisani u okvirima filozofije,

sociologije, antropologije, psihologije, psihoterapije i politike - sa feminističkim predznakom. Takođe se odnosi i na kritički pristup dijagnostikovanju u tradicionalnom neinkluzivnom sistemu, preispitivanje dijagnostike, poznavanje osobnosti žena različitih uzrasta, socio-ekonomskih grupa, nacionalnih, verskih i rasnih grupa, seksualnih opredeljenja i dr.

Najvažniji elementi feminističkog pristupa predstavljaju odnos *egalitarnosti*, kako u terapiji tako i van nje, zatim uključivanje žena i drugih ciljnih grupa sa kojima radimo u *proces terapijske procene* (uz otvorenost u davanju informacija), rad na društvenoj opresiji i korišćenje rodno senzitivnog i nediskriminativnog jezika u komunikaciji. **Elementi feminističke psihologije u strukturnom pogledu podrazumevaju:** *inkluzivnost, ravnopravnost, potragu za novim znanjima, fokus na kontekstu, priznavanje sopstvenih vrednosnih sistema, zastupanje promene i fokus na procesima* (a ne nužno na rezultatima) (Chesler 1985).

Osnovi principi feminističke grupne terapije su elementi koji su integrisani u pristup na svim nivoima (komunikaciji, intervencijama, načinu korišćenja tehnika i interpretaciji), a tiču se *podrške* članovima grupe i/ili individualnim klijentima/klijentkinjama i edukantima/edukantkinjama u prihvatanju novih nestereotipnih uloga, u ohrabrivanju promena, davanju prednosti empatiji nad procenom, i minimiziranju postojećih razlika (prvestveno zbog uloge moći) među ulogama terapeuta i klijenata. Primena ovih elemenata u metodološkim okvirima već postojećih modaliteta i pristupa podrazumeva, pre svega, odabir kompatibilnih metoda (čije se osnovne ideje i postulati neće krucijalno razlikovati od feminističkih) i promišljanju najboljeg načina njihovog integrisanja, zavisno od ciljne grupe i stepena osvešćenosti njenih članova/članica.

8.1.2.2 Egzistencijalistička terapija – Jalom

Egzistencijalistička psihoterapija podrazumeva dinamski pristup i fokus na probleme koji su duboko ukorenjeni u samoj *ljudskoj egzistenciji*. Po rečima samog Jaloma egzistencijalna psihoterapija se opire definisanju, i ne može se označiti samo empirijskim već i intuitivnim označiteljima. Dinamski pristup u egzistencijalističkom smislu podrazumeva proradu dinamike

konflikata, koji poniru iz individualne konforntacije sa životnim datostima (pitanjima) (Jalom 1980).

Osnovni problemi životne egzistencije, poput *smrti, slobode, egzistencijalne izolacije i besmisla*, otvaraju se i prorađuju, bez obaveznog traganja za primarnim konfliktom iz prošlog iskustva (iako je uključen i taj aspekt prorade), već kroz refleksije sadašnjosti i vanvremenskog osvrta na ova pitanja. Princip sada i ovde i kontakt sa realnim osobama u grupi - ne samo sa njihovim simboličkim reprezentima, kroz traganje za transfornim realcijama - čini ovaj pristup jakim uporištem psihodramske metode, uz mogućnosti da se ova pitanja ožive kroz scensku ekspresiju. Intervencije koje uvažavaju ovaj način promišljanja individualne i grupne dinamike oslanjaju se kako na temeljna uporišta koja čine ličnost osobenim, tako i na trenutne fluktuacije, kretanje ovih ključnih tema kroz dimenzije odnosa prema sebi, drugima, svetu, pa i samoj psihoterapiji.

8.1.2.3 Teorija uloga

Teorija uloga predstavlja jedan od osnovnih teorijskih psihodramskih koncepata koji je utemeljio tvorac psihodrame J. L. Moreno, a razradio ga i dopuno savremeni argentinski psihodramatičar Dalmiro Bustos. Uloge mogu biti *somatske, psihičke, socijalne i transcedentne* i po tom redosledu se i razvijaju kod deteta, od jednostavnijih ka složenijim. Proces učenja se odvija u početku spontano, kroz zagrevanje za ulazak u svaku od uloga (razvojno prva uloga je *somatska uloga* bebe koja sisa, a zagrevanje za ulazak u ulogu je sama glad), koje zatim počinju vremenom da se osveščuju (White 2012).

Morenova razvojna teorija počiva na pojmu uloge praveći temeljnu razliku u odnosu na analitičko i socio-psihološko viđenje učenja kroz procese identifikacije i imitacije. On razlikuje odigravanje i imitiranje od *ulaska u ulogu* koja označava duboki kontakt sa ulogom kao i pun emocionalni doživljaj u njoj. Ulaženje u uloge omogućava kompleksnije učenje stavova, vrednosti i normi koje nekoj ulozi pripadaju. Različite osobe poseduju drugačije repertoare uloga, a širina dijapazona uloga govori o kapacitetima individue. Uloge takođe poseduju određeni nivo fleksibilnosti i mogu međusobno koegzistirati ili biti u sukobu (konfliktu), tako da se terapijski rad veoma često sastoji u analiziranju uloga, upoznavanju njihovog inventara

(sveukupnosti), te uvežbavanju novih, dekonstruisanju postojećih, i uvođenju promena u njihovoj dotadašnjoj hejerarhiji.

S namerom da izbegne patologizaciju ljudskog ponašanja, Moreno je radije govorio o *deficitima* i *atrofiji* određenih uloga, nego o njihovom patološkom ispoljavanju ili odsustvu.¹²² Analiziranjem socijalnog i kulturnog atoma osobe (načina na koji ostvaruje svoje uloge u odnosu na druge, u određenom vremenskom intervalu) istovremeno dijagnostikujemo problem, otvaramo mogućnost uočavanja tema za rad i omogućujemo komunikaciju s grupom po istim pitanjima. Svaka uloga ima tri nivoa: ***odgiravanje uloge, percepcija uloge i očekivanje od uloge.*** Očekivanja su veoma povezana sa socijalnim, klasnim i rodnim nivoima funkcionisanja u društvu i upravo je na tom nivou neophodno najviše raditi.

Tri osnovna klastera uloga u psihodrami su : *majčinski, očinski i (bratsko-sestrinski) vršnjački* klaster, pri čemu svaki nosi određenu vrstu zadataka, razvija potencijale i određuje načine uspostavljanje odnosa (Figush 2005). Važne su funkcije svih uloga, kako u razvoju, tako i u uspostavljanju odnosa, naročito kod usvajanja uloge psihoterapeuta.¹²³

Teorija uloga otvara pitanja kulturno uslovljenih konstrukata i fokusira se na oslobađanje od neadekvatnih stereotipnih obrazaca ponašanja. Same psihodramske tehnike mogu se lako primeniti u proradi feminističkih koncepata o društveno usvojenim rodnim ulogama, koje su pre svega produkt socijalnog pritiska i spadaju u tzv. kulturnu konzervu – produkt društveno uslovljenih vrednosti i odnosa u datom istorijskim momentu.¹²⁴

¹²² Moreno govori o primarnom i sekundarnom deficitu uloga. Kod primarnog uloge nisu adekvatno izgrađene (razlog je genetski ili socijalna deprivacija), dok je kod sekundarnog u pitanju slabljenje, nazadovanje ili gubitak već uvežbanih uloga.

¹²³ Ukoliko je klijent uznemiren neophodno je prvo kontejnirati njegova osećanja (majčinski klaster), da bi smo ih zatim menjali u odnosu na druge (očinski klaster), a uloga pregovarača (medijatora) u tom procesu npr. pripada klasteru vršnjačkih uloga.

¹²⁴ Kulturna konzerva čini proizvode koji nastaju kao rezultat kreativnog stanja, npr. kulturna dela. Primeri kulturne konzerve su knjige, slike, muzička dela. Bilo koji proizvod, bez obzira da li je umetnički objekat, forma ponašanja ili politička ideologija, a koristi se više puta, smatra se kulturnom konzervom. Ona je privremena, jer se zamenjuje nekom drugom formom, i poseduje psihološku i društvenu funkciju. One pomažu pojedincu da se nosi sa pretećim situacijama (psihološka funkcija), i obezbeđuju kontinuitet kulturnih nasleđa (društvena funkcija).

8.2 Metode i tehnike

Metodološko–tehnički pristup predstavlja integraciju različitih terapijskih modaliteta, čija je osnova **psihodramski metod** i njemu srodne akcione tehnike u grupnom radu. U integraciji sa psihodramom uključuju se elementi **transakcione analize, sistemske porodične terapije i ekspresivne - art terapije**. Tu su takođe i **Rodžersova klijetocentrična terapija**, i pojedine **inovacije u tehnikama**, proizašle iz terapijske i edukativne prakse.

8.2.1 Psihodramski metod i psihodramske tehnike

Psihodrama je metod grupne psihoterapije, koja za svoj osnovni postulat postavlja povratak spontanosti i traganje za subjektivnom istinom na siguran i kreativan način. Tehnike koje se koriste u psihodrami su akcionog tipa, a svoje poreklo duguju tehnikama dramske (scenske) ekspresije. U psihodrami, pored samog terapeuta/terapeutkinje, veoma je aktivno učešće grupe koja ima ulogu *koterapeuta*, koproducenta scenskog rada, publike i aktivnog učesnika terapijskog procesa koji se odvija na sceni. Među osnovne tehnike, pored *zamene uloga* (koja služi da steknemo uvid u sopstvene procese, ali i bolje razumemo druge), spadaju *ogledanje* (mirroring), dubliranje, projekcija budućnosti i druge. Sastavni deo psihodramskog rada predstavlja i *psihodinamski deo* rada sa grupom, istraživanje *neverbalnog i telesnog* kroz akcione tehnike rada, ali i rad cele grupe na zajedničkim temama.

Dubl predstavlja vrstu intervencije (i hipotetičke interpretacije sadržaja koji prepoznamo kod aktera drame), koja omogućava da se pored terapeuta u proces na sceni uključi svaki član grupe. Osobnost psihodrame je i velika sloboda izraza i mogućnosti istraživanja kroz dopunske tehnike, kao i postojanje potencijala za rad sa najrazličitijim ciljnim grupama, u širokom dijapazonu tema. Psihodrama se smatra terapijom izbora za *rad na traumama*, dobrim okvirom za *razvijanje socijalnih veština* i savladavanja i *pronalaženja novih načina izražavanja*, kako u psihološkom, tako i u kreativnom smislu. Osim u okvirima psihoterapije, koristi se i za različite vrste učenja i aktivnosti sa nekliničkim kategorijama, kao npr. za pripremu glumaca za nove uloge, savladavanje veština fasilitiranja grupe, razvoju menadžerskih veština.

Pomoću *sociodramskih tehnika*, koje se takođe koriste u psihodramskom radu, može se istraživati problem marginalizovanih grupa u društvu. Traganje za kreativnim rešenjem na nivou grupe kao mikrokosmosa nudi mogućnost da se novostečene spoznaje primene i izvan terapijske situacije (Worell & Remer 2002). Pored psihodrame tu su i druge akcione tehnike, poput *play-back* teatra, teatra spontanosti (Boll) i *role play-a*, koji takođe predstavljaju odlične modele rada, jer podstiču kreativnost, daju slobodu izraza i doprinose dobrobiti pojedinaca i grupe.

8.2.2 Integracija psihodrame sa drugim modalitetima i tehnikama (TA, sistemske porodične terapije, art ekspresivne tehnike, telesne terapije, narativne terapije)

Razvoj psihodrame, kao i sama njena eklektična priroda (u sebi ima elemente psihodinamske terapije, bihejvioralno–kognitivne elemente, ekspresivne teatarske tehnike) uslovio je sve širu primenu integracije sa drugim metodama. Psihodramske tehnike su zahvalne za integraciju, jer su otvorene i fleksibilne u prihvatanju različitih teorijskih koncepata, kojima daju jasnoću i ekspresivnost.

TA – Psihdrama

Psihdrama i transakciona analiza u svojoj integraciji dobijaju na kvalitetu, jer kombinovanjem pružaju velike mogućnosti. Teorijski koncepti transakcione analize, kao što su ego stanja, postavka životnog skripta ili modeli transakcija u komunikaciji, prorađuju se na psihodramskoj sceni i odigravaju uz pomoć akcionih tehnika. Koristeći prednosti jasno i pitko strukturisane TA teorije, uz ekspresivost, jasnoću i dinamiku psihodramskih tehnika, integracija ovih pristupa omogućava dekontaminaciju ego stanja odraslog, osnaživanja ego stanja roditelja, *korektivno emocionalno iskustvo ego stanja slobodnog deteta*, u sada i ovde situaciji.¹²⁵ Ova integracija pokazala se kao veoma efikasna u sticanju uvida vezanih za rad na disfunkcionalnim odnosima, upoznavanju skriptnih odluka, kao i u donošenju novih odluka (redecisioning).

¹²⁵Omoćujući slobodnom detetu da uzme više prostora za sebe, zapravo razvijamo spontanost i kreativnost kod klijenta/klijentkinje, pružamo uvid u drugačije, fleksibilnije uloge koje su onda povezane sa davanjem dozvole (TA koncept) sebi za drugačije ponašanje.

Sistemska porodična terapija (takodje u integraciji sa TA) nudi različite mogućnosti rada na analizi uloga u porodici, kao i transgeneracijskim porukama (dozvolama i zabranama) koje se prenose s generacije na generaciju. Na psihodramskoj sceni se oživljava *genogram* i analiziraju se slepe mrlje u komunikaciji, a takodje se mapiranju emocije kroz ego stanja u kojima se javljaju, dok se životne odluke oživljavaju kroz analizu *transgeneracijskog skripta*. U kontekstu rada na dekonstrukciji nametnutih rodni uloga, kao i opresivnih poruka koji su posledica diskriminacije ili neprihvatanja određenih osobnosti članova grupe (socioekonomski status, rasa, invaliditet ili mentalne poteškoće), terapijski zadatak se ostvaruje i kroz reparaciju porodičnih trauma, otvaranje transgeneracijskih tabua, kao i prepoznavanje naučenih stereotipa ili predrasuda koje opstaju kroz generacije. Ova integracija pruža mogućnost analize klastera uloga i njihovoj funkcionalnosti na nivou sistema primarne i sekundarne porodice ili transgeneracijski.

ART terapija/psihodrama

Art terapijske metode mogu biti integrisane u psihodramski rad na različitim nivoima. Koriste se kao tehnike *zagrevanja protagonista* za rad na sebi, i kao *tehnike podsticanja grupne kohezije* putem kreiranja zajedničkih umetničkih izraza (crteža, skulptura, kolaža). Takodje doprinose otvaranju određenih (zadatih) tema, te uspostavljanju atmosfere poverenja u grupi. Deluju umirujuće i omogućavaju balansiranje i nivelisanje različitosti u načinu izražavanja emocija (ili nezadovoljstva) u okviru grupe, a takodje su adekvatne i u fazi zatvaranje procesa (sublimiranje i rezimiranje postignutih rezultata rada).

Art-ekspresivnim izrazom, koji omogućava kreativno ispoljavanje bez verbalizacije, omogućujemo uspostavljanje boljeg kontakta sa nesvesnim, i mekši prelaz na zahtevnije teme rada u grupi - poput izražavanja konfliktnih emocija, separacije i rada na traumi. Crteži i drugi kreativni izrazi mogu biti i *deo prorade*, i koriste se umesto članova grupe da prezentuju određene osobe, stanja ili emocije, što je dobar pristup kad je reč o radu na traumi, jer prevenira retraumatizaciju. U integraciji sa sistemskom porodičnom terapijom, ove tehnike se mogu koristiti za oslikavanje simbola koji predstavljaju identitete (osobnosti), ili određene aspekte (uloge) članova porodice.

Psihodrama i narativna terapija

Psihodramske tehnike se integrišu kroz narativnu ili biblioterapiju putem *odigravanja napisanih priča, pisama, dnevnika, poezije, legendi ili svetih knjiga*. Pisanje, čitanje, kao i korišćenje postojećih priča i dramskih tekstova u integraciji sa psihodramskim akcionim tehnikama, predstavlja veoma dobru kombinaciju, kako u kliničkom radu, tako i u edukativnom setingu. Pisanje originalnog materijala (od strane članova grupe) jedan je od vidova zagrevanja, koje kasnije otvara odigravanje ličnih radova na psihodramskoj sceni (npr. opraštanja od osoba s kojima to nismo imali priliku da učinimo, poruka onima koje želimo sresti, zamišljenih željenih scenarija određenog događaja).

8.2.3 Rodžersova klijetocentrična terapija

Rodžers je kreiranjem nedirektivnog pristupa, koji je kasnije nazvan *klijentocentričnim pristupom*, promenio dotadašnje psihoterapijske postulate, vrativši moć i lične vrednosti klijenta u prvi plan terapijskog postupka. Upravo iz razloga visokog vrednovanja klijenta i isticanju empatije nad samim tehnikama, Rodžersov pristup se smatra humanističkim. Ovakvom promenom odnosa moći i kontrole nad subjektom terapijskog procesa, dovodi se u pitanje autoritarnost psihijatar/psihoterapeuta. Rodžersov pristup uzima u obzir individualne razlike i podstiče terapeute da *uče od svojih klijenata bez nametanja strogo definisanih okvira metode*.¹²⁶

Govoreći o razmimoilaženju između racionalnog i iracionalnog, kao neminovnosti na koju nailazimo kod klijenata, Rodžers je isticao da taj konflikt ne mora biti destruktivan, već može ometati svu punoću funkcionisanja, i oduzimati slobodu (zapravo slično pojmu spontanosti i kreativnosti kod Morena). Ljudski kapacitet za osveščivanje sopstvenih procesa i mogućnost

¹²⁶ Tokom 1945. godine, rasne manjine, žene, lgbt osobe, kao i ostale ugrožene grupe obraćale su se za pomoć Savetodavnom centru, jer su terapeuti koji su tamo radili imali drugačiji pristup i bili su otvoreni, i nikada nisu prisiljavali bilo koga da donese odluke protivne njihovim potrebama (koje su društveno poželjne). Ženama se nije savetovalo da pošto-poto ostanu u braku, ukoliko je bio za njih neadekvatan, niti homoseksualnim osobama da promisle dobro o svom seksualnom opredeljenju. Rodžers je obučavao savetnike da prate potrebe i načine adekvatne za svakog klijenta ponaosob, i da se kreću njegovim/njenim koracima, a uče iz iskustava ovih grupa. Dešavalo se da terapeuti uče o životu crnaca mesec dana pre nego što započnu terapijski rad (Gendlin 2002).

upotrebe simbola daju nam neverovatnu moć, ali istovremeno predstavljaju i opasnost kod distorzirane svesti, jer vode do maladaptivnosti i desktrukcije, smatrao je Rodžers (Rogers 1965; prema: Gendlin 2002).

8.2.4 Originalne ideje i koncepti nastali na osnovu iskustva u psihoterapijskom radu

8.2.4.1 Rodni barometar

Rodni barometar je tehnika kojom se *istražuju socijalno prihvaćene (i pounutrene rodne uloge)*, a zatim se ostavlja prostor za *eksploraciju autentičnog rodnog izraza* (koji može biti različit od prethodno prikazanog). Prvi korak je *skaliranje rodnih uloga na kontinuumu* (maskulino-feminina skala), koje se ispoljavaju u različitim životnim oblastima/ulogama (profesionalnoj, porodičnoj, partnerskoj itd.), zatim sledi uočavanje razlika u njihovom doživljavanju, osveščivanje uzroka takvih pozicija i razmena ličnih uvida na nivou grupe. Ove uloge se predstavljaju uz pomoć drugih članova grupe i sa njima se ostvaruje interakcija koje može dovesti do dijaloga (kroz zamenu uloga), kreiranja promene, uvođenja novih aspekata uloge.

Sledeći nivo akcije predstavlja *odvajanje autentičnih od nametnutih nivoa rodnih uloga*, razdvajanjem poruka i *kreiranjem novih ili drugačijih nivoa ispoljavanja*. Taj reparativni korak se ostvaruje uz pomoć članova grupe putem uvođenja novih rodnih uloga, uključivanjem novih (željenih) poruka, metafora, simbola i emocija. Takođe se mogu koristiti i crteži i predmeti kao pomoćna sredstva. **Rodno mapiranje** je tehnika koje se može koristiti u kombinaciji sa predhodnom, a započinje iscrtavanjem socijalnog atoma uloga koje su protagonistima bliže ili dalje, a zatim se uvodi element njihove *rodne obojenosti* (zasićenosti rodnim aspektom). Analizira se odnos rodnih elemenata u okviru važnih uloga, kao i odnos samih uloga u odnosu na protagonistu.

8.2.4.2 Emocionalno-socijalni atom

Nakon skiciranja mape emocionalno prihvatljivih, bliskih uloga, i onih koje su konfuzne, ambivalentne ili teške za klijenta, ovaj *socijalni atom se oživljava* uz pomoć članova grupe, predmeta, crteža. *Može se raditi nekoliko nivoa analize*: lociranje emocija koje su lakše i teže za prepoznavanje, ispoljavanje i razmenu, i lociranje emocija koje to nisu – radi se u pravcu prihvatanja i ispoljavanja tih emocija (kroz psihodramske tehnike *zamene uloga, miroringa*, kao i kreiranjem *novih uloga*). Drugi nivo vežbe je *rad na odnosima*, koji egzistiraju i vezani su za mapiranje određenih uloga, bilo da je reč o odnosima sa samim ulogama (da li su prihvatljive ili ne) ili o odnosima sa osobama koje putem njih ostvaruju razmenu. *Treći nivo eksploracije* može biti nivo socijalnih poruka vezanih za određene uloge i povezanost javljanja klijentovih emocija u tom kontekstu. Prepoznate i osveščene poruke se zatim revidiraju i kreiraju se nove (uključuju se i TA elementi davanja dozvola za preuzimanje nove uloge iz ego stanja odraslog).

8.2.4.3 *Transgeneracijsko emocionalno mapiranje (ukrštanje socijalnog, emocionalnog, transgeneracijskog i komunikacionog nivoa)*

Nakon što klijenti nacrtaju jednu jednostavniju verziju *genograma (šema porodičnog stabla)*, na njemu grafički naznače (uz pomoć različitih boja) nivoe ispoljavanja emocija, kao i njihove dozvole i zabrane na ispoljavanje u okviru nekoliko generacija. Takođe se traže i nosioci emocija kroz generacije, članovi porodice koji su imali primat, tj. *zauzimali uloge* koje su se prenosile ili nekad ostajale nepopunjene (depresivac, gnevan, veseljak itd.) za sledeću generaciju. Ova mapa se može *oživeti na sceni*, tako da se klijenti mogu obratiti nekim od nosioca emocija, samim emocijama, osetiti kako je biti u nekoj od tih uloga, izvršiti neku intervenciju (promenu), ili istražiti poruke koje su na taj način *prenošene s jedne generaciju na drugu*. Mogu upoznati mehanizme zadržavanja, zabranjivanja, prenošenja i podsticanja tih emocija. Takođe se, u integraciji s TA, mogu analizirati *ego stanja* kroz koja su davane zabrane na ispoljavaje određenih emocija. Na sličan način se radi i na mapiranju istorije partnerskih odnosa gde se prepoznaju obrasci emocionalnog vezivanja ili distanciranja, a zatim se akciono prorađuju.

8.2.4.4 Tehnika – “Semafor”

Tehnika semafor se može koristiti za istraživanje emocija, odnosa, načina ispoljavanja socijalnog “ja” (vidljivih elemenata u komunikaciji i nevidljivih), ali i u radu sa stereotipima, uverenjima, kao i u okviru istraživanja pravila u timskom radu (timski semafor). Na scenu se postave stolice koje predstavljaju **crveno, žutoi zeleno svetlo**, i pozovu se članovi grupe da iz uloge različitog svetla – crvenog (zabranjeno), žutog (povremeno dozvoljeno, ambivalentno, nejasno, u prelaznoj fazi), i zelenog (dozvoljeno i poželjno), prikažu neke od zadatih tema. Kada protagonista iz uloge sva tri svetla predstavi npr. dozvole, zabrane i elemente koji su “na čekanju” ili su nejasni, omogućava mu se (nakon što se semafor oživi putem tehnike miroringa), uvid u sopstvene emocije i dalje intervenisanje po potrebi. Uz ove tehnike mogu se kreirati zajednički kriterijumi u grupi i timu, npr. pravila ponašanja – šta je dozvoljeno, a šta zabranjeno ili poželjno za jednu grupu. Ova tehnika se takodje može upotrebiti na početku formiranja grupe, da bi se zajednički ustanovila pravila.¹²⁷

¹²⁷ Primer za kreiranje pravila je situacija u okviru radionice u kojoj su se članovi grupe izjasnili da je zabranjeno vikati, podizati glas i biti destruktivan prema drugim članovima grupe, a da je poželjno pokazivati emocije i deliti.

8.3 Primena metode u individualnoj i grupnoj psihoterapiji

8.3.1 Problemi u partnerskim odnosima LGBT osoba

Klijent J. K (32), francuz koji se preselio u Beograd zbog svog partnera, obraća se za pomoć usled nezadovoljstva trenutnim stanjem u partnerskim odnosima sa T. S. iz Srbije. Njihov odnos je započeo na službenom putu T.S –a i nastavio se na daljinu, a zatim se nakon 6 meseci J. K seli u Beograd gde započinju zajednički život. Nakon nekoliko susreta otvaramo pitanje neadekvatnih odnosa u porodici, suicidalne majke i promiskuitetnog oca, i emotivno distanciranih brata i sestre koji su uvek imali veću pažnju roditelja nego J.K. Analizirajući elemente nezadovoljstva partnerskim odnosom dolazimo do bazičnog osećaja nemoći, neadekvatnosti, i osveščivanja klijentove manipulativnosti (kroz submisivnost), kako to sam klijent kaže. Ova spoznaja otvara prostor za rad na pokušaju seksualnog zlostavljanja u 6. godini života od strane člana šire porodice.

Terapijski rad sa J. K. bio je veoma kompleksan i dugotrajan zbog složenosti problema (manjinski identitet, stranac, žrtva seksualnog napada i zanemarivanja porodice). U kontekstu teme LGBT identiteta i partnerskih odnosa, izneću odabir pristupa za koji smatram da je bio adekvatan za klijenta sa takvom životnom istorijom, ali i u skladu sa njegovom velikom motivisanošću za rad. Sa klijentom se radilo paralelno na osnaživanju za otvaranje teških tema, analizi, reparaciji i prihvatanju sebe kroz drugačije/nove životne uloge.

LGBT afirmativni pristup je podrazumevao omogućavanje sigurnog prostora za deljenje teških emocija u momentu kada je klijent na to bio spreman, rad na pounutrenoj opresiji, te reintegrisanju identiteta na pozitivan način. S obzirom na negativna iskustva s primarnim objektima, zabrana na postojanje je u TA kontekstu već postojala kao skriptna poruka i pre osveščivanja seksualnog opredeljenja. Osveščivanje seksualnog identiteta je dodatno pojačalo samoprezir i podstaklo cepanja (odvajanje) emotivnog od seksualnog u vezama. Iako je klijent odrastao u sredini gde ne postoji velika diskriminacija prema homoseksualcima, imao je problema sa prihvatanjem od strane porodice i nekih prijatelja. Pokušaj seksualnog napada koji je doživeo u predškolskom dobu, nakon što je osvešćen u 19. godini, uslovio je neophodnost izolovanja seksualnih pulzija od emotivnog investiranja (vezano za traumu) i potpomogao kreiranje *uloge manipulatora*, koju je klijent osvestio kroz naš terapijski rad. Ovu ulogu smo prepoznali i kao deo strategije preživljavanja u porodici, uslovljenu strahom od odbačenosti, a i kao vid zaštite od razmene emocija i kao način “kupovanja pažnje drugih”.

Gej afirmativne prakse podrazumevaju praćenje aktuelnog kulturnog konteksta i odabir najadekvatnijih intervencija u radu sa pojedincem, tako da je moj odabir bio rad sa *art ekspresivnim tehnikama*, koje su J.K-u bliske (on se bavi dizajnom). Ovaj pristup je na početku otvaranja najtežih ličnih tema pospešio otvaranje klijenta, a korišćen je i tokom elaboriranja i reparacije. J. K. je na našim seansama iscrtao čitav fantastični svet koji je predstavljao njegove emocije i doživljaje, kroz likove koji su na crtežima bili u određenim formama interakcije. Samo uključivanje fantazije u terapijski proces, a ne njeno odsecanje, pojačalo je odnos poverenja, budući da je fantazirane predstave emocija klijent smatrao veoma intimnim i ličnim. Koristili smo crteže, mape i objekte koji su predstavljali povređene delove ličnosti, i zatim smo ih elaborirali i oživljavali kroz zamenu uloga. Analizom poruka koje je dobijao u porodici i socijalnoj sredini, osvešćeni su pounutrena opresivnost i samodestruktivnost (zabrana), na kojima smo radili psihodinamski. Naš odnos je bio osnovni reparativni faktor, a afirmativne i negujuće poruke koje sam mu davala je vremenom uspeo da prihvati. Klijent je takođe dobijao zadatke, koje je rado izvršavao, a ticali su se postavljanja granica u odnosima kroz svakodnevne situacije, i njegova procena koliko je u tome uspeo (od 1 do 5). Rad na partnerskom odnosu se takođe najviše kretao oko postavljanja granica u odnosu na potrebe drugog, ali i vežbe poverenja, koje su praćene njegovim zapisivanjem utisaka. Sa klijentom trenutno radim na osnaživanju kapaciteta za promene, i postižemo dobre rezultate.

Klijentkinja Z. Z. (38) dolazi na terapiju zbog produženog žaljenja i osećaja bezvoljnosti, koji traje 6 meseci nakon raskida sa devojkom D. V. (30) sa kojom je u vezi bila 4.godine. Obe su deo iste lezbejske zajednice, ali je njena bivša devojka percipirana kao "žrtva" njihovog raskida jer je romkinja, siromašnija je, i nakon raskida je morala da se odseli kod prijateljice. Z. Z. biva odbačena od strane zajednice i užeg prijateljskog kruga, te ostaje bez podrške i sama u stanu, zbog čega se oseća posebno ranjivo. Želi da se bavi aktivizmom i vrati nekim interesovanjima koje je zapustila od kada je ušla u vezu sa D. V, ali joj nedostaje podrška socijalne grupe.

Jedna od tema kojima sam se bavila u okviru ove disertacije su odnosi hejrarhije među manjinskim identitetima, kao i postojanje vešestruke vulnerabilnosti. Klijentkinja Z. Z. i njena bivša devojka imaju *zajednički idenitet* – lezbejski, a i dele jedan od važnih socialnih identiteta - pripadnost istoj aktivističkoj lezbejskoj zajednici. Deo identiteta – romski, percipiran je kao više diskriminisan (samim tim i ranjiviji) u lokalnoj sredini. U odnosu na pitanja etničkog ili rasnog identiteta seksualni identitet može biti nevidljiv, jer ga je moguće "maskirati" u socijalno poželjniju heteroseksulanu ulogu. Klijentkinja je tokom njihove veze imala osećaj krivice,

budući da je D.V. rizikovala da bude izložena osudi javnosti, jer je učinivši njihovu vezu javnom bila po većim udarom kritike, kao pripadnica dvostruko vulnerabilne grupe.

U momentu raskida partnerkog odnosa, prekida se i odnos na nivou Z. Z i zajednice, što ovaj gubitak čini višestrukim (jer donosi i gubitak socijalne podrške, koja je u periodu separacije veoma važna). Reakcija na dvostruki gubitak bila je presipitivanje *identiteta aktivistkinje*, koji je povezan sa seksualnim opredeljenjem u LGBT aktivizmu. Terapijski rad je podrazumevao ne samo “zaceljivanje rana” i ojačavanje unutrašnjih kapaciteta (reparaciju), već i promišljanje alternativa u kreiranju novih uloga (podsticanju otvaranja ka drugim frontovima samoostvarenja).

Feministički pristup, koji je odabran kao važan element u pristupu klijentkinji, podrazumeva i uključivanje dodatnih izvora podrške, u svrhu jačanja kapaciteta (kao što je pronalaženje alternativa u interesovanjima, uključivanje u grupe koje bi ovakve procese podstakle, pomoć u kreiranju sopstvene alternativne mreže podrške). Bilo je neophodno i dovesti u pitanje stereotipe vezane za bespomoćnost i ugroženost Roma, koja se po sebi podrazumeva, te smo otvorili i tu temu, iako je ona pomalo tabuizirana u nepisanoj hijerahiji stepena ugroženosti manjinskih grupa. Preispitivanjem stereotipiziranih uverenja, klijentkinja je sebi omogućila prostor da separaciju posmatra iz perspektive partnerke, umesto iz pespektive aktivistkinje.

Kroz akcione tehnike *zamena uloga* Z. Z je, iz uloge D.V., osvestila doživljaj partnerske veze kao nezadovoljavajuće, jer je opisala sebe kao previše sputanu, plašljivu i nedovoljno intrigantnu za njen ukus. Time je Z. Z osvestila neke od razloga nezadovoljstava svoje bivše partnerke i uvidela uzajamnost ove odluke, što je umanjilo osećaj krivice koji je sve vreme imala. Jačanje kapaciteta za nove uloge, uz pomoć uključivanja u radionice na kojima se bavila literarnim radom i pesništvom (što je bilo zapostavljano od ranije), uspela je da proradi ovaj odnos kroz poetski i literarni izraz. Pisanje priče o njihovom partnerskom odnosu za Z. Z. je bilo reparativno iskustvo, a rad na emocijama tuge i ljutnje na našim susretima podrazumevao je kombinaciju razgovora i akcije. Pred kraj terapijskog procesa, Z. Z. je napisala pismo bivšoj partnerki, a zatim se i javno obratila socijalnog grupi iz koje je bila izopštena na sastanku, iskazavši svoje nezadovoljstvo njihovim stavom odbacivanja, što je uslovalo pozitivne promene. Odnosi sa delom socijalne mreže su ponovo uspostavljeni, ovog puta bez idealizacije, s realnijim očekivanjima i jasnijim granicama.

8.3.2 Rodne uloge i porodica

Religija i rodne uloge

B.M. je slikarka koja je došla na terapiju pred početak procesa razvoda. Muž od koga se razvodi je iste struke kao i ona (ikonopisac) i kao i ona je religiozan. Njena porodica se protivila razvodu, te je vršila pritisak na B.M. da ostane u braku i pokuša da pronađe kompromis. Razlog pokretanja razvoda je postojanje dugogodišnjeg nezadovoljstva i odustvo bliskosti, kao i veliki uticaj koji primarna porodica ima na muža, "mešanjem u njihov život". B. M. je izgubila dete u 7. mesecu trudnoće, prošla je "kroz pakao", pri čemu nije dobila adekvatnu podršku od muža, niti od strane njihovih primarnih porodica. Bliska je sa mlađom sestrom i ima krug prijateljica koje su uz nju. Nakon razvoda počinje da preispituje ulogu boga u svom životu.

Nakon uspostavljanja odnosa poverenja i reparativnog rada na separacijama (gubitku partnerskog odnosa i deteta), počele smo polako da otvaramo pitanje kreiranja sopstvene autonomije u odnosima. Pokazalo se da postoji veliki strah u odnosu na očekivanja primarne porodice i pounutrenih stereotipa/negativnih slika o raspuštenicama i ženama koje dočekaju srednje 30-te bez deteta. Izazov u radu sa B. M. je i neophodnost kritičkog osvrta na dogmatske momente u religiji koji su usloveli (jednim delom) i okvir bračnog života, kao i izbor profesije koja nudi jasno tradicionalističke (hijerarhijske odnose) kojima nije zadovoljna (i koji je, po njenim rečima, "guše").

Poštovanje religioznih uverenja klijentkinje zahtevalo je pažljivo otvaranje pitanja odgovornosti prema gubitku deteta, roditeljima i davanju sebi dozvole u promeni pojedinih aspekata uloga - koje su ipak u skladu sa pravoslavnom dogmom. Očuvanje vere je bila želja i potreba klijentkinje, koju sam uvažila, ali sam i dovela u pitanje aspekte odnosa prema veri koji nisu bili dobri za nju (sramota je tražiti pomoć; trudnoća je božja volja, a komplikacije u trudnoći ne treba deliti sa porodicom, već treba ćutati i trpeti; krivica je žene ako se brak ne očuva). Rad na *krizi identiteta vernice, koji je nastupio* u drugoj fazi terapijskog procesa, osmislila sam kroz uključivanje akcionih tehnika zamene uloga - sa osobama koje od nje imaju očekivanja, sa delom sebe koji je rigidan i uslovljen rodnim ulogama i *onim što je izgubljeno* (ideja o majčinstvu), i kroz susret sa novom ulogom autonomne i snažne B. M. Takođe sam uvela pitanje religije kroz *ekspresivni izraz koji joj je blizak* (slikanje, ali i izražavanje kroz terminologiju vizuelnog i

likovnog; reč je, rodžersovski posmatrano, o odabiru zajedničkog jezika terapije, koji se prilagođava klijentu), kao i TA elemente rada na ojačavanju *slobodnog deteta i negujućeg roditelja*.

Iako je klijentkinja religiozna, reparativne poruke su bile praćene rodno inkluzivnim (feminističkim) intervencijama, koje je veoma dobro prihvatila, i ojačavanjem kontakta sa negujućim dobrim i očuvanim femininim delovima identiteta. Sukob unutrašnjih poruka (tradicionalna žena koja je podbacila, i umetnica koja može biti partnerka i majka na svoj način) takođe je postavljen u skladu sa egzistencijalističkim pretpostavkama, vraćanjem na opozitne parove *život vs. smrt i rađanje (kreacija) vs. destrukcija*, kao i poverenjem u sebe i sopstvene kapacitete, u skladu sa religioznim osećanjima klijentkinje. Rezultat je bio uspostavljanje unutrašnjeg balansa, oslobađanje kreativnog izraza i van okvira religioznog (slikanje drugih motiva), i otvaranje vulnerabilnog dela – otvoreno izražavanje osećanja tuge i nemoći, bez samoosuđivanja. B. M je počela da saraduje s drugim slikarkama sa svog odseka i prvi put uspostavila kvalitetne i negujuće odnose s ženama iz svoje porodice, jer je uspela da pokaže ranjivost, ali i postavi granice u odnosu na njihova očekivanja o tome kako bi trebalo da živi i radi.

Rodne uloge i seksualnost

M. L. (27) je kompjuterski tehničar koji živi sa majkom, bakom i starijom sestrom u malom stanu. Otac ih je napustio kada je on imao 10 godina, nakon čega nije pokazao naročito interesovanje za decu, niti im je pružio materijalnu podršku. Godinu dana pre javljanja za pomoć imao je epizode panike i anksioznosti, zbog čega su mu prepisali antidepresive i sredstva za smirenje. Nikad nije imao devojku i veoma je zatvoren po pitanju uspostavljanja bliskih odnosa. Saopštava da mu je nametnuta uloga oca porodice od strane bake, mame i sestre, i da mu manjka fleksibilnost i sigurnost kada je u muškom društvu. Često je razočaran činjenicom da mu prijatelji ne uzvraćaju pažnju i posvećenost u onom stepenu u kome to on čini. Razlog dolaska na terapiju je želja da se predupredi rizik od ponovnog javljanja napada panike, promena odnosa prema članovima primarne porodice, kao i pronalaženje partnerke.

Na početku terapijskog rada, skoncentrisali smo se na napade panike, koji su se najpre smanjili, a zatim i nestali, zahvaljujući osveščivanju potisnute ljutnje usmerene na ukućane -

najviše na majku, koja mu nameće ulogu “oca porodice”, ali i na odsutnog oca zbog njegove neodgovornosti, kukavičluka i nedostatka ljubavi za sve njih. U ovom procesu korišćene su i akcione tehnike. M. L. je ubrzo postao aktivniji, te je započeo proces promena u okviru socijalnih uloga (upućivala sam ga na to da ima nerealna očekivanja od prijatelja, što vodi ponavljanju traume – razočarenju i odbacivanju, kao što je to bio slučaj u odnosu sa ocem). Nakon pomaka koje je ostvario u socijalnim odnosima, i postavljanja stidljivih granica prema porodici, otpočeli smo rad na pounutrenoj predstavi o maskulinosti i seksualnosti i stereotipnim očekivanjima od muškaraca.

M. L. je osvestio da je doživljaj sopstevne seksualnosti kod njega povezivan sa osećanjima neadekvatnosti, samoprezirom, neodgovornošću i nanošenjem patnje ženama (predstava o ocu), a s druge strane sa načinom na koji on sebe prikazuje drugima (njegova toplina i uvidavnost često su kod devojaka stvarali potrebu da mu se povere kao prijatelju). Sam klijent je u našem terapijskom savezu očekivao strukturu (odlučnost), ali i razumevanje (toplinu), što me je uputilo na željene objekte koji nedostaju, i sliku o adekvatnoj ženskoj osobi koja bi bila sigurna, ali i podržavajuća (a to nije ni jedna žena iz njegove primarne porodice). Radili smo na dekonstrukciji nametnutih rodni uloga, i na dozvoli za nepreuzimanje uloge oca, koja je *aseksualna i nabijena krivicom*.

Poslednju fazu terapijskog rada činilo je otkrivanje maskulinosti, koja bi bila imanentna njegovoj ličnosti (koristeći tehnika ulaska u ulogu, zamene uloga i skulpturiranja). Dok smo se emocijom straha bavili kroz kontinuum emocija, M. L. je imao prilike da osvesti sekundarnu emociju, proisteklu iz njegovog straha od vezivanja (ostati u nametnutoj ulozi, veran očekivanjima porodice, izbeći odrastanje i odlazak od kuće), kao i funkciju straha da zameni ljutnju - koja je služila izbegavanju seksualnosti i želje. Bilo je neophodno očuvati “dobar odnos” sa maskulnim i femininim delom, kao i omogućiti njihovu saradnju i komunikaciju. Rezultat je bio prepuštanje prvom partnerskom odnosu i intimnosti s partnerkom u 27. godini, a ubrzo i započinjanje samostalnog života.

8.3.3 Terapijski radovi s grupom

8.3.3.1 Strah od osude grupe - stigmatizacije

a) Povratak u grupu nakon hospitalizacije

Na edukativno–iskustvenoj grupi u Sarajevu, članica grupe M. S. imala je akutnu psihotičnu epizodu, nakon koje je hospitalizovana mesec dana, na istom odeljenju na kome radi kao psihološkinja. Nakon tog iskustva predložena je pauza u edukaciji, na koju se vratila u dogovoru sa edukatorkama grupe (sa mnom i koleginicom koterapeutkinjom) i njenom psihijatricom, nakon 3 meseca. Članice grupe nisu znale koji je razlog njenog odsustva, jer nas je zamolila da joj prepustimo da im to sama saopšti kada se vrati na grupu. Tokom psihotične epizode imala je halucinacije s religioznim saržajima - susret sa Alahovim poslanikom, koji joj je zamerao što krši pravila Kurana. M. S je religiozna i pridržava se svih običaja vezanih za islam, ali u tome ni ona ni članovi njene porodice nisu radikalni. Svesna je da većina članica grupe nije religiozna (osim nje, u grupi su još dve devojke koje poštuju zahteve svoje vere - jedna muslimanka i jedna katolkinja), a isto važi i za edukatorke, te joj to otežava pokretanje ove teme. Okidač za epizodu bilo je preseljenje od roditelja i prvi ulazak u ozbiljnu vezu, što se u sredini gde živi smatra neadekvatnim - jer je neudata.

Stigmatizacija bivših pacijenata je u našem regionu veoma prisutna, i može predstavljati ozbiljnu prepreku reintegraciji u vršnjačku grupu, usled straha od osude, odbacivanja ili razočarenja. Nakon povratka u grupu, M. S. je prvo ispričala šta joj se dogodilo, a zatim i izrazila želju da ovu temu proradi na sceni.

Članice grupe su bile veoma dirnute iskustvom M. S., i podržavajuće po pitanju njenog povratka u grupu. Rad na ovoj temi je zahtevao punu podršku grupe i odnos poverenja, kao i veoma lagan i pažljiv pristup otvaranju poruka koje je tokom halucinacija dobila od *Poslanika*.¹²⁸ Vrlo svesna rizika rada na psihotičnim halucinacijama, prvo sam obezbedila sigurno mesto za protagonistkinju na sceni, konstanti dubl protagonistikinji, i tehnički pristup koji omogućava sigurnost od retraumatizacije (umesto direktnog ulaska u ulogu, posmatranje sa strane). Poruke Poslanika su, zapravo, odslikavale odnos porodice i sredine prema odluci M. S. da započne život u vanbračnoj zajednici, i ostavi za sobom bavljenje problemima roditelja i mlađeg brata - što je

¹²⁸**Poslanici** (رسول - "resul" na arapskom), po učenju islama, su odabrani ljudi, koji su, po nalogu Alaha, donosili ljudima Alahove savete i instrukcije o tome kako bi trebalo da prožive ovozemaljski život. Svi poslanici su ujedno bili i verovesnici (arapski نبی - "nebijj"). Prvi poslanik je ujedno bio i prvi čovek na zemlji –Adem.

do tada svesrdno činila. Grupa je imala ulogu reparirajuće druge porodice, sigurne sredine i *dobrog dela M. S.*, i te uloge su se smenjivale iz jedne psihodramske scene u drugu. Nakon prikaza haluciniranog susreta sa Poslanikom, ona je sa sigurne distance dekonstruisala halucinaciju; obratila joj se objašnjavajući joj zašto je tu, koja joj je funkcija i sa čim je povezana. Takođe ju je odvojila od dela sebe koji je nazvala “zdrava duhovnost”.

Nakon obraćanja članovima porodice i porukama iz svoje sredine koje su ograničavajuće i diskriminišuće, članice grupe su odigrale spontano, svoje lične scene iz života, koje su se ticale sličnih zabrana. Time je M. S. postala svedok dela njihove borbe za sopstveni rodni identitet, i re-integrisana je u grupu čime je pospešena doživljaj ravnopravnosti. Takođe je umanjen osećaj izolovanosti i isključenosti iz iskustva drugih članica, i vraćen je deo njenog kapaciteta *osobe koja može i drugima da pomogne* (jer to je uloga za koju je M. S. rekla da joj jako nedostaje). Halucinacija je sa scene prebačena u fiktivni prostor namenjen za “muke i tegobe koje žene imaju kad im se ograničavaju život i sloboda”, koji su članice grupe simbolično prekrile maramama. Završna scena rada uključivala je povezivanje M. S. sa kapacitetima za život kakav ona želi (hrabrost, radoznalost, spontanost, kreativnost itd.), u čijim su ulogama bile članice grupe.

b) *Strah od osude grupe zbog priznanja problema s alkoholom*

Članica edukativno-iskustvene grupe u Beogradu, I. L. (52), nakon epizode pijanstva i gubitka sećanja o čitavom događaju, započela je apstinenciju od alkohola. Nekoliko nedelja kasnije odlučila je da grupi prizna da ima problem s alkoholom i želela je da ovu temu terapijski proradi na psihodramskoj sceni. Jako se plašila osude od strane grupe, ne samo zbog toga što pije, već i zato što takva vrsta ponašanja nije primerena “ozbiljnoj ženi u godinama” koja ima odraslo dete.

U društvu u kom živimo alkoholizam se ne osuđuje dovoljno, bar ne kad su u pitanu muškarci, ali se itekako osuđuje kad su u pitanju žene. Da bi se I. L. suočila sa grupom, i bez zazora otvorila ovu temu, bilo je potrebno učiniti grupu sigurnijim mestom. Predložila sam članovima njene matične grupe da, pre nego što pristupimo ličnom radu, uradimo sociodramski prikaz načina na koji se društvo odnosi prema alkoholizmu. Kroz kratki sociodramski rad,

članovi grupe su spontano ulazili u uloge srednjoškolaca, starijih žena, muškaraca, majki, vojnika, umetnika itd. Na taj način su se otvorila pitanja stereotipa i predrasuda vezanih za alkohol. Neke od ovih poruka članovi grupe su prepoznali iz svojih porodica, partnerskih odnosa i šireg društva.

U psihodramskom radu je, kao dodatni terapijski momenat, uvedena uloga *oslobođenog* (po želji I. L.) u kojoj je svako mogao da kaže šta bi mu/joj bilo važno da pokaže, primi ili promeni (npr. u ulozu *majke u našem društvu*, članica grupe je želela da pokaže da ima previše odgovornosti, da joj je potrebno da ima neko vreme za sebe i svoje katarze, i da želi da promeni stereotipe o tome da majka ne sme da bude boem).

Nakon ovog dela koji je bio podsticajan za celu grupu, I. L. je zadržala pored sebe ulogu oslobođenog (u njenoj interpretaciji, oslobađanja od straha od osude). i iznela na sceni svoju epizodu pijanstva. U samoj sceni imala je priliku da podrži sebe kao *izgubljenu i propalu ženu* i da joj se obrati iz uloge *one koja se boji samo sopstvene osude i koja želi da vrati kontrolu* nad svim aspektima sopstvenog života, dakle ne samo po pitanju konzumiranja alkohola. Dalji rad je otvorio pitanja doživljaja sebe kao neuspešne, pasivne i nepoželjne (poruke porodice, ali i društva).

Rad je završen otvaranjem pitanja nepripadnosti visokoj klasi (njenog muža i porodice), jer ona dolazi iz radničke porodice, i uvek je osećala da je oni odbacuju i da nije dovoljno adekvatna za njih. Povratak kontrole je značio i pronaći kontakt sa odbačenim članovima porodice, takodje pripadnicima radničke klase, jer se oni često povezuju sa *alkoholizmom, bedom i nesrećom*. Sama I. L. kaže da je, odbacivši sve njih (zbog straha od sopstvene propasti) *zajedno sa vodom iz korita izbacila i bebu*. “Beba” je simbolično vraćena na scenu, a sa njom delovi identiteta koji se ne moraju odbaciti da bi bili prihvatljivi. U radu je osvešćen i revanšizam u odnosu na majku – koja je I. L. odbacila zbog njene neadekvatnosti, čime je ona samo potvrdila da nije žena vredna poštovanja svoje majke. U grupi smo nastavili rad na odnosu s majkom, odnosu prema sopstvenom majčinstvu i gubljenju kontrole (zavisnosti).

c) *Strah od osude zbog priznavanja grupi iskustva zavisnosti od heroina*

Na edukativnoj grupi u Sloveniji, nakon dve godine intenzivnog rada, članica U. S. je odlučila da pred sam kraj uvodnog kursa iz psihodrame s članicama grupe podeli svoje heroinsko iskustvo. Njena zavisnosti od heroina započela je u osnovnoj školi (kad je imala 14 godina), i trajala je, uz uspone i padove, sve do njene 22. Godine, kada je upisala fakultet. Iako je sve ostale teme veoma otvoreno prorađivala u okviru grupe, ovu temu je ostavila za kraj, odlažući je kao "vruć krompir".

Kao i kod prethodne teme, i u ovom slučaju je bilo važno proveriti kako se grupa odnosi prema problemu zavisnosti, što je bila potreba i akterke rada. Nakon razgovora u krugu i najave teme, ostali članovi grupe su pozvani da akciono izraze svoj stav, a takođe je na scenu izveden *barometar emocija* po pitanju zavisnosti. U barometru su preovlađivali strah i tuga, a samo dve članice grupe su izrazile ljutnju, rekavši da "to nije fer", i smatrajući da je odgovornost na društvu. Njih dve su imale kratak sociometrijski prikaz društva i poruka koje ono daje ljudima koji ne znaju da se izbore za sebe, gurajući ih u zavisnost, čime su otvorile prostor da se na nivou grupe prihvate i drugačija gledišta. Ostali članovi grupe su, uz pomoć tehnika play back-a, prikazali svoja osećanja, ili ono što smatraju svojim zavisnostima, što je uravnotežilo grupu i veoma ohrabrilu U.S. (kako ona sama kaže, vratio joj se osećaj da je među jednakima).

S obzirom da je U. S. bila i dalje veoma uplašena, bojeći se da direktno preuzme na sebe ulogu ovisnice, izbor terapijske tehnike je bio **prikaz bajke devojčica sa šibicama**, koja je simbolično prikazivala njenu ličnu priču. Okosnica simbolike je bila u samim šibicama koje su predstavljale njenu ovisnost, jer je sa svakom šibicom koju je upalila kako bi se ugrijala (metafora je drogiranje) zapravo bila sve bliže smrti, a nije mogla da prestane da ih pali. Scene iz bajke su odigrane, što je omogućilo oslabljavanje katarzičnih osećanja, i osnažilo ju je da se direktno uključi u scenski rad i *dekonstruiše bajku*. Ulaskom u bajku, obratila se devojčici iz uloge odrasle osobe i bivše ovisnice, i ispričala joj je sve što će joj se u životu dogoditi dobro. Zamenom uloge sa devojčicom (sobom), želela je da ostavi neki trag koji će je sećati na iskustvo, ali i biti uz nju, kao kontakt sa ranjenim ženskim delom. Prihvatila je predlog da napiše pismo iz uloge devojčice u kome je opisala svoja osećanja, strahove i probleme. Rad je završen uključivanjem cele grupe – svaka od članica je napisala osnažujuće poruke. U. S. ih je ponela sa sobom, kako bi od njih napravila kolaž koji je kasnije stavila na zid u svom stanu.

8.3.3.2 Rad na nacionalnom identitetu i osećaju pripadnosti

a) Beogradska grupa – susret sa izbeglištvom i sahranjivanje uloge žrtve

Članica edukativno–iskustvene grupe N.C., koja je imala iskustvo izbeglištva u ranom pubertetu, seli se u Beograd nakon upisivanja fakulteta, kada počinje da se bavi feminističkim aktivizmom. Nakon 10 godina ga napušta zbog izrazitog burn-out-a, koji je nastupio kao posledica rada sa žrtvama nasilja. Na grupi se povezuje po tom pitanju sa još nekoliko članica sa sličnim iskustvom (ne samo po pitanju ativizma već i burn out-a u istom). Na rad je podstiče deljenje iskustva izbeglištva drugog člana grupe, koji je, nedelju dana pre toga, na psihodramskoj sceni izrazio želju da susretne svoju rodbinu iz Hrvatske (iz istog kraja odakle je i ona).

Članica grupe N.C je želela da otvori problem vezan za svoje identitete, izgubljene, ostavljene (prekinute), kao i “povređene” ili one koji svojim postojanjem povređuju. Deo identiteta vezan za pripadnost zemlji, gradu i narodu naglo je uklonjen iz iskustva, dok je uporište koje je kreirano u aktivizmu – *identitet feministkinje koji je bio veoma važan*, takođe *ranjen* (po rečima same N. C.). Iskustvo izbeglištva, koje se dogodilo kao deo ratnog iskustva, ponavlja se napuštanjem feminističke zajednice (nakon povlačenja ponavlja se osećaj tuge i odbačenosti). Ono što joj je potrebno, kako je sama izložila, je da odvoji i jedan i drugi identitet od *uloge žrtve*, jer su to neadekvatni i povređujući elementi, koje je uspela da poveže i sa svojom majkom.

Tražeci snažnija identitetska uporišta došli smo do uloga prijateljice, sestre i članice grupe (edukantkinje). Radi ojačavanja kapaciteta, N. C. je omogućen kontakt s ovim delovima na sceni, a zatim su i uvedene osobe koje su joj bile konstantna podrška (konstantni dubl), u svrhu repariranja ranjenih identiteta. Po principu dramskog trougla (žrtva, progonitelj i spasilac), kroz rad se pokazalo da je pounutrena uloga žrtve postala agresor, i počela da oštećuje zdrave delove (da unosi pometnju, destabilizuje, čini je nesrećnom). Metaforično se na sceni odigralo odvajanje uloge žrtve iz korpusa drugih važnih uloga (što je bilo reparativno za ulogu aktivistkinje), da bi

zatim uloga žrtve bila ritualno sahranjena na psihodramskoj sceni, čemu je prisustvovala cela grupa, kao svedok i podrška.

Odvajanjem nekonstruktive zarobljenosti u identitetu žrtve, vratili smo “oslobođene uloge”, koje su dodatno ojačane time što su članice grupe davale spontane pozitivne i osnažujuće poruke N. C. Sledio je susret sa majkom, kojoj je protagonistkinja vratila deo rodnih uloga (iz ženskog dela identiteta), koji ne želi više da nosi; pored uloge žrtve, tu su i strah od promene, strah od majčinstva, strah od napuštanja, i za nju najaktuelniji – strah od autonomije.

b) Sarajevska grupa -odnos prema mešanom srpsko-bošnjačko-hrvatskom identitetu

Edukativno–iskustvenu grupu u Sarajevu, u trajanju od 4 godine (2009 – 2013), sačinjavalo je osam članica, od kojih je polovina iz etnički mešovitih brakova. Na pitanju identiteta radilo se u nekoliko navrata, kroz radove na temu rata i okupacije, vaspitanja, odnosa sa roditeljima, običajima, rodnim ulogama i odnosu prema autoritetima. Pred sam kraj edukacije članica grupe T. S. iznosi problem u vezi sa odlaskom u Goražde (jer tamo se odvijala uvodna edukacija iz transakcione analize na koju je išla), jer je svaki put, ulaskom na teritoriju Republike srpske, osećala mučninu i prisećala se rata. Tada prvi put otvoreno iznosi problem sa Srbima, jer je u ratu doživela da je bila proglašena muslimanskom kurvom, kao i njena majka – zbog porekla s majčine strane, a i cela bošnjačka strana porodice bila u opasnosti, jer su zajedno s očevom porodicom živeli u delu grada gde su mahom bili Srbi. Ovaj rad je bio veoma izazovan za T. S., grupu, ali i za mene, jer, iako se nikad nisam zvanično izjasnila vezano za nacionalni i verski identitet, sve su znale da sam srpske nacionalnosti.

Rad na pitanjima nacionalnog identiteta u mešovitoj grupi, u kojoj su sve članice bile za vreme rata u okupiranom Sarajevu (izuzev dve, koje su bile u Mostaru i u Tuzli) veoma je rizičan, zato što dotiče teme traume, nemoći, ranjivosti, i otvara transferna osećanja vezana za voditeljke grupe. Deo ljutnje i tuge vezan za **završetak grupe**, projektovan je i na edukatorke i transponovan na njihov **nacionalni identitet**. Imajući ovo u vidu, odlučila sam da se uradi grupni rad sa individualnim porukama, da bi se grupa održala kohezivnom, i da se članica M .G. ne bi osećala izolovanom u odnosu na grupu.

Kao strukturisani uvod u temu postavljamo *semafor*, uz pomoć koga sve članice grupe mogu da izraze emocije i stavove u odnosu na sopstveni nacionalni identitet, kao i u odnosu na druge nacionalne identitete (crveno - otpor, neprihvatanje, ljutnja; žuto – ambivalencija i

neutralnost; zeleno – pomirljivost i pozitivan stav). Iz strukturisanog zagrevanja semafora, ubrzo se javljaju asocijacije na tri identiteta, kao crveni - srpski (najugroženiji, najviše emocija), kao zeleni – bošnjački/muslimanski, i kao žuti - hrvatski. Članice grupe postavljaju u te uloge osobe *sva tri nacionalna identiteta* kojima se obraćaju, a iza svakog identiteta postavljaju i jednu sobu iz grupe koja je nosilac drugih identitetskih odlika (rodnih, socijalnih, klasnih, profesionalnih itd.); na taj način se održava osećaj sigurnosti u odnosu na strah od gubljenja kontrole kod nekih od članica.

Nakon obraćanja svih iz grupe, članica T. S. iznosi svoju situaciju na scenu i uvodi ulogu – *subjektivno ugrožavajućeg Srbina*, koji je produkt ratnih trauma, loših osećanja vezanih za očevo odsustvo, i ljutnje na edukatorke što napuštaju grupu. Ove teme odvajamo, i radi se susret sa realnim osobama, kojima se saopštavaju sve stvari koje su važne. Ljutnja zbog kraja grupe izlazi na površinu, a iza nje se javlja tuga, koja je grupna tema. Nakon veoma katarzičnog završetka, povezivanja članica grupe i iskazivanja tuge, kao repertivno-zatvarajući proces uvodi se tehnika *projekcije budućnosti*. Sve se članice grupe predstavljaju jedna drugoj kroz uloge njih samih nakon 3 godine. Ova tehnika je doprinela adekvatnom zatvaranju procesa, prevazilaženju straha od neizvesnosti završetka grupe, i omogućila je prostor za obraćanje edukatorkama iz pozicije *iskusnijih terapeutkinja*.

8. 4 Primeri integrativnih terapijskih radionica i grupa

8.4.1 Integrativni pristup radu na pitanjima rodni identiteta i rodni uloga

Pristup istraživanju pitanja rodni identiteta i rodni uloga uključuje integraciju *psihodrame, tehnika play back teatra* (skulpturiranje), *feminističke terapije* (teorijska podloga i način intervenisanja), *transakcione analize* i *narativne terapije*. Zagrevanjem grupe uz pomoć akcionih tehnika ulaska u ulogu rodnog stereotipa, i predstavljanjem pred drugima iz te uloge, započinje se ekspoloracija stavova o rodni pitanjima. Za ovu fazu rada koristi se rodni barometar, skaliranje stavova (prihvatanje ili neprihvatanje na skali od 1-100%), i skulpturiranje

rodnih stereotipa (članovi grupe spontano prilaze i kreiraju skulpturu koja čini jedan rodni identitet).

U drugom delu se analiziraju reket emocije (skriptne zabrane), koje se javljaju kao reakcija na ove poruke. One su predstavljene uz pomoć stolica, i svaki član grupe se zaustavi kod stolice koja predstavlja najbližu emociju koju trenutno oseća u vezi poruka (dozvola i zabrana) vezanih za rodno ispoljavanje. Nakon što se formiraju manje grupe vezane za reket emocije, njihov je zadatak da pripreme akcioni prikaz zajedničkih karakteristika u okviru kojih je i njihova lična poruka. Jedna od mogućnosti je i crtanje *mape rodnih uloga* (po principu socijalnog atoma, gde se svaka uloga rodno obeleži) i zatim oživi na sceni.

Na dalje se mogu raditi različiti vidovi elaboracije i prorade dobijenih sadržaja (zavisno od tipa grupe, radionice, broja ljudi, iskustva članova grupe). Može se raditi grupni rad kroz zajedničke aktivnosti i intervencije na *stereotipe i zabrane*, ispoljavanje autentičnog rodnog identiteta kroz obraćanje društvu i sistemu (sociodramski), pisanje pisama (narativna terapija), slikanje (art terapija), jačanje kroz međusobnu podršku (feministički pristup), ili kroz rad na daljem individualnom nivou doživljaja.

Ukoliko se radi na individualnom nivou, jedna od mogućnosti je susretanje sa rodnim ulogama na sceni, dijalog i formiranje “pakta” dogovora o prihvatanju ili neprihvatanju. Moguće je analizirati i transgeneracijsko prenošenje poruka, te na sceni predstaviti lanac poruka kroz članove grupe, i onda sa njim razmeniti ono što je potreba protagoniste. Jedna od mogućnosti je i pričanje svoje lične priče kroz play back tehnike – priča iz tri dela, fluidne skulpture i prikaz dihotomnih emocija kroz pokret. Za zatvaranje radionice dobro je na neki simbolički ili akcioni način prikazati željenu ulogu ili jednu njenu dimenziju (može i kroz projekciju budućnosti).

8.4.2 Integrativni pristup u radu na pitanjima partnerskih odnosa i seksualnosti

Istraživanja prostora između *simbioze i straha od bliskosti*

Pitanja partnerskih odnosa i seksualnosti se mogu prorađivati odvojeno, ali i u sklopu zajedničke teme bliskosti, granica i doživljaja sebe. Članovi grupe se upoznaju i predstave jedni

drugima, ulaskom u ulogu svoja tri ego stanja, i deljenjem najintenzivnijih osećanja u tim ego stanjima, ili poruka i zabrana vezanih za seksualnost (ukoliko radimo i na tom pitanju). Uz pomoć vežbi u parovima, u kojima se istražuju granice/intimni prostori, članovi grupe se opredeljuju da li će pripasti subgrupi – *strah od bliskosti*, *sklonost simbiozi*, ili nekom *prostoru između*. Svaka subgrupa ima zadatak da elaborira i predstavi iskustvo svojih članova.

Ukoliko se nadalje bavimo pitanjem partnerskih odnosa rade se kraće psihodramske celine u odnosu na individualne potrebe članova, sa uvođenjem uloge partnerskog odnosa koji na sceni ponavlja poruke subgrupe (zavisno od toga da li je izabrana simbioza, strah od bliskosti ili neka mešana poruka). Sledeći korak predstavlja povezivanje emocija sa ego stanjima iz kojih dolaze i analiza *psiholoških igara u partnerskim odnosima* kroz akcione tehnike.

Ukoliko se radi dalje na seksualnosti, možemo eksplorisati suset sa seksualnošću, poruke *kroz tehniku semafora*, ili *tražiti od članova grupe da scenski prikažu jednu bajku ili mit koji odražava osnovnu nit njihove seksualnosti (ili neki aktuelni problem vezan za nju)*. Na taj način, drugi članovi grupe kroz ulaske u uloge mogu prorađivati i svoje teme. Nakon ovog dela, ukoliko se otvori kao tema povezanost telesnosti i seksualnosti (slike o sebi, telesnih granica) onda možemo raditi skulpturiranje, kao i rad na skriptnim odlukama vezanim za telo i seksualnost, čak i transgeneracijski. Takođe se u radionicama analizira i episkript, kroz analizu prepoznatog nivoa: povlačenje, rituali, rasonode, rad, psihološke igre i intimnost. Reparativni terapijski postupci uključuju individualni rad na sceni, kroz susret sa episkriptom, partnerom ili novom željenom ulogom.

8.4.3 Integrativni pristup u radu sa ratnom traumom

Kada je u pitanju rad na traumi, u većini slučajeva s klijentima radimo individualno, iako postoje i situacije gde se na nivou grupe (veliki broj članova ili svi članovi) deli zajedničko traumatsko iskustvo. Jedna od ovakvih situacija je grupa podrške nakon elementarnih nepogoda (požari, poplave), iskustvo izbeglištva, ili iskustvo rata.

Radeći sa grupama iz BiH bila sam suočena sa neophodnošću pronalaženja najadekvatnijeg načina rada na ratnoj traumi, koji bi svim članovima grupe omogućio dovoljno prostora za individualne razlike u doživljaju, prostor za razmenu emocija i utisaka, sigurno mesto od preplavljenosti teškim osećanjima, kao i mogućnost povezivanja ličnog i grupnog iskustva. Takođe je bilo važno obezbediti sigurno zatvaranje i kognitivno restrukturiranje doživljenog. Osećaj sigurnosti i baza osnovnog poverenja (ukoliko je postojala) je prilikom traumatskog iskustva ozbiljno uzdrmana, i ostavlja posledice i na doživljaj tela, telesnih senzacija, probleme sa ishranom, psihosomatske tegobe, kao i odnos seksualnosti i telesnosti.

Imajući sve ovo na umu, odabir tehnika i metoda za rad na ovoj temi uključio je: *art terapiju, akcione tehnike* (pre svega one koje omogućavaju indirektno posmatranje događaja, bez nužnosti uključivanja, ili postavljanjem simbola - predmeta, marama, crteža, stolica, pisanog materijala), *feminističke psihoterapijske elemente jačanja pozitivnih instanci ženskog identiteta* kroz solidarnost, razmenu, podršku i akcentovanje ravnopravnih pozicija moći u grupi, TA elementa ego stanja i *rad na transgeneracijskom prenosu emocija*.

Početna faza u omogućavanju članovima grupe da dodju u kontakt sa traumatskim iskustvom je obično podrazumevala razgovor u krugu i razmenu u malim grupama, ili akciono obilaženje punktova loših iskustava (predstavljenih stolicama). Na svakoj grupi je postavljen *siguran prostor, koji je fizički odvojen od ostatka prostorije*, i u koji se svako mogao povući ukoliko bi osetio/osetila potrebu. U sigurnom prostoru je bila i osoba koje je davala podršku (koterapeut ili neko od članova grupe, ko se oseća dovoljno stabilnim za tu ulogu). Nakon pokretanja teme, korišćeni su crteži koji su predstavljali elemente traumatskog doživljaja, ili sam doživljaj (moguće je i naslikati emociju), a zatim su se utisci delili parovima, kao i na nivou cele grupe.

Kontinuumi se koriste kao tehnika uz čiju pomoć se može proveriti koliki je stepen straha i uznemirenosti kod članova grupe (na skali od 0 -100 %), i na taj način u odnosu na *temperaturu većine članova* grupe izabrati manje ili više konfrontirajući pristup radu. Ukoliko su članovi grupe veoma pokrenuti da se suoče sa temom, ostavlja se prostor za odigravanje situacija uz pomoć role play tehnika, ili putem skulpturiranja - predstavlja se ono što je *ostavljeno, izgubljeno i zamrznuto* u prošlosti, a neophodno ga je vratiti. U reparativni proces se uvode TA elementi, kroz susrete ego stanja slobodnog deteta sa ego stanjem odraslog (iz pozicije

sada i ovde), čime se doživljaj nemoći reparira sadašnjim kapacitetima iz pozicije odraslog. S obzirom da je iskustvo rata u našem regionu prisutno već nekoliko generacija unazad, *trangeracijski pristup* bi podrazumevao susrete i povezivanje sadašnjeg iskustva sa iskustvima pretodnih generacija –koje takođe nose ratnu trauma, čime se iskustvo stavlja u drugačiji okvir, reparativni proces upotpunjuje osnažujućim porukama *preživelih* iz prethodnih generacija (susreti sa *mudrim* bakama i dekama ili njihovim precima).

Tokom celokupnog procesa rada, po potrebi se emocionalna ekspresija može izraziti crtežima, a uz pomoć akcionih tehnika omogućiti susret sa krivcima za ratne sukobe (vlada, vlast, vojska, sam rat itd.), ukoliko je fokus za dalji rad na nivou grupe sociodramski. Zatvaranje susreta podrazumeva integrisanje *novog i pozitivnog* u razmeni, širenje sigurnog prostora na celu grupu, kreiranje osnažujućih osećanja (uz pomoć akcionih tehnika i simbola), i korišćenjem tehnika projekcije budućnosti. Takođe je dobro zatvoriti susret davanjem dozvole za odvajanje traume od ličnosti, simboličnim napuštanjem uloge žrtve, kroz susrete na sceni. Ovaj deo je takođe značajan, jer je pitanje traume najčešće deo kolektivnog identiteta.

8.5 Primena pristupa u okvirima edukacije i supervizije

8.5.1 Edukacija

Proces edukovanja budućih psihoterapeuta/psihoterapeutkinja i savetnika podrazumeva učenje tehnika i metoda izabranog modaliteta, praćenja grupne dinamike, kao i građenje nove uloge koja podrazumeva emancipatorski odnos prema vrednostima koje taj proces nosi. Ovaj proces, pre svega, podrazumeva rad na sebi, svojim granicama, kontratransfernim emocijama, i ojačavanje kapaciteta nošenja sa teškim emocijama, različitostima u mišljenju, kao i savladavanje potrebe za kontrolom koja prevazilazi okvire terapije (a predstavlja izraz potreba za kontrolom samog edukanta).

Ovaj proces je *terapijski i korektivni*, s jedne strane, i *kanališući i zanatski*,¹²⁹ s druge strane, te za neke edukante/edukantkinje može predstavljati veliki izazov. Radeći na tzv. *core* (ključnim) problemima vezanim za odnose s primarnim objektima, edukanti upoznaju načine svog vezivanja, mrežu emotivnih reakcija koje poseduju, kapacitete za podnošenje separacije, ostvarivanje bliskosti i otvaranja prema drugima. Na edukaciji za grupne psihoterapeute, proces razmene u grupi uključuje učenje novih socijalnih uloga, vežbanje tolerancije, prorađivanje pitanja kompeticije, rad na realnoj proceni sopstvenih kompetencija. Pitanja identiteta, koja su ključna deo rada na sebi, podrazumevaju ponekad bolne procese rušenja idealizacija, preispitivanja dotadašnjih uporišta i dekonstrukciju podrazumevajućih vrednosti, u čemu, osim edukatora, veliku ulogu ima sama grupa.

U opisu pristupa koji navodim, neću se baviti analizom tehnika i veština vezanih za psihoterapijski rad u grupi, niti u individualnom radu, već faktorima koji ga čine rodno inkluzivnim, antiopresivnim, antidiskriminativnim, i usmerenim na ostvarivanje punih kapaciteta klijenta ili članova grupe i edukatora. *Rodno inkluzivni faktori* edukacije nisu fragmentirani i uneti po potrebi (zavisno od teme ili klijenta), već čine integrativni deo pristupa, prožimajući sve njegove dimenzije. Feministički pristup, koji predstavlja jedan od stožera ovakvog načina rada, podstiče jednakost u tretmanu svih klijenata, sa posebnim osvrtom na potrebe onih koji su diskriminirani i čija su prava ugrožena. U odnosu na njih se realizuju mere afirmativne akcije, koje pružaju mogućnost ostvarivanja ravnopravne uloge kroz sam terapijski proces.

Inkluzivnost po pitanju klase podrazumeva način vrednovanja klijenata, članova grupe, osveščivanje klasne dimenzije u radu, te prilagođavanje pristupa njihovim potrebama u komunikaciji, ali i razumevanje referentnog okvira u kome se klasne vrednosti očituju. Stvaranje senzitivnosti i kreiranje prostora za pozitivan i nediskriminišući stav prema osobama sa invaliditetom je proces koji je uključen u samu srž ovog pristupa, baš kao što je to slučaj sa drugim manjinskim grupama. Humanistički pristup, koji stavlja u centar potrebe čoveka i njegovu ljudsku dimenziju, mora biti dominantan, jer pretpostavlja bavljenje ličnošću - ali ne i *stavljanje njegovih/njenih specifičnosti u zgradu*.

¹²⁹Pod izrazom zanatski, ovde se misli na savladavanje tehnika i metoda koje se uče po sličnom principu savladavanja bilo kog zanata, te podrazumevaju: posmatranje, učenje po modelu, korekciju naučenog, imitiranje i u početku držanje pravila i redosleda radnji koje su veoma školske i iziskuju mnogo manje varijabilnosti i improvizacije nego kasnije kada se „zanat ispeče“.

Govoreći o terapijskim faktorima grupe, tvorac egzistencijalističke psihoterapije, Jalom, istakao je i *učenje u grupi*, kao značajan faktor koji predstavlja *deo psihoedukativnog procesa*, ključnog za buduće terapeute. Među ostalim Jalomovim faktorima, koji su važni za učenje, su *altruizam i egzistencijalistički faktori (pitanja života, smrti i smisla)*. Socijalno učenje u grupi je veoma bitno za osveščivanje stereotipa i prihvatanje antidiskriminativnog i antiopresivnog pristupa u radu. Psihoedukativne promene ponašanja pojedinaca u grupi, smatra Jalom, utiču, poput povratne sprege, na celu grupu. Kapacitete za altruizam i empatiju je neophodno razvijati i koristiti u grupi, koja je poligon za uvežbavanje budućih terapijskih situacija, dok su egzistencijalna pitanja veoma relevantna za buduće terapeute na nivou njihovog promišljanja i prepoznavanja autentičnih potreba klijenata/klijentkinja (Yalom 1995).

Pitanja egzistencije su veoma slobodna, nesputana, a samim tim i nestablina. suočavajući se sa egzistencijalističkim pitanjima drugih, dolazimo u kontakt sa sopstvenim strahovima i uznemirenošću, i osveščujemo mnoge konstrukte i paradigme za koje shvatamo da nam ne mogu biti od pomoći. Zrelost terapeuta, koji se opredeljuje za pristup blizak egzistencijalističkom, podrazumeva mogućnost tolerisanja ovih fundamentalnih nesigurnosti i nestabilnosti (Yalom 1980). *Princip transformativnog učenja* je proces koji omogućava restrukturaciju dotadašnjeg načina mišljenja i fundamentalne promene refentnog sistema edukata. Kada do takve promene dođe, ona u korenu menja dotadašnji pogled na svet, kao i način stupanja u interakciju sa drugima i širom okolinom (Cranton 2006).

8.5.1.1 *Primena akcionih tehnika u dekonstrukciji stereotipa i predrasuda*

Integrisanjem elemenata psihodrame, role play tehnika, play back tehnika i elemenata sistemske porodične terapije, kao i narativne art terapije, moguće je na veoma efektan i dinamičan način postići značajne rezultate u oblasti dekonstrukcije stereotipa. Navešću nekoliko različitih primera vežbi i tehnika rada na ovom problemu:

Dekonstruckija bajki – Akciona i ekspresivna vežba analize stereotipiziranih rodni, rasni i klasni uloga u bajkama, koje su i dalje aktuelne u današnjem društvenom sistemu. Članovi grupe prvo izaberu bajku koju će analizirati u manjoj grupi, podele uloge i naprave

njihovu analizu (rodnu, rasnu, klasnu, socio-političku) i uspostave okvir povezanosti uloga u priči. Uz pomoć akcionih tehnika iz play back teatra ili psihodrame odigraju jednu scenu iz bajke, u kojoj se ti odnosi mogu videti. Drugi članovi grupe analiziraju uloge, zajedno sa grupom koja je odigrala scenu, i otvore najvažnija pitanja: uloge žrtve, uloge agresora/zlostavljača, uloge moći, manipulaciju u odnosima, opresiju nad određenim grupama, samoopresiju likova, strukturnu nejednakost itd.

Nakon ovog postupka bajka se rekonstruiše u oblik koje je antiopresivan, rodno inkluzivan, i odabran od strane učesnika radionice/grupe. Takođe je moguće izmeniti kraj, ukoliko se proceni kao stereotipan i nezadovoljavajući (stereotipni *happy end*), jer je u okviru rodno/klasno propisanih, društveno ustrojenih normi.¹³⁰ Analiziraju se razlike u postignutoj rekonstrukciji i iznose načini na koje je u realnosti to moguće postići. Ukoliko se članovi grupe zagreju za lične teme, pokrenuti odigranim bajkama, mogu ih izneti na sceni.¹³¹

Odigravanje stereotipa kroz životne situacije – grupa se podeli na subgrupe, kojima se dodele uloge diskriminiranih kategorija. Određeni broj članova grupe na edukaciji za psihoterapije dobija zadatak rada sa članovima marginalnih grupa, koji ih sprovedu kroz različite situacije, u kojima se osećaju diskriminirano. Subgrupa terapeuta radi na analizi opresije i diskriminacije, i, uz pomoć voditelja, kreira adekvatne pristupe rada sa članovima marginalnih grupa. U ovom kokreiranju pristupa oni osvešćuju svoje predrasude i stereotipe, i na kraju radionice ih dele sa grupom. Svaki član grupe ima priliku da bude i u ulozi osobe koja je izložena opresiji i u ulozi terapeuta. Takođe se izdvaja grupa supervizora, koja nadgleda proces terapije koja se odvija *in vivo* na sceni, a zatim terapeutima daje povratnu reakciju na postignute rezultate. Na samom kraju se evaluira ceo proces, a postignuti rezultati se povezuju sa teorijom antiopresivnog i rodno inkluzivnog rada sa marginalnih grupama.

¹³⁰Dobar primer za izmenu kraja je bajka „Uspavana lepotica“, koja je, nakon što je bila probudjena od strane princa, odlučila da uzme vreme za sebe, nokoknadi propušteno (u simboličkom smislu veliki deo života, u kome je odvojena od svoje suštine i van kontrole), i zatim, u ritmu koji njoj odgovara, određuje frekvenciju viđanja s princom i preispitivanje želje i potrebe da se za njega uda.

¹³¹ Uloge u bajkama se takođe mogu analizirati sa aspekta transakcione analize, i povezati sa skriptnim odlukama, te se dalje razradjuju kroz analizu skripta i takođe akciono odigravaju. Reparativni deo se sastoji u davanju dozvola od strane unutrašnjeg roditelja ili odrasloga, i rad na aktiviranju slobodnog deteta.

Jedna od verzija ove radionice se radi i sa lepljenjem stikera na čelo svakog člana grupe na kome piše: *izbeglica, bivši pacijent, žena, homoseksualac, osoba sa invaliditetom, Romkinja*, tako da sami učesnici ne znaju koja im je uloga dodeljena. Zadatak ostalih je da se stereotipno ponašaju prema njima, i razgovaraju na način na koji će ih uputiti da pogode kojoj grupi pripadaju. Kroz ovaj proces stižu se lični uvidi o tome kako se osećaju pripadnici opresiranih grupa u drušvu. Nakon toga, pristupa se elaboriranju rezultata, na sličan način kao u prethodnon scenariju radionice.

Transgeneracijski album s fotografijama – Članovi grupe odaberu uloge članova šire familije iz nekoliko generacija, i analiziraju poruke koje su upućivane pripadnicima marginalnih grupa u poslednjih nekoliko decenija. Kroz akcione tehnike analiziraju se vidovi diskriminisanja žena, osoba sa invaliditetom, osoba druge boje kože, siromašnih ili neobrazovanih, kao i njihovi načini prenošenja takvih poruka do danas. Prvi deo rada može poslužiti kao zagrevanje, kojim se pokreću lične priče članova grupe, a one se zatim proraduju na psihodramskoj sceni, kroz odigravanje životnih situacija sa osobama iz porodice.

8.5.1.2 *Primena integrativnih tehnika u osveščivanju rodnih uloga – rodno mapiranje*

Radionica koja je namenjena osveščivanju i eksploraciji rodnih uloga, kao i njihovoj analizi i boljem razumevanju rodnog identiteta, sastoji se iz nekoliko segmenata:

Rodna analiza svog imena – kao prvi korak u komunikaciji, ime je spona i odrednica koja je rodno obojena. Pored toga što se na osnovu imena odmah raspoznaje pol (muško ili žensko ime), samo ime govori o otvorenim ili suptilnim porukama onih koji su nam ga namenili. U ovoj vežbi se razmenjuje poreklo imena, očekivanja koja mi/drugi imamo u odnosu na ime, način na koji se identifikujemo sa imenom, kao i poruke koje ono šalje vezano za naš rodni identitet (muževno, ženstveno, intenzivno, nežno, prefinjeno, važno, strogo itd.). Nakon razmene, učesnici biraju tri osobine imena koje lepe na stikere, i zadržavaju one koje im odgovaraju.

Dekonstrukcija imena se sastoji u vraćanju moći i kontrole nad njim, biranjem nadimka, drugog imena, ili pronalaženjem novih asocijacija koje sami učesnici žele.¹³²

Eskploracija rodni stereotipa – Koristeći akcionu tehniku sociometrije, na skali postavljenoj u prostoru, učesnici se pozicioniraju između polova – slažem se potpuno i ne slažem se uopšte, i na taj način izražavaju svoje mišljenje o tvrdnjama koje se tiču rodni uloga (npr. "ženom se postaje, žena se ne rađa", "rodni identiteti su fiksni", "prava žena je heteroseksualna", "žene su osjetljivije nego muškarci" itd). Nakon pozicioniranja, pokreće se diskusija o temama koje najviše zaintrigiraju grupu.

Sociogram – Omogućava pozicioniranje u prostoru, pored osoba s kojima je bilo najviše slaganja oko tvrdnji, s kojima se onda formiraju prvo parovi a mogu i manje grupe, koje pripremaju akcione prezentacije i brane svoje stavove pred "neistomošljenicima", sa kojima, potom, menjaju uloge, nastojeći da osete šta ih pokreće u davanju suprotnih tvrdnji. Na taj način se razvija empatija za rad sa osobama koje misle drugačije od nas, i koje će nas potencijalno zbog toga veoma nervirati.

Skaliranje maskulnosti i feminosti – Na skali čiji su polovi maskulini i feminini stavovi (principi), članovi grupe se pozicioniraju u odnosu na to kako se osećaju u različitim životnim ulogama, odnosno koliko se od njih očekuje da budu u određenim socijalno definisanim rodni ulogama. Situacije su: na poslu, u porodici, sa prijateljima, na edukaciji, s partnerima, sa sebi sličnima i sa drugačijima od sebe. Ekspoloracija otvara pitanja posredovanih, pounutrenih uloga, principa i stavova, i otvara mogućnost analize željenih i drugačijih uloga, koje nisu preskribovane, već predstavljaju odraz vlastitih želja i potreba.

Transgeneracijsko mapiranje dozvola i zabrana vezanih za rodni identitet - Uz pomoć akcionih metoda, biraju se osobe iz grupe da budu u ulogama roditelja, baba i deda i treće generacije, a zatim se, ulaskom u njihove uloge, eksplorišu dozvole i zabrane koje su komunicirane kroz generacije. Analizira se njihovo prenošenje i način na koji su one uticale na formiranje današnjeg rodni identiteta.

¹³²Primer očekivanja koje je rodno obojeno je ime Vojislav, dobijeno po dedi, muževno sa značenjem – onaj koji će zavojevati slavu. Veoma konzervativno ime, koje je za njegovog vlasnika značilo sputanost, rigidnost i osećao ga je kao „neprovetrenu prostoriju kojoj treba dah svežeg vazduha“. Vojislav nije neko ko bi trebalo lako da pokazuje emocije, naročito tugu i strah, rekao je njegov vlasnik na radionici.

Analiza rodnih uloga – Napravi se individualna mapa po principu genograma, gde se ucrtavaju željene i neželjene rodne uloge, načini na koji su prenete poruke (dozvole i zebrane), i iscertava se njihova povezanost sa ostalim životnim ulogama.

Na samom kraju susreta postoji mogućnost akcionog obraćanja svojim rodnim ulogama ili svom rodnom identitetu, koji se može simbolično izgraditi od članova grupa. Na taj način se, pored učvršćivanja uvida i eksternalizovanja unutrašnjeg dijaloga, na nivou grupnog učenja i razmene postižu odlični rezultati.

8.5.2 Supervizija

Pristup superviziji, kao i samoj terapiji, ističe u prvi plan odnos između supervizanta i supervizora, način merenja određivanja postignuća (napretka), i metod rada koji je prilagođen potrebama, mogućnostima i kapacitetima supervizanata. Sam proces supervizije predstavlja još jedan potencijalni poligon za izražavanje moći supervizora, kome je profesionalna uloga da procenjuje, upućuje na polja za unapređivanje rada i proverava da li su određeni kriterijumi uključeni u rad.

Veoma je važno na samom početku definisati uloge, uslove i pravila rada, kao i načine evaluacije uspeha. Formulisanje pravila u radu bi trebalo da sadrži određenja uloga i opis aktivnosti koje će se podrazumevati. Takođe je važno održati jasnu granicu između terapije i supervizije, i baviti se ličnim sadržajima, kontratransfernim emocijama i saradnjom koterapeuta (koja ponekad sadrži dosta elemenata ličnog). Individualna supervizija mahom predstavlja susret u kom supervizant izlaže tok terapijskog procesa, na osnovu protokola, dajući detaljnija objašnjenja i pojašnjenja određenih intervencija i izbora tehnika u radu.

Pristup superviziji sastoji se iz sledećih koraka:

1. Pisanja protokola i njegovog čitanja od strane supervizora;
2. Susreta tokom kog se obavlja supervizija, a koji se sastoji iz prethodno dogovorene **strukture**:

- Refleksija, komentara, saveta i pitanja, koja treba dalje proraditi i otvoriti, kao i samorefleksije od strane oba učesnika na supervizijski odnos/savez;
 - Osvrt na *društveno-političku dimenziju* celog iznetog problema koji se analizira, te elaboriranje rodne, rasne i klasne dimenzije iznetog slučaja, bilo da je reč o individualnom ili grupnom radu;
 - Osvrt na *egzistencijalistička pitanja*: životnih vrednosti, volje, odnosa prema pitanjima života i smrti, bola;
 - Korišćenje akcionih tehnika tokom supervizije po potrebi: ulazak u ulogu klijenta ili otpora, emocije, zajedničke teme (transfernih osećanja), ukoliko je u pitanju grupna supervizija, odigravanje problemske situacije na sceni uz pomoć drugih supervizanata;
 - Pitanja za supervizora, pojašnjavanje konteksta (socijalnog i ličnog), u okviru kog se rad odvijao, feedback na susret (koliko je bio adekvatan i odgovarajući, po mišljenju supervizanta);
3. Evaluiranje individualnog iskustva klijenta, člana grupe, u odnosu na širi kontekst njegovog/njenog terapijskog procesa, kao i na širi društveni kontekst: analiza uloga, promena, otpora, elemenata socijalnih uloga, pounutranje društveno poželjnih obrazaca, konformiranje.

4. Plan za sledeći susret.

Rodno-inkluzivni elementi u okviru supervizije sastoje se u uvažavanju različitog ličnog i profesionalnog iskustva edukankinja i edukanata, te osvrt na rodna pitanja relevantna za terapijski rad koji evaluiramo. Takođe se bavimo doživljajima klijenata u vezi sa dimenzijom moći i odgovornosti u okviru rodnih kategorija i odnosa, pitanjima percepcije uloga, kao i načina na koji se one uklapaju sa rodnim dimenzijama ostalih životnih uloga. Bavimo se odnosom među koterapeutima istog ili različitog roda, i rodnim aspektima odnosa, zatim, rodnom dimenzijom iznetih sadržaja klijenata, društvenom uslovljenošću problema (naročito kad su u pitanju klijentkinje).

Antidiskriminativni pristup podrazumeva praćenje procesa i evaluiranje načina tretmana klijenata po pitanju diskriminacije. Važno je uputiti edukante na suptilne nivoe diskriminacije, njihovo prepoznavanje i adekvatno reagovanje.

Antiopresivni pristup podrazumeva rad na socijalnoj opresiji, i podršku edukantima u njenom prepoznavanju i dekonstrukciji, kao i reparaciji. Takođe je važan rad na pounutrenoj

opresiji, koju treba tretirati kao integrativni deo ličnosti koji je deskstruktivan i ometajući za normalno funkcionisanje individue.

Afirmisanje ličnog pristupa (klijentocentrična supervizija), stil rada, način komunikacije, a delimično i sam okvir saradnje, treba prilagoditi potrebama, kapacitetima i modelu razmišljanja edukanta.

Elementi psihodramske akcije

U okviru grupne supervizije, mnogo je lakše primenjivati elemente psihodramskog rada, ali ih je moguće koristiti i u okviru individualne supervizije. Akcione tehnike su dobre za sticanje ličnog uvida, istraživanje kontratransfernih osećanja, osveščivanje otpora prema klijentu, grupi ili temama koje se otvaraju u radu. U supervizijski rad veoma je važno uključiti **političku i društvenu dimenziju**, koja se inače minimizira. Kada je u pitanju konkretno supervizija, treba podstaći supervizante da razmišljaju o kontekstu u okviru kog rade, i razumeju probleme koji se tiču društvenog sistema, politike koja se vodi u državi, stepena represije koji postoji, načina na koji se odnos moći produkuje i reprodukuje na poslu, kao i u privatnoj sferi.

Primer:

Reminiscencije klasnih pitanja:

Supervizantkinje A. K. i K. D. su u koterapijskom odnosu tek nekoliko meseci, i vode svoju prvu zajedničku grupu. Veoma dobro saradjuju, a i privatno su povremeno u kontaktu, što pozitivno utiče i na njihovu saradnju. Imaju veoma slična vrednosna uverenja, koja su humanistička i egzistencijalistička, a imaju i iskustva u radu sa ženama žrtvama nasilja.

Iako je A. K. iskusnija u radu, najrelevantnija razlika za razumevanje dinamike koja je nastala među njima je razlika u socijalnom poreklu. Naime, A. K. je iz manjeg mesta i odrasla je u porodici sa skromnim primanjima, bez naročite podrške vezane za svoja interesovanja, naročito u profesionalnom smislu, dok K. D. potiče iz porodice akademskih građana, poprilično dobro situirane, gde se vrednuje obrazovanje, ali i ekonomski prosperitet.

U grupu je ušla članica iz nižeg socio-ekonomskog statusa i izrazila je želju da joj se izađe u susret kad je u pitanju plaćanje, bilo na taj način što će kasniti s davanjem novca, bilo sa

smanjenjem cene, zarad teških uslova u kojima živi i radi. Supervizantkinje su se u početku složile da je neophodno nešto uraditi, ali je ubrzo nakon toga među njima došlo do zahlađenja odnosa, a razlog tome nisu odmah mogle da razumeju. Obe su primetile napetost, tenziju i znake podbadaanja i peckanja koje su emitovale (što se ranije nije dešavalo), a koji su bili nešto intenzivniji od strane K. D.

Tokom izlaganja problema uputila sam ih na pitanje razlike u klasi, tj. socio-ekonomskom statusu, koja se do sada nije pojavljivala kao značajna, ali je dolazak nove klijentkinje ovo pitanje izbacio u prvi plan. U otvorenom razgovoru koji je nakon toga usledio, A. K. je osvestila osećaj nelagodnosti koji je imala zalažući se za klijentkinju, jer je to učinilo da se oseća subordinirano (lošije, manje vredno) u odnosu na svoju koterapeutkinju, koja ima više novca i ne mora da traži tu vrstu usluge. Ova situacije je vratila mnogo prethodne u kojima se tako osećala, kada je studirala i bivala okružena kolegama s više novca itd. S druge strane, K. D. je osvestila osećaj stida i krivice, jer nikad nije bila u toj situaciji, već je bivala oslobođena te vrste poteškoća, a pribojavala se da se u odnosu na svoju ko-terapeutkinjune postavi pregrubo i manje osetljivo, tako da je ostala suzdržana.

Nakon razmene koja se dogodila na supervizijskom susretu, osećaj neprijatnosti je nestao, kao i napetost. Koterapeutkinje su izrazile zadovoljstvo što je ta tema elaborirana i napravile su zajednički dogovor oko daljeg tretiranja ovog pitanja, ne samo pri radu sa novom klijentkinjom, već i kao pravilo za budući rad.

IX ZAKLJUČAK

Korak ka egalitarnoj i inkluzivnoj psihoterapiji i savetovanju

Oblast naučnog rada koja se bavi teorijskim postulatima vezanim za inkluzivne psihoterapijske i savetodavne prakse ne odlikuje obilje literature, pa ni dovoljan broj metodoloških priručnika koji bi mogli poslužiti kao neka vrsta vodiča u praktičnom radu. U krugovima teoretičara i praktičara koji se bave savetodavnim i istraživačkim radom sa pripadnicima marginalnih grupa, pa i u široj, nenaučnoj javnosti, može se uočiti tendencija da se pitanja i problemi iz te oblasti pojednostavljaju (kao kada se problemi sa kojima se suočavaju LGBT osobe svode isključivo na jednu dimenziju), da se stavljaju u okvir populizma (kao kada mediji izveštavaju o transdžender osobama fokusirajući se na zabavni element), ili pak da se na neadekvatan način politizuju zarad prikupljanja političkih poena. Takodje, pitanja koja se postavljaju u vezi sa kategorijama roda, rase, klase i invaliditeta, kao i pitanja u vezi sa privremenim tranzitnim stanjima (poput iskustva izbeglištva) nedovoljno su uključena u psihoterapijsku i savetodavnu praksu i u edukativne programe.

U ovoj doktorskoj disertaciji iznosim komparativnu, kritičku analizu modela i pristupa koji su relevantni i aktuelni (iako su često međusobno opozitni) u ovoj oblasti, pri čemu me posebno interesuju *antidiskriminativni i rodno inkluzivni pristupi iprakse*. Govorim o pristupima koji se uklapaju u ovo određenje i pojašnjavam kriterijume prema kojima ih je moguće odrediti kao takve. Iako je korisno, pa i uputno oslanjati se na podatke iz internacionalnog istraživačkog korpusa znanja i upotrebljavati modele kreirane za zapadnoevropsko polje rada, bitno je imati na umu i specifičnost lokalnog kulturnog konteksta. Shodno tome, neke od predloženih modela je potrebno modifikovati u skladu sa karakteristikama naše sredine. *Cilj ovog rada koncipiran je kao prilog tematici politika mentalnog zdravlja* i kao doprinos istraživanjima u oblasti psihoterapije i inkluzivnih praksi. Otvaranje pitanja antidiskriminativnih praksi i inkluzije u oblasti mentalnog zdravlja neophodan je preduslov za institucionalizovanu primenu proklamovanih principa u praksi, što bi trebalo da bude dugoročni cilj predloženih promena.

Još od uvođenja normiranja/procene normalnosti, sam taj čin predstavljao je koliko naučni toliko i *politički proces*, jer su u kriterijume procene uvek ugrađivane društvene,

ekonomske i etičke norme karakteristične za određeni period. Normalnost je u srednjem veku određivana u kontekstu vere, da bi razvitkom građanskog društva u prvi plan bili stavljeni utilitarni kriterijumi i briga za “normalnu većinu”. Tretman klijenata umnogome je zavisio od njihove pripadnosti određenom staležu, od njihovog pola/roda i rase, a svakako i od njihove platežne moći. Kriterijumi su se menjali, ali je proces promene bio konstantno praćen *stigmatizacijom i diskriminacijom* klijenata. Te pojave su prisutne i danas, što je problem s kojim se moraju suočiti svi praktičari u oblasti mentalnog zdravlja.

Kad je reč o ženama i pripadnicima manjinskih društvenih grupa, istorijski razvitak u određivanju pojma normalnosti imao je svoja posebna obeležja. Upravo je diskriminacija žena (kao najveće manjinske grupe) bila jedan od razloga za uvođenje *korenitih promena* u ovoj oblasti. Tokom srednjeg veka i renesanse smatralo se da se mentalno obolele osobe nalaze na “pola puta” između ljudi i životinja. Isto tako, verovalo se da se spaljivanjem žena koje su bile optužene za veštičarenje zajednica vernika “čistila” od zlih čini. Tomas Sas je napravio paralelu između srednjovekovnog totalitarnog verskog i političkog režima, u kom se pravila jasna razlika između “zdravog” i “nezdravog” duha, i savremene psihijatrije koja s jednakim, neprikosnovenim autoritetom, igra ulogu “boga” u životima pojedinaca (Szasz 1972).

Normalnost kao standard mentalnog zdravlja dobila je naučni legitimitet pojavom psihijatrije u 19. veku, kada je medicina preuzela brigu i kontrolu nad mentalnim zdravljem. Tada se, u ime države, započelo s institucionalnom praksom lečenja. Mentalne bolesti su sistematizovane po ugledu na fiziološka oboljenja, a pristupi u okviru psihijatrije su formirani po ugledu na pristupe u okviru opšte medicine. Do kraja 19. veka broj mentalnih bolesti bio je dvostruko uvećan, a ključna namena mentalnih azila bila je da “razdvoje” građanstvo od mentalno obolelih osoba za koje se smatralo da same snose krivicu zbog stanja u kom se nalaze.

Do izvesnih promena došlo je tek nakon II svetskog rata. *Erik Erikson* (Eric Ericson), tvorac klijentocentrične terapije, zastupao je mišljenje da normalnost nije univerzalna, a From i drugi humanistički orijentisani filozofi i psiholozi su izneli tezu da je stepen normalnosti određene osobe ekvivalentan njenom kapacitetu da ostane verna svojim sopstvenim vrednostima. Tokom 60-tih godina javlja se antipsihijatrija, koja je, uz druge emancipatorske pokrete i modele, zastupala za to vreme nov pristup mentalnom zdravlju. U proces rada uključuju se socijalne komponente, uvodi se pitanje društvene odgovornosti za mentalno obolele osobe, i kod klijenata se prepoznaju kapaciteti za *potpuni oporavak*. To je vreme nastanka

prvih inkluzivnih, anti-opresivnih pristupa i modela. Oni su, za razliku od tradicionalnih pristupa, bili višedimenzionalni, tj. uključili su socijalne varijable u proces procenjivanja mentalnog zdravlja (Tenglandov model prihvatljivog opšteg zdravlja, Saludoginogeni model, Strukturirani model pozitivnog mentalnog zdravlja, Feministički model i dr.).

Zanemarivanje socijalnih determinanti zdravlja predstavlja, kako se ispostavilo, relevantan faktor povećanja rizika od mentalnih bolesti, što je direktno povezano sa problemom otežanog pristupa resursima s kojim se suočavaju pripadnici marginalnih grupa. Uvodjenje *politika mentalnog zdravlja koje su aktivno uključivale zajednicu* u proces destigmatizacije mentalno obolelih osoba predstavljalo je jedno od mogućih rešenja ovog problema. U oblasti socijalnog rada kreiraju se *indikator i merila* koji doprinose adekvatnijem tretmanu svih korisnika/korisnica. Istraživanja koja su sprovedena u ovoj oblasti podržala su hipotezu da faktori kao što su pounutreni rasizam, homofobija, konstantna izloženost nasilju, itd. povećavaju šanse za nastanak nastanak mentalnih poremećaja, te su pomenuti faktori prepoznati kao *nosiočirizika po mentalnu dobrobit*.

U oblasti *kritičkog socijalnog rada* dugo se raspravljalo o ovakvim i sličnim problemima. Otvorila su se pitanja *hijerarhija opresije* i načina na koji predrasude postaju nosioci značenja i temelji diskriminativnog odnosa prema onima koji su shvaćeni kao „dručkiji“. Uzroci nastanka predrasuda nalaze se, kako je ustanovljeno, u *desničarskoj autoritarnosti, orijentaciji socijalne dominacije*, određenim *kognitivnim dispozicijama* (npr. sa tendencijom da se razmišlja u kategorijama), *motivacionim faktorima* (npr. sa potrebom za samopotvrđivanjem), različitim *socijalnim faktorima* itd.

Pokret za mentalnu higijenu, osnovan početkom 20. veka, umnogome je doprineo daljem razvitku koncepata i praksi u oblasti mentalnog zdravlja. Iako je u početku focus bio na poboljšanju nege hospitalizovanih klijenata, kasnije je u prvi plan stavljen razvoj mera prevencije. Istraživanja sprovedena tokom 80-tih godina doprinela su boljem razumevanju pojma mentalnog zdravlja, koji počinje da se određuje u zavisnosti od kriterijuma kao što su pozitivne emocije, osobine ličnosti (psihološki resursi samopoštovanja i prihvatanje sebe), i kapaciteti za suočavanje s poteškoćama života. Nakon toga dolazi do razvoja brojnih pristupa i modela koji, između ostalog, doprinose boljem razumevanju pojma *pozitivnog mentalnog zdravlja* koji se postavlja kao kontrateža dotadašnjoj patologizaciji.

Opresiju možemo odrediti kao *stanje stvari* u okviru kog su životne šanse ljudi ograničene procesima koji to stanje kreiraju i održavaju, te se ona kontinuirano reprodukuje. Analizom uloga moći i jezika u oblasti mentalnog zdravlja (kroz primer *Lukasovog trodimenzionalnog modela moći* i *Fukoovog poststrukturalističkog shvatanja moći*) uvidelo se da bi drugačiji način njihove upotrebe mogao dovesti do smanjenja diskriminacije i nejednakosti u terapijskom odnosu. Putem jezika, odnosno njegovom upotrebom u sklopu različitih diskursa, *kreiraju se razlike između mentalno bolesnih i mentalno zdravih*, pri čemu diskurzivno označavanje osobe kao mentalno obolele implicira neophodnost njenog hospitalizovanja u mentalnim ustanovama. Putem različitih programa oporavka kreiran je *humanitarni, politički i finansijski pritisak* na donosioce odluka, čime je otvorena mogućnost za drugačiji način posmatranja klijenata kojima je aktivno pružana podrška u procesu njihovog oporavka i reintegrisanja u društvo.

Opresija se sprovodi putem *odbacivanja, isključivanja i nametanja osećaja inferiornosti*, čime se kod osoba izaziva osećaj neadekvatnosti i bespomoćnosti. Zbog toga je važno insistirati na tome da su opresija i diskriminacija prisutne u politikama mentalnog zdravlja, kako bi se stvorio osnov za uspostavljanje praksi koje im se suprotstavljaju. Problem diskriminacije je *potrebno analizirati dovodeći ga u vezu sa različitim kategorijama korisnika*, jer svest o specifičnim odlikama različitih diskriminiranih grupa umanjuje mogućnost nastanka opresije i suptilnih oblika diskriminacije u okviru terapijskog setinga. Pri analizi rasizma neophodno je razlikovati njegov eksplicitan i implicitan način ispoljavanja, kao i njegove institucionalne i vaninstitucionalne oblike. U okviru terapijskog rada potrebno je baviti se i pitanjima *internalizovanog rasizma, homofobije i seksizma* koji su prisutni kod pripadnika ugroženih grupa, budući da da pripadnici dominantnih klasa obično ne promišljaju o nepravednoj raspodeli resursa u društvu. I sami praktičari u oblasti psihoterapije i savetovanja najčešće pripadaju dominantnim društvenim klasama, te je nužno *edukovati ih i podsticati ih na samorefleksiju*.

Heteroseksizam i homofobija u oblasti mentalnog zdravlja perpetuiraju se pre svega kroz institucionalno definisanu heteronormativnost, koja kroz proces dijagnostifikovanja deluje na individualnom, interpersonalnom i političkom nivou. Neophodno je preispitati pretpostavke na kojima se zasnivaju koncepti *disejblizma* i *ejblizma* koji se baziraju na negativnim doživljajima invaliditeta, jer se tako stvara osnov za primenu afirmativnijih pristupa. Takvi pristupi podstiču

preuzimanje lične i socijalne odgovornosti (osobe s invaliditetom se često infantilizuju i depolitizuju, te je neophodno podržati ih u samostalnom odlučivanju), kao i uključivanje korisnika u kreiranje institucionalnih programa.

Fenomen stigmatizacije je star koliko i samo društvo, te su njegovi koreni izuzetno duboki. Reč je o intezivnoj i potencijalno veoma opasnoj pojavi, koja u svom pounutrenom obliku može delovati kao okidač za donošenje odluke o prestanku lečenja, pa i kao okidač za pokušaj suicida. Kako istraživanja pokazuju, 40% osoba kojima je dijagnostikovana šizofrenija je, zbog uticaja stigmatizacije, prekinulo započeto lečenje, a isti taj procenat osoba prestao je redovno da uzima prepisane antipsihotike (Regier et al. 1993; Cramer & Rosenbeck 1998). Uočavanje stigme i razvijanje aktivnih vidova otpora predstavljaju, stoga, *najzahtevnije i najvažnije zadatke u okviru antidiskriminativnog pristupa politikama mentalnog zdravlja*. Edukacija, direktan rad sa stigmatizovanim osobama (izlazak iz sigurne zone), organizovanje kampanja podrške, rad na podizanju nivoa svesti o ovoj negativnoj pojavi, predstavljaju neke od načina suprotstavljanja stigmatizaciji.

Umesto da deluju osnažujuće, tradicionalni modeli savetodavnog rada *perpetuiraju traidicionalne socijalne uloge* i održavaju predrasude, a to dodatno pogoršava stanje klijenata. Stoga je, pored opšte demokratizacije politika mentalnog zdravlja, zastupljen i trend razvoja specifičnih oblasti interesovanja, kao što su *rad sa ženama i seksualnim različitostima, rad sa osobama s invaliditetom i pripadnicima drugih manjinskih grupa itd.*, što otvara put sprovođenju savremenih inkluzivnih modela.

Razvoj feminističke teorije (naročito pojava trećeg talasa feminizma), kao i razvoj postmodernih i kvir teorijskih orijentacija stvorili su osnov za *kritiku osnovnih pretpostavki* na kojima su bila zasnovana dotadašnja empirijska istraživanja. Feministički orijentisana terapija nastala je kao odgovor na potrebu prevazilaženja seksizma i stereotipizacije žena u oblasti mentalnog zdravlja. Uporedo s tim, došlo je do razvoja rodno inkluzivne, feministički orijentisane teorije. Značajno je, u tom smislu, pomenuti Venštajnovu studiju pod nazivom „Psihološki konstrukt žene“ (Weisstein 1968; prema: Rosenwater & Walker 1985), u kojoj se obznanjuje da je psihologija zanemarila i isključila žene iz svog korpusa znanja. To postaje osnov za razvoj *feminističke psihologije* kojoj je cilj da preoblikuje psihologiju i transformiše je u nauku koja odražava stvarni život žena (Worell 2000; prema: Muray 2004).

Feministička psihološka teorija, kao osnov feminističke psihologije i psihoterapije, uvela je određene novine koje su artikulirane putem osnovnih feminističkih postulata - *inkluzivnosti, ravnopravnosti, priznavanja vrednosnih sistema, kao i zastupanja promena* – koji su poslužili kao temelj za kreiranje savremenih anti-opresivnih pristupa. Feministička terapija i radikalna feministička terapija oponiraju seksizmu i androcentričnosti psiholoških teorija, i podstiču uključivanje *rodnih aspekata u postojeće terapijske modalitete*, što vodi ka uspostavljanju novih, kvalitativno drukčijih kriterijuma. Radikalna feministička terapija je veoma delotvorna kada je reč o ohrabrivanju žena da se otvore prema važnim i osetljivim pitanjima, i daje zamajac za delovanje *grupa podrške i grupa samopomoći*. Ona sintetiše elemente različitih, blisko povezanih teorijskih pristupa (antipsihijatrije, strukturalizma, telesne psihoterapije i transakcione analize), fokusirajući se na analizu društvenih mehanizama represije koji negativno utiču na žene.

Jedan od originalnih feminističkih modela - *model ritma* - akcentuje praćenje ritma života i životnih ciklusa, pri čemu klijentkinje stiču sposobnost da prepoznaju skrivene hijerarhijske odnose kojih su i same deo. Njega karakterišu sledeće faze u razvoju identiteta žene: *izgradnja poverenja (faza majčinske nege), identifikovanje tema –odvajanje opozita (nakon uspostavljanja terapijskog saveza radi se na otkrivanju skrivenih hijerarhija, kako bi se identifikovali misaoni obrasci koji oblikuju ponašanje klijentkinje), istraživanje prošlosti (razumevanje opozita i unutrašnjih hijerarhija), razrešenje unutrašnjih hijerarhija i prihvatanje ambivalencije (prihvatanje opozita), kreiranje promena, život sa opozitima (od momenta kada prepozna da su sve životne uloge socijalno kontruisane, bazirane na sistemu opozitnih parova, klijentkinja je u stanju da prihvati nove društvene uloge, pristupajući sopstvenim neosvešćenim ili potisnutim željama)* (Lago & Smith 2003).

Zahvaljujući teorijskim i metodološkim promenama, a pre svega zahvaljujući uvodjenju rodno senzitivnog načina interpretiranja tehnika i intervencija, sve je manje prostora za neadekvatno tretiranje žena u oblasti mentalnog zdravlja. Proces integrisanja postojećih modaliteta sa feminističkom psihoterapijom može se odvijati u više pravaca, između ostalog i putem jačanja kapaciteta i rezilijentnosti žena, kroz rad na pitanjima i problemima koji se vezuju za identitet i reparaciju trauma, prevencijom retraumatizacije, sprečavanjem burnout-a itd. Jedan od važnijih doprinosa feminističkog pristupa ogleda se i u tome što on podstiče povezivanje društvenog aktivizma sa radom na sebi, odnosno insistira na vezi između ličnog oporavka i

pružanja pomoći drugima. Aktivističko delovanje, koje je usmereno na pružanje podrške osobama koje su preživele nasilje, zasniva se na *pružanju podrške žrtvama, zagovaranju njihovih prava, prevenciji lobiranja i nasilja*. Nakon prvobitne *faze oporavka* i adekvatanog treninga, osoba koja je preživela nasilje se može uključiti u preventivni ili terapijski rad s osobama koje su prošle kroz sličnu vrstu iskustva.

Pitanja i problemi u vezi sa *seksualnim različitostima* neodvojiva su od analize *heteroseksizma i heteronormativnosti* koji deluju kroz odbijanje terapeuta da uoči, prihvati ili adekvatno pristupi pitanjima manjinskog seksualnog opredeljenja, bilo aktivnim izbegavanjem ili suptilnim i pasivnim otporom. S obzirom na to da prikriveni seksizam i različiti oblici averzija prema seksualnim različitostima ugrožavaju terapijski rad i stvaraju različite oblike emotivnih, kognitivnih i bihejvioralnih malfunkcija, praktičari *LGBT afirmativnog pristupa* se zalažu za dekonstruisanje ovih štetnih pojava kroz afirmaciju *ličnog izbora* i putem intenzivnog rada na *pounutrenoj opresiji*.

Od 70-tih godina do danas formirano je više modela kreiranja lgbt identiteta, medju kojima se posebno ističu *model formacije homoseksualnog identiteta (Cass 1979)*, *Fasingerov inkluzivni model formiranja lezbejskog i gej identiteta*, na čijim osnovama se grade LGBT afirmativne prakse. U okviru Fasingerovog pristupa izdvojene su sledeće faze: *osveščivanje, ekspoloracija, produblivanje i posvećenost, internalizacija i sinteza* izgradnje LGBT identiteta. Prvobitno osveščivanje sopstvene seksualnosti obično dovodi do pojave ljutnje i povređenosti, usled prepoznavanja opresije i pritiska na konformiranje u odnosu na heteroseksističke standarde, ali se taj osećaj daljim terapijskim radom preobražava u pozitivno uzbuđenje, usled otkrivanja jednog novog (svog) sveta, kome individua oseća da pripada. U fazi *produblivanja i posvećenosti* dolazi do samospoznaje. U poslednjoj fazi dolazi do potpunog prihvatanja sopstvene seksualnosti, koja biva integrisana s drugim aspektima ličnosti. Time se omogućava prestanak samopreziranja, te se kod osobe javlja osećaj ispunjenosti, nakon čega ona može da stupi u interakciju s drugima ma kakva da je njihova seksualna orijentacija (Cohran 2003).

Pred terapeute se, izmedju ostalog, postavlja zahtev da se upoznaju s načinima na koje seksualno opredeljenje klijenta utiče na druge aspekte njegove/njene ličnosti. Terapeut treba da utvrdi na koji način klijent/klijentkinja konstruiše sopstvenu rodnu pripadnost, i da li, i u kojoj meri zabrane na *vidljivost i postojanje* i pounutrene negativne poruke utiču na njega/nju (ove

faktore je posebno važno razumeti u kontekstu dijagnostikovanja depresivnih stanja, suicidalnosti, sociopatije). Svaka kategorija, u okviru šire grupe seksualnih različitosti, ima svoje specifične odlike. Njih je neophodno razumeti kako bi rad sa klijentima bio adekvatan i osnažujući.

Pritisak koji se vrši na biseksualne osobe *da se opredele za jedan pol* proističe iz heteronormativa, koji se transponuju u oblast analize njihovog izbora. Lezbejke predstavljaju posebno ranjivu grupu jer su izložene dvostrukoj diskriminaciji - kao žene i kao osobe koje imaju homoseksualno opredeljenje. Lezbejski odnosi se posmatraju u okviru heteroseksualnog modela, pri čemu je prisutna tendencija patologiziranja ženskog tipa bliskosti. Tokom same terapije, potrebno je usredsrediti pažnju i na internalizovanu homofobiju, bez obzira na inicijalni problem zbog kog je klijentkinja-lezbejka došla na terapiju. Mlade LGBT osobe su u posebno vulnerabilnoj poziciji, kako pokazuju savremena istraživanja, te se za savetodavni rad sa ovom kategorijom klijenata iznose preporuke koje obuhvataju čitav spektar problema: od *kreiranja sigurne sredine i pružanja aktivne podrške u procesu razotkrivanja*, do *procenjivanja kapaciteta klijenata* i ispitivanja mogućnosti stvaranja mreže podrške. Terapeuti/savetnici koji rade sa LGBT subgrupom treba da poseduju i dodatna znanja, tj. da poznaju: a) terminologiju koju oni koriste (njihov sleng); b) demografske karakteristike grupe i njenu unutrašnju dinamiku; c) važne datume u istoriji LGBT pokreta; d) znanje o tome kako se primenjuju *coming out* modeli.

Faktori koji određuju rezilijentnost *transrodnih osoba* su: *stvaranje samogenerisane definicije rodnog identiteta, samovrednovanje, svest o opresiji, povezanost sa suportativnom socijalnom mrežom i održavanje nade u bolje sutra* (Singh, Hays & Watson 2011). S obzirom na to da je trans-fobija prisutna svugde u svetu, i da transrodne osobe često izbegavaju odlazak kod psihoterapeuta, javila se potreba da se oformi pristup koji bi pružio adekvatniju pomoć korisnicima, naročito onima koji su u periodu tranzicije. *Transpozitivni pristup – pristuporijentisan spram klijenata* je, kako procenjuju i stručnjaci i korisnici, jedini koji klijentima omogućava da samostalno donose odluke o toku terapije i dinamici samog terapijskog procesa. *Preporuke terapeutima u primeni ovog pristupa su sledeće:*

-Terapeut/terapeutkinja treba da bude radoznao/la, ali i da vodi računa da to ne pređe u voajerizam;

-Treba da deluje kao agens značenja (i promene);

- Treba da preispituje sopstvene rodne pozicije, ali i da vodi računa o kontratransferu;
- Treba da pažljivo sasluša klijenta, kako bi se izbegla mogućnost pogrešnih interpretacija, verbalno neadekvatnih formulacija ili izolovanja (Ansara 2010; Benson 2013; prema Loue 2013).

Iako ne pretenduje da postane zaleđe neke nove terapijske prakse, *kvir pristup* u terapijskom radu nudi mnoštvo novina i smernica, koji se mogu dalje razvijati kroz integrisanje postmodernih teorija i psihoterapije. Preporuke koje proističu iz terapijskog rada sa klijentima kvir orijentacije suštinski se ne razlikuju od preporuka proisteklih iz rada s pripadnicima LGBT grupe, jer je reč o *inkluzivnim, afirmativnim praksama i pristupima*, koji pre svega vrednuju *osobeni izraz, izbor i fluidnost samoodređenja klijenta/klijentkinje*, prateći njihove lične potrebe.

Kada je reč o *rasnim različitostima*, od praktičara se očekuje da razumeju mehanizme pounutrenog rasizma koji se zasnivaju na reprodukovanju *belačkih rasističkih shvatanja, hijerarhija ikolonijalnih odnosa* (Agoro 2011), ali i da preduprede pojavu diskriminacije u terapijskom procesu. Faktor boje kože, kako istraživanja pokazuju, ima veliki uticaj na uspostavljanje dijagnoze i određivanje tretmana. Utvrđeno je, naime, da je hospitalizacija osoba afroameričkog porekla za polovinu veća nego što je to slučaj sa ostalim rasama (Jarvis 1986, 12), dok je frekventnost dijagnostikovanja šizofrenije i do 14 puta češća (Cohran 2003). *Antirasistička praksa* i adekvatan etički i savetodavni pristup omogućavaju klijentima da izgrade svoje lične rasne identitete.

Antirasistička psihoterapijska praksa treba da bude vođena specifičnostima ciljne grupe, odnosno njihovim kulturološkim odlikama, uz svest o specifičnim društvenim uslovima koji dovode do opresije. Da bi ovakva vrsta prakse bila uspešna, moramo se dotaći *analize rasizma kroz strukturno razumevanje društva*, i to na osnovu *sadržaja koje nam sami klijenti iznose*, pri čemu treba zauzeti *kritički stav u odnosu na etnocentrizam i rasizam*. U toku samog rada, terapeut treba da imaju u vidu da način na koji se interpretiraju značajne teme u kontekstu psihoterapijskog tretmana, pa i sam njegov seting, proističu iz sistema vrednosti pripadnika belačke većine. Najvažnije preporuke za obavljanje antirasističke prakse odnose se na same terapeute, od kojih se očekuje da *poštuju druge kulture* i da prevaziđu vlastite kulturne barijere. Neophodno je da terapeuti budu dobro *informisani o „drugima“* kako bi mogli da osveste sopstvene predrasude i stereotipe. Oni bi trebalo da budu otvoreni i za mogućnost promene vlastitog identiteta kroz dugotrajan rad na sebi, jer vrednosni sistem samog terapeuta može

predstavljati jednu od instanci koje zadržavaju klijenta u stanju samoodbacivanja. Od klijenta se očekuje da uz pomoć terapeuta *uspostavi balans između svog unutrašnjeg sveta i sveta koji ga okružuje*. Na njemu/njoj je da odabere na koji način, odn. *iz kog aspekta svog identiteta će započeti komunikaciju s terapeutom*, jer svaka individua na sebi svojstven način pozicionira kategoriju rase unutar sopstvenog identitetskog okvira (Lipsky 1998).

Pripadnici *niže i niže srednje klase* ograničeni su u finansijskom smislu, i izloženi su terapijskom postupku koji previđa i zanemaruje faktor klasne pripadnosti. Terapeuti koji nisu u dovoljnoj meri samorefleksivni, skloni su, s druge strane, da probleme s kojima se njihovi klijenti suočavaju posmatraju kroz prizmu *vrednosnih stavova i normi* karakterističnih za klasu kojoj sami pripadaju. Ukoliko terapeuti ne prepoznaju značaj klasnih razlika, odnosno propuste da tu vrstu razlika preispituju kroz terapijsku praksu, rad sa klijentima, edukantima i grupama može vrlo lako postati proces u kom terapeut *učitava značenje u te sadržaje*. Time se reprodukuje odnos moći između terapeuta i klijenta, koji je i inače od početka prisutan, a terapija gubi izgled da uspe jer nema mogućnosti i uslova da se izgradi konstruktivan terapijski savez (Hargaden & Summers 2000). Da bi se klasno inkluzivno promišljanje uključilo u terapijski process neophodno je uspostaviti *razumljiv komunikacijski kod* (terapeuti treba da izbegavaju upotrebu klasno obojenih fraza i floskula) i *adekvatan i neutralan seting*, kao i imati *svest o tome da je rizično učitati klasno obojen vrednosni sistem u odabiranje relevantnog materijala za interpretaciju*. Ovakav pristup je relevantan i kad je reč o uspostavljanju adekvatnog edukativnog setinga, jer je edukativni proces povezan sa socijalnim, pa samim tim i klasnim normama.

Slične preporuke se daju i kada je reč o *radu s klijentima različitih religijskih opredeljenja*, posebno stoga što je uočeno da terapeuti često nemaju ni dovoljno znanja ni dovoljno tolerancije kada je reč o pitanjima i problemima koji se nameću u okviru te oblasti. Upravo iz tog razloga razvijani su inkluzivni pristupi u sklopu kojih se posebna pažnja obraća na religijsko opredeljenje klijenata. U njima je stavljen naglasak na *umanjivanje štete i unapređivanje terapijskih faktora*, pri čemu se ima u vidu referentni okvir samog klijenta/klijentkinje, a posebno njihova/njena religijska orijentacija. Treba posvetiti pažnju analizi konteksta u kom klijenti prihvataju određeni religijski sistem, jer bilo koja vrsta neupućenosti ili skrivenog otpora terapeuta može izazvati brojne prepreke i probleme u okviru terapijskog rada. Kada su u pitanju religiozne osobe generalno, a posebno kad je reč o

klijentima/edukantima čije se religijsko opredeljenje razlikuje od većinskog, neophodno je ispoštovati njihove potrebe i vrednosti. U tom smislu, preporučuje se upotreba egzistencijalističkog terapijskog okvira koji stavlja naglasak upravo na *prepoznavanje potreba klijenata, artikulisanje tih potreba, i jačanje kapaciteta klijenata*.

Tokom terapijskog procesa, treba imati u vidu da su kultura i religija međusobno isprepletane, ali i da ih ne bi trebalo izjednačavati. Naime, jedna ista religija može se praktikovati na *različite načine*, u zavisnosti od toga o kom kulturnom kontekstu govorimo (stavovi klijenata prema abortusu, braku ili porodici neka su od veoma važnih pitanja o kojima terapeut treba da sakupi dovoljno informacija pre započinjanja terapijskog procesa). Važno je pozabaviti se kontekstom recepcije određene religije koji je uvek individualan, pri čemu klijenta ne bi trebalo tretirati kao “tipičnog vernika” određene religije, jer se to može doživeti kao vid odbacivanja (Worington 1989).

Pitanje hijerarhije među subkategorijama manjinskih grupavažnije, baru okviru psihoterapije, sagledati u okvirima *reprezentacije, prezentacije i interpretacije* identiteta u procesu terapijskog rada. Iako je neophodno pozabaviti se svim aspektima identiteta klijenata, nije neophodno da se oni upućuju na rad s različitim vrstama stručnjaka (u zavisnosti od toga da li je, u tom trenutku, potrebno preispitati LGBT identitet klijenta, njegov rasni identitet ili, pak, njegov identitet osobe sa invaliditetom), već je najbolje pristupiti im kao celovitim osobama koje su ranjive na više nivoa. Takođe treba imati u vidu da preuranjeno otvaranje potencijalno može biti opasno (isto važi i za preuranjeni coming out-a), ukoliko prethodno nismo radili na osnaživanju klijenta i prepoznali koji nam od rezilijentnijih elemenata mogu poslužiti kao uporište u radu. Terapeuti bi, na osnovu sopstvenih znanja i iskustava, trebalo da prepoznaju kada je za klijenta najbolje da se zadrži u granicama svog kulturno uslovljenog identiteta. Ukoliko bismo dekonstruisali kulturni identitet klijenta i usredsredili se na odvojena identitetska pitanja rase, klase ili seksualne orijentacije, klijent bi mogao ostati bez podloge. Stoga se terapeutima koji se pri radu suočavaju sa složenošću identitetskih kategorija preporučuje da kreiraju *individualne mape osetljivosti identiteta*. Onemogu služiti kao neka vrsta putokaza za bezbedniji terapijski proces.

U okviru sistema mentalnog zdravlja, pojedine grupe, koje su i inače ugrožene usled postojanja akutnih ili trajnih poteškoća, dodatno se patologiziraju, što održava njihov *status quo*,

ili čak dovodi do pogoršanja njihovog stanja. Postoji tendencija da se pripadnici/pripadnice određenih grupa (poput osoba s invaliditetom, izbeglica, bivših korisnika institucionalnih oblika pomoći i dr.) doživljavaju kao *menatno osetljiviji (labilniji) nego što to nužno jesu*, čime im se potencijalno oduzima moć samostalnog oporavka. Osobe s invaliditetom se najčešće patologiziraju usled stereotipa koji o njima vladaju, a koji su institucionalizovani kroz *modele invalidnosti*. S druge strane, prihvatanjem modela *rezilijentnosti* sa društva se skida svaka vrsta odgovornosti za situaciju u kojoj se oni nalaze. Pri radu sa klijentima iz ove kategorije potrebno je, pre svega, *prepoznati njihov kapacitet*, izaći iz jednodimenzionalnog okvira procene njihovog stanja (potrebno je, drugim rečima, razdvojiti invaliditet od same osobe, ili, kada je reč o izbeglicama, ne polaziti *a priori* od pretpostavke da oni, zbog iskustva koje prolaze, svakako moraju biti depresivni), i modifikovati pristup *dijagnostifikovanju i tretiranju* problema s kojima se oni suočavaju.

Kada su u pitanju osobe s invaliditetom, treba imati u vidu da institucije predstavljaju ključne izvore i nosioce opresije, te u radu iznosim preporuke za institucionalno reformisanje formi podrške i pomoći. Invaliditet se najčešće posmatra kroz prizmu medicinskog i individualističkog pristupa. Oba ova pristupa su neadekvatni jer se fokusiraju na nedostatke klijenata koji se stavljaju u istu ravan sa pojmom bolesti. Reč je, zapravo, o duboko patologizirajućim pristupima koji nanose štetu osobama sa invaliditetom. S druge strane, tzv. *dualni model* omogućava *razumevanje*, jer se zasniva *na znanju o specifičnoj vrsti iskustva* osoba sa invaliditetom. U okviru ovog modela njihova „različitost“ se *ne validira*, a njihovom iskustvu se pristupa na vrednosno neutralan način.

Da bi primena anti-invalidnog pristupa bila uspešna neophodno je znati koje se *vrste barijera* postavljaju u radu sa ovom kategorijom klijenata: *fizički seting*, *stereotipiziranje problema*, *generalizacija iskustva invaliditeta* i nametanje pretpostavke o proživljavanju *stalnog gubitka (nedostatka)* koji se odražava na sve aspekte njihovog života. *Model invalidne afirmativnosti*, čijom se primenom pomenute barijere mogu prevazići, invaliditet tretira kao informaciju na osnovu koje je moguće konceptualizovati način rada s određenom osobom. Stoga je jedna od njegovih ključnih karakteristika *traganje za načinom na koji klijent shvata sopstvenu invalidnost*. Neophodno je u terapijski proces uključiti i analizu rodnih odnosa, jer problem invaliditeta treba tretirati u zavisnosti od pola/roda osobe sa invaliditetom (preporučuje se da se kod žena stavi akcenat na pitanja seksualnosti i majčinstva, a kod muškaraca na pitanja

autonomije i maskuliniteta). Bilo o kojoj kategoriji klijenata da je reč, pitanje osvajanja političkih prava treba tretirati kao *terapijsko pitanje*, jer se na taj način klijentima vraća moć da donose odluke o svom životu.

Kada su u pitanju izbeglice, migranti ili raseljena lica, pri dijagnostifikovanju sepolazi od pretpostavke da je pomenutim kategorijama neophodna terapija, te im se ona često nameće i protiv njihove volje. Time terapijski kontekst neminovno postaje *prostor neravnopravnosti* u kom se klijentima oduzima moć inicijative, a poteškoće koje se javljaju tokom terapije automatski se tumače kao njihovi “simptomi”. Pri radu s ovom kategorijom klijenata preporučuje se primena *klijentocentričnog pristupa*. On isključuje mogućnost projektovanja dominantnih kulturnih normi, jezika i značenja, što se tumači kao oblik *ponovljene kolonizacije*. Da bi se ovaj pristup uspešno praktikovao potrebno je prepoznati *slepe mrlje* koje nastaju kulturno obojenom selekcijom materijala; u protivnom, zanemarujemo ogromno polje neistraženog iskustva klijenata.

Prema Mileru, ukoliko bi klinička istraživanja bila zamenjena *inicijativama na nivou lokalnih zajednica*, izbeglice i migranti bi stekli osećaj prihvaćenosti i razumevanja, nasuprot prevalentnoj medicinsko-psihijatrijskoj praksi koja kod njih izaziva strah i otpor (Miller 2004). Predlaže se uvođenje tzv. *ekološke perspektive* koja podrazumeva *korišćenje resursa zajednice, povezivanje praksi (koje su bazirane na rezultatima istraživanja) i istraživanja (koja su bazirana na iskustvima iz prakse)*, kao i *kulturno senzitivnan model savetovanja* koji uključuje *saradnju sa društvenom zajednicom* kojoj klijenti pripadaju.

Koraci koji bi doprineli adekvatnijem modelu rada su sledeći:

1. *Precizno utvrđivanje stepena disproporcije (disonanci) jezičkih i kulturnih odlika klijenta u odnosu na odlike pripadnika dominantne culture;*
2. *Korišćenje revidiranih, kulturno senzitivnijih verzija testovnih materijala;*
3. *Uključivanje kulturnih varijabli u sve faze procesa psihološkog procenjivanja i shvatanje kulture kao dinamične i procesualne kategorije;*
4. *Posedovanje podataka o ličnoj i porodičnoj istoriji klijenata;*
5. *Saradnja sa društvenom zajednicom (organizacijom) kojoj klijent pripada, kao i sa članovima njegove šire ili uže porodice;*
6. *Inkorporiranje principa socijalne pravde u sistem pružanja usluga* (Dana 2005).

Bivši pacijenti ustanova mentalnog zdravlja predstavljaju društvenu kategoriju koja je najizloženija stigmatizaciji, te se smatra da je kod njih prisutan i najveći stepen vulnerabilnosti. Rađanje ideje o oporavku, kao i uviđanje neophodnosti mobilisanja lokalne zajednice - naročito kroz organizacije korisnika koji predstavljaju važne pokretače pozitivnih promena - usloveli su promene u njihovom položaju. Pozitivni primeri u praksi ukazuju na to da je neophodno da sami korisnici unapredjuju kvalitet rada kroz uvodjenje grupa samopomoći ili, pak, kroz uvodjenje novih aktivnosti u već postojeće programe. Razvijanje modela uključivanja zajednice pokazuje da participacija i inkluzija, ukoliko se sprovode na adekvatan način, poseduju moć da na pozitivan način transformišu društvenu realnost. Modeli koji su doprineli destigmatizaciji bivših korisnika psihijatrijskih usluga su: a) klinički model, koji se zasniva na sistemu obnavljanja kapaciteta; b) socijalni model, u okviru kog se oporavak shvata kao proces i "meri" se u skladu sa načinom samoodređenja osobe, kao i u skladu sa stepenom njene uključenosti u život zajednice; c) model tempa, koji se bazira na pretpostavci da se klijenti mogu oporaviti i od najtežih psihijatrijskih problema ako im se pruži adekvatna podrška.

Proces edukacije i supervizije bi trebalo, i to u mnogo većoj meri nego što je to slučaj sa većinom institucionalnih i vaninstitucionalnih programa, da uključuje pitanja i probleme koji se nameću u vezi sa kategorijama rase, klase, roda i invaliditeta. Neophodno je i da edukativni programi uključuju analizu strukturne opresije i njenih političkih uzroka, kao i analizu koncepta kolaborativne (kooperativne) moći. Najvažnija pitanja koja obuhvata antiopresivni i rodno inkluzivni pristup su sledeća: a) *Tretiranje problema moći u psihoterapijskom savezu, što uključuje i rad na uspostavljanju odnosa poverenja i ravnopravnosti s klijentima;* b) *Neophodnost dubljeg (autentičnog) uvažavanja različitih vrednosnih sistema;* c) *Prepoznavanja potreba klijenata, razumevanje drugačijih jezika i prepoznavanje tipa otpora karakterističnih za određene grupe.*

Proces supervizije je takođe važan deo učenja, ali je usklađen sa ovim pristupom samo ukoliko uvažava autonomiju i različite sisteme vrednosti supervizanata i ako im omogućava da osveste sopstvene stavove, predrasude i dileme o ljudima sa kojima će raditi. Supervizija je političan proces, kao što je to i terapija, a zadatak supervizanta je da tokom terapijskog procesa otvara pitanja jednakosti i moći, kao i da promišlja o mogućnostima primenljivosti tradicionalnih modela. Od krucijalne je važnosti, kako to ističe Rodžers, da budući psihoterapeuti i savetnici imaju znanja o ljudima koji dolaze iz drugačijeg kulturnog i socijalnog miljea, kao i iskustva u

radu sa njima. Posedovanje takve vrste znanja i iskustva utire put suštinskim promenama koje se odražavaju na uže (porodica, prijatelji) i šire okruženje (društvo u celini). Na ovaj način razvija se empatija ili duboko razumevanje, u ovom slučaju za one koji su drugačiji od većine (Rogers 1957).

Veoma je važno u terapijski proces uključiti i rodnu dimenziju. Ona se može implementirati putem pristupa i modela kao što su: a) *feministički pristup*, koji akcentuje kolaboraciju; b) *model integrisane supervizije*, koji fluktuiru između *terapije, učenja i lične razmene*; c) *trodimenzionalni model*, koji se zasniva na postojanju opštih principa koji određuju svaku individuu *kao posebnu i osobenu, kao deo određene grupe i kao deo celine ljudskog roda*. U okviru prakse koja je zasnovana na trodimenzionalnom modelu klijentkinje su percipirane simultano na tri nivoa: kao *jedinstvene osobe* (svaka od klijentkinja poseduje kvalitete i karakteristike po kojima se razlikuje od svih drugih), *kao žene koje imaju određeni broj zajedničkih karakteristika se drugim ženama* (u tom smislu, za njih se može reći da su “kao pojedine žene”), i *kao žene koje dele izvesne zajedničke karakteristike sa ljudima uopšte* (u tom smislu, one su “nalik svim drugim ljudima”).

Pristup *integrisane supervizije i relaciono-kulturološki pristup (RKP)* usmereni su na pitanja moći i različitosti, s tom razlikom što se RKP fokusira na način na koji individue doživljavaju međusobnu različitost. Ovaj pristup integriše određene feminističke principe kao što su *ideja otvorenosti* (nedefanzivni stav), *refleksivni dijalog* i *samootkrivanje*. Pored pomenutih, treba pomenuti i pristup *zamišljene jednakosti, feministički pristup*, kao i *pristup akcione supervizije* koji omogućava klijentima da steknu uvide upotrebom scene i akcionih tehnika. Veoma je važno da se u terapijskom radu koriste tehnike i metode koje omogućavaju dekonstruisanje stereoptipa i predrasuda i konstantno preispitivanje utvrđenih obrazaca mišljenja i ponašanja.

Na osnovu svega što je rečeno može se zaključiti da različiti terapijski pristupi i modeli, uprkos brojnim međusobnim razlikama, treba da imaju jednu zajedničku karakteristiku, a to je upravo insistiranje na anti-diskriminativnoj i rodno inkluzivnoj praksi u psihoterapiji i savetovanju. U takvu vrstu pristupa spada i *rodno inkluzivna antiopresivna psihoterapijska praksa razvijanja ličnih kapaciteta*, bilo da se ona primenjuje u individualnom radu, ili pak u integrativnom psihodramskom grupnom radu, savetovanju i superviziji. Ovaj pristup se koristi u psihoterapijskom i edukativnom radu s klijentima i edukantima i integriše različite vrste

teorijskih i metodoloških pretpostvki. On se, pre svega, zasniva na *feminističkoj psihologiji i terapijskom pristupu* i na *egzistencijalističkoj psihoterapiji*. Budući da se egzistencijalistička psihoterapija, kao i psihodrama, zasniva na egzistencijalističkoj filozofiji, u pristup je uključena i *psihodramska teorija uloga*.

Kroz *teoriju uloga*, koja se fokusira na oslobađanje od neadekvatnih, stereotipnih obrazaca ponašanja, otvaraju se pitanja kulturno nametnutih konstrukata. Psihodramske tehnike pokazale su se kao veoma zahvalne prilikom *prorade feminističkih koncepata o društveno usvojenim rodnim ulogama*. One proističu iz socijalnog pritiska, i kao takve potpadaju pod koncept tzv. kulturne konzerve. *Pristup koji integriše psihodramu sa drugim modalitetima*, kao što su TA i sistemska porodična terapija, omogućava da se na psihodramskoj sceni radi na transgeneracijskim porukama (zabranama, dozvolama), emocijama i životnom skriptu, dok integracija psihodrame s *art-ekspresivnim tehnikama* omogućava kreativno ispoljavanje emocija bez verbalizacije, lakše uspostavljanje kontakta sa nesvesnim delom psihe klijenata, kao i mekši prelaz na zahtevnije teme u okviru rada s grupom (izražavanje konfliktnih emocija i separacija, rad na trauma). U tehnike koje se mogu koristiti za ekspolarciju rodnih identiteta spadaju i *dekonstrukcija bajki, rodno mapiranje, transgeneracijski album s fotografijama* i druge.

U proces supervizije treba uključiti sledeće elemente:

-Osvrt na *društveno-političku dimenziju* i elaboriranje rodne, rasne i klasne dimenzije iznetog slučaja, bilo da je reč o individualnom ili grupnom radu;

- Osvrt na *egzistencijalistička pitanja*;

-Korišćenje akcionih tehnika, ulazak u ulogu klijenta i razumevanje njegovog/njenog otpora i emocija, rad na zajedničkim temama i transfernim osećanjima; ukoliko je u pitanju grupna supervizija, odigravanje problemske situacije na sceni uz pomoć drugih supervizanata;

-Pitanja za supervizora - pojašnjavanje konteksta (socijalnog i ličnog), u okviru kog se rad odvija, feedback na susret (da li je, i u kojoj meri bio adekvatan i odgovarajući, po mišljenju supervizanata);

-Evaluiranje individualnog iskustva klijenta, člana grupe, u odnosu na širi kontekst njegovog/njenog terapijskog procesa, kao i na širi društveni kontekst.

Preporuke za dalji razvoj u ovoj oblasti

Smatram, pre svega, da treba podsticati istraživače da proučavaju *teorijske i praktične aspekte unapređenja psihoterapije i politika mentalnog zdravlja*, pri čemu im predloženi razvoj njenih antidiskriminativnih i inkluzivnih praksi može, po mom mišljenju, biti od velike koristi. Ova oblast nije dovoljno istražena, te je neophodno kreirati povoljno društveno okruženje u kom se može raditi na unapređivanju stavova, određenja, pristupa, metoda i intervencija koji se s njom mogu dovesti u vezu.

Dalji razvoj teorije i prakse u ovoj oblasti uslovljen je, dakle, *brojem i kvalitetom budućih istraživanja*. Ona bi trebalo da pruže osnov za integrisanje principa antiopresivnosti, antidiskriminativnosti i rodne inkluzivnosti u mejnstrim psihoterapije i savetovanja. Reč o dugoročnom procesu, koji, osim što zahteva zalaganje istraživača različitih disciplinarnih provenijencija, podrazumeva i interdisciplinarnu i međusektorsku saradnju. Stoga treba predložiti mere koje bi kroz *zajedničko formulisanje strategija dovele do unapređenja politika mentalnog zdravlja*, pri čemu treba pre svega imati u vidu tretman pripadnika manjinskih (diskriminisanih) grupa. Kako bi se ti ciljevi ostvarili neophodno je delovati na više nivoa: **politički** (kroz *mere afirmativne akcije*), **putem kontinuirane i sistematske edukacije** (kroz *kritičku evaluaciju dosadašnjih pristupa i njihovo unapređenje*) i **praktično** (kroz *promovisanje predloženih pristupa i metoda* koji u praksi omogućavaju *adekvatniji položaj* svih aktera u sistemu zdravstvene zaštite, i njihovu ravnopravnost).

Smatram da oblast antidiskriminativnog i rodno inkluzivnog pristupa i prakse treba koncipirati i izgraditi kao polje saradnje stručnjaka *različitih disciplinarnih zaledja*. Oni bi, osim što se bave naučno-istraživačkim radom, trebalo da deluju i kao **relevantni društveni akteri** u svojim oblastima. Adekvatna saradnja podrazumevala bi *temeljno planiranje, dobre partnerske odnose, otvorenost za različita vidjenja problema, konstantno unapređivanje načina odlučivanja, kao i dalju demokratizaciju pristupa*. Praksa svakodnevnog promovisanja antiopresivnog, antidiskriminativnog i rodno inkluzivnog pristupa u oblasti mentalnog zdravlja omogućiće povećanje kapaciteta institucija, grupa i pojedinaca/pojedinki, aktivno učešće zajednice, kao i egalitarnu i demokratsku formu edukovanja i supervizije. Ovakve promene će svakako usloviti efikasnost u pružanju otpora stigmatizaciji i umanjiti odnose nejednakosti između aktera u procesu psihoterapije i savetovanja.

SPISAK KORIŠĆENE LITERATURE:

Aberson, C. L., Healy, M., & Romero, V. (2000). Ingroup bias and self-esteem: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 157-173.

Aboud, F. (1988). *Children and prejudice*. Oxford, England: Basil Blackwell.

Aboud, F. E., & Levy, S. R. (2000). Interventions to reduce prejudice and discrimination in children and adolescents. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 269-293). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Acharyya, S. (1996) 'Practicing Cultural Psychiatry: The Doctor's Dilemma' in Heller, T. et al., (eds), *Mental Health Matters-A Reader*. Buckingham.

Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper & Brothers.

Agel, Jerome (1971). *The Radical Therapist*, Ballantine Books, New York.

Albrecht GL, Seelman KD, Bury M. Handbook of disabilities studies. Sage; Thousand Oaks: 2001.

Ali, R. M. (2014) A transpositive approach to the therapy with transgender clients: An Exploration Of Therapists' Subjective Experiences. *Electronic Thesys and Dissertation repository paper*

Alkire S. *Valuing freedoms*. (2002) Oxford; New York

Allen, V. L., & Wilder, D. A. (1975). Categorization, belief similarity, and intergroup discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 971-977.

Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Altemeyer, B. (1981). *Right-wing authoritarianism*. Winnipeg, CA: University of Manitoba Press.

Altemeyer, B. (1996). *The authoritarian specter*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Alternative psihijatriji (Materijali sa međunarodnog skupa *Psihijatrija i društvo*, održanog u Beogradu 1-7. 12. 1983, Beograd, 1986.

American Psychological Association (2002). „Ethical principles of psychologists and code of conduct“. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.

American Psychological Association (APA) online <http://www.apa.org/pi/lgbc/guidelines.html>

- Amering, M., Schmolge, A. (2009). *Recovery in Mental Health: Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Wiley-Blackwell Ltd.
- Anderson, Harleene (2008). *Conversation, Language, and Possibilities: A Postmodern Approach to Therapy*. Basic books
- Anthony, W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993;16:11.
- Apagniesi, L. (2008). *Mad, Bad and Sad: A History of Women and Mind Doctors from 1800 to the Present*, Virago press, London.
- Arendt, H. (1969). *Speculations of Violence*, *The New York Review of Books*, XII, 4/1969.
- Armstead, C. A., Lawler, K. A., Gorden, G., Cross, J., & Gibbons, J. (1989). Relationship of racial stressors to blood pressure responses and anger expression in Black college students. *Health Psychology*, 8, 541-556.
- Aronson, E., & Bridgeman, D. (1979). Jigsaw groups and the desegregated classroom: In pursuit of common goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 438-446.
- Aronson, J., Fried, C. B., & Good, C. (2002). Reducing the effects of stereotype threat on African American college students by shaping theories of intelligence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 113-125.
- Asher, J. (1975). Sex Biases Found in the Therapy, *American Psychiatric Association Monitor*, No. 1.
- Ashmore, R. D., & Del Boca, F. K. (1981). Conceptual approaches to stereotypes and stereotyping. In D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (pp. 1-35). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Autonomni ženski centar (2005). *Nasilje u partnerskim odnosima i zdravlje*, AŽC, Beograd
- Babcock, A. Barbara (1987). Taking Liberties, Writing from the Margins, and Doing It with a Difference, *Journal of American Folklore* (October-December 1987), 100 (398): 394-409.
- Babić-Avdispahić, Jasminka (2008). Feminizam, etika i politika, *Forum Bosne* 26/2008.
- Bachrach, Peter, Baratz, S. Morton. Two Faces of Power. *The American Political Science Review*, Volume 56, Issue 4 (Dec., 1962), 947-952
- Baines, D. (2011). *Doing Anti-oppressive Practice: Social Justice Social Work*
- Ballou, M. i Gabalac, N. (1985). *Feminist Position on Mental Health*, Charles C. Thomas Pub. Ltd.

- Banaji, M. R., & Hardin, C. D., & Rothman, A. (1993). Implicit stereotyping in person judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 272-281.
- Banton, R., Clifford P., Frosh S., Lousada J., Rosenthal J. (1985). *The politics of Mental Health*, Macmillan publishers Ltd., London.
- Bargh, J. A., Chen, M., & Burrows, L. (1996). Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 230-244.
- Barry, Jane (2005). *Oснаžene kroz pobunu, Žene u crnom i Feministička 94*, Beograd.
- Bartky, Sandra Lee (1984). "Feminine Masochism and the Politics of Personal Transformation", *Women's Studies International Forum*, Vol. 7, Issue 5: 323-334.
- Bartlett, Peter, Sandland, Ralph. (2007) *Mental Health Law: Policy and Practice*. Oxford University press. Oxford
- Bates, T. R., (1975)'Gramsci and the Theory of Hegemony', *Journal of the History of Ideas*, XXXVI.
- Batson, C. D., Polcarpou, M. P., Harmon-Jones, E., Imhoff, H. J., Mitchener, E. C., &
- Bednar, L. L. (1997). Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 105-118.
- Bazalja, Franka Ongaro (1986). *Žene ludilo ludnica. Alternative psihijatriji*, materijali s međunarodnog skupa *Psihijatrija i društvo održanog u Beogradu 1-7. decembra 1983.*, Lila ulica (1988), Beograd.
- Bedoe, L., Maidment, J. (2014). *Social Work Practice for Promoting Health and Wellbeing: Critical Issues*. Routledge London
- Belcheman, E. A. (1980). „Behaviour therapies“ u A. Brodsky i R. Hare-Mustin, *Women and psychotherapy. An Assesment of research and practice*, New York: Guildford Press
- Belenky, M. F., Clinchy, B. M., Goldberger, N. R., Tarule, J.M. (1986). *Women's Ways of Knowing: The Development of Self, Voice, and Mind*, New York, Basic Books.
- Bellack, J.P (2008) Letting go of the rock. *Journal of nursing education* 47 (10) 443 -450
- Bernal G, Scharrón-Del-Río MR. Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Culturally Divercive Ethnic Minority Psychology* 2001;7(4):328–342.
- Bernardez, Teresa (1987). „Gender based countertransference of female therapists in the psychotherapy of women“, *Women & Therapy*, Vol. 6, Num. 1-2.

Bernier, D. (1992) The Indochinese refugees: a perspective from various stress theories. *Journal of Multicultural Social Work*, 2, 15–29.

Bimrose, J. & Bayne, R. (1995) A multicultural framework in counselor training: A preliminary evaluation. *Journal of community psychology* 34

Blackmore, K. & Boneham, M. (1994) *Age, race and ethnicity: A comparative approach*. Buckingham. Open University press

Blackwell, R. D. (1989) *The Disruption and Reconstitution of Family, Network and Community Systems following Torture, Organised Violence and Exile*. London: Medical Foundation.

Blackwell-Stratton, M., Breslin, M. L., Mayerson, B. A., & Bailey, S. (1988). *Smashing icons: Disabled women and the disability and women's movements*. In M. Fine & A.

Blair, I. V., Ma, J. E., & Lenton, A. P. (2001). Imagining stereotypes away: The moderation of implicit stereotypes through mental imagery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 828-841.

Blanch AK, Fisher D, Tucker W, Walsh D, Chassman J. Consumer-practitioners and psychiatrists share insights about recovery and coping. *Disability Studies Quarterly*. 1993;13:17–20.

Blanchard, F. A., Lilly, T., & Vaughn, L. A. (1991). Reducing the expression of racial prejudice. *Psychological Science*, 2, 101-105.

Blank, D. Measuring racial discrimination. – *Social science* National Academies Press, Jun 24, 2004

Blascovich, J., Spencer, S. J., Quinn, D., & Steele, C. (2001). African Americans and high blood pressure: The role of stereotype threat. *Psychological Science*, 12, 225-229.

Bolt, D (2014) *Changing Social Attitudes Toward Disability: Perspectives from Historical, Cultural and Educational studies*. Routledge

Boverman, K. Inge, Boverman, D., Clarkson, F. E., & Rosentrantz, P S (1972). Sex Role Stereotypes: At Appraisal, *Journal of Social Issues* 28 (2, 1972): 59-78.

Braidotti, Rosi (1989). Teresa Brennan, ur., *Between Feminism and Psychoanalysis*, Routledge, London & New York.

Braidotti, Rosi (1991). *Patterns of Dissonance: A Study of Women in Contemporary Philosophy*, Polity, London.

Braidotti, Rosi (1995). „Politika ontološke razlike“, *Ženske studije*, br. 1.

- Brecklin, Leanne R (2004). „Self-Defense/Assertiveness Training, Women’s Victimization History, and Psychological Characteristics“, *Violence Against Women*, Vol. 10, No. 5: 479-497.
- Breslau, N. *Psychological Trauma*, edited by R. Yehuda, American Psychiatric Press, 1998
- Brewer, M. B. (1979). In-group bias in the minimal intergroup situation: A cognitive-motivational analysis. *Psychological Bulletin*, 86, 307-324.
- Brewer, M.B. (1999). The psychology of prejudice: Ingroup love or outgroup hate? *Journal of Social Issues*, 55, 429-444.
- Brief, A. P., Dietz, J., Cohen, R. R., Pugh, S. D., & Vaslow, J. B. (2000). Just doing business: Modern racism and obedience to authority as explanations for employment discrimination. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 81, 72-97.
- Brison, S.J. (1997). “Outliving oneself: trauma, memory and personal identity”, u D. T. Meyers (ur.), *Feminists Rethink the Self*, Boulder: Westview.
- Brodsky M. Annette i Stinberg L. Susan. (1995) *Psychotherapy*, u ed. By Bongar, B. et al., New York-Oxford, Oxford University Press
- Brown, C.S & Bigler, R.S (2004) Children's perception of gender discrimination. *Developmental psychology* 40 (714 - 726)
- Brown, L S. (2001). “Feelings in context: Countertransference and the real world in feminist therapy”, *Journal of clinical psychology*, 100 Vol. 57, Issue 8.
- Brown, R. (1995). *Prejudice: Its social psychology*. Oxford: Blackwell.
- Burchardt T. Capabilities and disability: The capabilities framework and the social model of disability. *Disability and Society*. 2004;19:735–751.
- Burstow, Bonnie (1996). *Radikalna feministička terapija*. Druga, Zagreb.
- Butler, Judith (1993). *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of „Sex“*, Routledge, New York.
- Butler, Judith (2000). *Nevolje s rodom*, Ženska infoteka, Zagreb.
- Cabai,R.P & Killinger,R.L. (1996).Psychotherapeutic interventions with lesbian and gay couples.in *Textbook of homosexuality and mental health (pp 485-501)*.American psychiatric press: Washington DC
- Cambell,F.A.K.(2008).Exploring internalized ableism using critical race theory. *Dissability&Society* 23/2 (151-162)

Cameron, J. A., Alvarez, J. M., Ruble, D. N., & Fuligni, A. J. (2001). Children's lay theories about ingroups and outgroups: Reconceptualizing research on prejudice. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 118-128.

Capucci, David i Gross, Douglas (2004). *Counselling and Psychotherapy Theories and Interventions*, Pearson books, London/New York.

Carlson, Stephanie (2004) .Individual differences in executive functioning and theory of mind: An investigation of inhibitory control and planning ability. *J. Experimental Child Psychology* 87 (2004) 299–319

Carroll, M. (2001). The spirituality of supervision. In M. Carroll & M. Tholstrup (Eds.), *Integrative approaches to supervision* (pp. 76–89). London: Jessica Kingsley Publishers.

Carter, R.T (1995) *The influence of race and racial identity in psychotherapy: Towards a racial inclusive model*. New york :John Willey and sons

Carvajal, D. (1999, January 20). Thesaurus takes action to remove gay slurs. *New York Times*, p. A29.

Chamberlin J. *On our own*. (1979) McGraw-Hill; New York: 1979.

Chandler, Susan Kerr (2004). Curiously Uninvolved: Social Work and Protest against the War in Vietnam”, *Journal of Sociology & Social Welfare*, Vol. 31.

Chapman, L. J. (1967). Illusory correlation in observational report. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 6, 151-155.

Chappell, A. (1992) Towards a sociological critique of the *normalisation* principle. *Disability, Handicap and Society* Vol 7, 35-51.

Chesler, Phillis (1997). *Women and Madness*, Four Wall Eight Windows, New York.

Chester, Andrea (2001). What Makes Feminist Counselling Feminist?, *Feminism & Psychology*, Vol. 11, No. 4: 527-545.

Chodrow, Nancy (1978). *The Reproduction of Mothering*, University of California Press, Berkeley.

Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R., & Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biosocial model. *American Psychologist*, 54, 805-816.

Clarke, V. Ellis, S. (2010) *Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Psychology: An Introduction*. Cambridge University Press 154-160

Clay S. Conference Presentation: *The Work of Recovery: Implications for Psychiatry and Research*; Ossining, New York. October 17-18, 1994.

- Clinebell, Howard J. Jr. (1981). *Contemporary Growth Therapies*, California Abingdon Press, Claremont.
- Cohran, S. et al. Prevalence of Mental Disorders, Psychological Distress, and Mental Health Services Use Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *J Consult Clinical Psychol.* 2003 Feb; 71(1): 53–61.
- Cohran,S.D & Mayes.V.M (2000) Lifetime prevalence of suicide symptoms and. affective disorders among men reporting havim same sex sexual partners. *American jornal of public health* 90:4 (573-578). Columbia University Press
- Collins,M. & McDonald,P. (1999) *Teaching anti-oppressive practice on the diploma in social work: Integrating learning.* Social Work Education 18(3):297-309 · September 1999
- Collins, R. K. L., & Skover, D. M. (1993). Commerce & communication. *Texas Law Review*, 71, 697-746.
- Conell,R.W (2005) *Masculinities.*Polity press: Oxford
- Cooperstock, R. (1971). „Sex differences in the use of mood modifying drugs“, *Journal of Health and Social Behaviour*, num: 12
- Corker.M & French,S (1999) *Dissability discourse.*Buckingham.Open University press
- Corrigan PW, Bodenshausen G, Markowitz F, Newman L, Rasinski K, Watson A. Demonstrating translational research for mental health services: An example from stigma research. *Mental Health Services Research.* 2003;5(2):79–88.
- Corrigan, P. W., & Matthews, A. K. (2003). *Stigma and disclosure:Implications for coming out of the closet.* Seattle, WA: Seal Press. . 281–310.
- Cosgrove, Lisa (2003). Feminism, Postmodernism, and Psychological Research, *Hypatia*, Vol. 18, Num. 3, Summer: 85-112.
- Costrich, N., Feinstein, J., Kidder, L., Maracek, J., i Pascale, L. (1975). “When Stereotypes Hurt: Three Studies of Penalties for Sex-Role Revrals”, *Journal of Experimental Social Psychology*, 11: 520-530.
- Coyle, A. (1993). A study of psychological well-being among gay men using the GHQ-30”, *British Journal of Clinical Psychology*, 32(2): 218-220.
- Cozzarelli, C., Wilkinson, A. V., & Tagler, M. J. (2001). Attitudes toward the poor and attributions for poverty. *Journal of Social Issues*, 57, 207-227.
- Cranton, P. (2006). *Understanding and promoting transformative learning* (2nd ed.). San Francisco: Jossey -Bass

Cranton, P.A (2012).Promoting and implementing self directed learning,an effective adult education.*International journal of adult vocational education education and technology* 2 (4) 58-66

Crisp, C.cCave,E., M (2007) Gay Affirmative Practice: A Model for Social Work Practice with Gay, Lesbian, and Bisexual Youth.Published online: 1 September 2007 ,Springer Science, LLC 2007

Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert D, Fiske ST, Lindzey G, editors. The handbook of social psychology. 4. Boston: McGraw-Hill; 1998. pp. 504–553.

Crosby, F. (1984). The denial of personal discrimination. *American Behavioral Scientist*, 27, 371-386.

Crosby, F., Bromley, S., & Saxe, L. (1980). Recent unobtrusive studies of Black and White discrimination and prejudice: A literature review. *Psychological Bulletin*, 87, 546-563.

D’Emilio J. Sexual politics, sexual communities: The making of a homosexual minority in the United States, 1940–1970. Chicago: University of Chicago Press; 1983.

Dabady,Marylin (2004) Measuring Racial Discrimination.By Panel on Methods for Assessing Discrimination, Committee on National Statistics, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council.National Unveristy Press

Dalrymple, J. & Burke, B (2006) *Anti-oppressive practice ;social care and the low*. Open University Press.Berkshire UK

Dana, R.H (2005) Multicultural assessment principles, applications and examples.Mahwah NJ Lawrence

Danmark,F & Paludi,N.(1988) *Psychology of Women: A Handbook of Issues and Theories*.Praeger Publishers

Dasgupta, N., & Greenwald, A. G. (2001). On the malleability of automatic attitudes: Combating automatic prejudice with images of admired and disliked individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 800-814.

Davis, D .& Neal.C (2000) *Therapeutic perspectives on working with Lesbians, Gay and Bisexual clients*: Buckingham:Open University press

- Davis, F. J. (1991). *Who is Black? One nation's definition*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press.
- Davis, N. & Neal, C. (1996) *Pink Therapy*. Buckingham: Open university press.
- De Bovoar, Simon. (1982). *Drugi pol I-II*, Bigz, Beograd
- De Chavez, M. G. (2009). *Treatment of psychoses before the twentieth century*. In Y. O. Alanen, G. dC. Manual, A. S. Silber, & B. Martindale (Eds.) *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenia Psychoses: Past, Present, and Future*, (pp. 10-22). New York, NY, US: Routledge/Taylor and Francis Group.
- De Silva M et al. Social capital. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:619–627.
- Deegan G. Discovering recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2003;26(4):368–376.
- Delimo, Žan (1987). *Strah na zapadu: od 14. do 18. veka Opsednuti grad*, Impresum, Novi Sad.
- Dell Orto, A & Power, P. PhD (2007) *The Psychological and Social Impact of Illness and Disability*, Fifth Edition. Springer Publishing Company
- Dellatt, B. (1989). *Women and the group therapy*, The Guilford Press, New York.
- Desforges, D. M., Lord, C. G., Ramsey, S. L., Mason, J. A., Van Leeuwen, M D., & West, S. C (1991). Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 531-544.
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 5-18.
- Devine, P. G., & Elliot, A. J. (1995). Are racial stereotypes really fading? The Princeton trilogy revisited. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1139-1150.
- Dickinson, E. (1990). From madness to mental health: A brief history of psychiatric treatments in the UK from 1800 to the present. *The British Journal of Occupational Therapy*, 53, 419-424.
- Dietrich, Dorothee i Miriam Stephanie Reber (1995). *Devojčici i boginji na tragu*, EMI.
- Dijker, A & Koomen, W. (2007) *Stigmatization, tolerance and repair: An integrative psychological analysis of responses to deviance*. Cambridge University Press
- Dillon, F. R., & Worthington, R. L., Savoy, H. B. Rooney, S. C., Becker-Schutte, A., & Guerra, R. M. (2004). On Becoming allies: A qualitative study of lesbian-, gay- and bisexual affirmative counselor training. *Counselor Education & Supervision*, 43, 162-178.

- Dohrenwend, B.P. (1998). *Adversity, Stress, and Psychopathology*. Oxford University Press
- Dohrenwend, Bruce i Barbara Snell Dohrenwend (1969). *Social Status and Psychological Disorder*, Hoeber: Harper, New York.
- Dominelli, Lena (1997). *Anti-Racist Social Work*, London: Macmillan Press. 192-197
- Dominelli, Lisa (2002). *Feminist social work theory and practice*, Pelgrave, New York
- Douglas, Mary (1986). *How Institutions Think*, Syracuse University Press, Syracuse.
- Dovidio, J. F., & Gaertner, S. (1999). Reducing prejudice: Combating intergroup biases. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 101-105.
- Dovidio, J. F., Kawakami, K., & Gaertner, S. L. (2002). Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 62-68.
- Duckitt, J. H. (1992). Psychology and prejudice: A historical analysis and integrative framework. *American Psychologist*, 47, 1182-1193.
- Duckitt, J., & Farre, B. (1994). Right-wing authoritarianism and political intolerance among whites in the future majority-rule South Africa. *Journal of Social Psychology*, 134, 735-741.
- Duckitt, John. (1994) *The Social Psychology of Prejudice*. Preager books
- Duncan, B. L. (1976). Differential social perception and attribution of intergroup violence: Testing the lower limits of stereotyping of blacks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 590-598.
- Eberhardt, J. L., & Fiske, S. T. (1996). Motivating individuals to change: What is a target to do? In C. N. Macrae, C. Stangor, & M. Hewstone (Eds.), *Stereotypes and stereotyping* (pp. 369-415). New York: Guilford Press.
- Echols, Alice (1990). *Daring to Be Bad: Radical Feminism in America, 1967-75*, American Culture Series, University of Minnesota Press.
- Ehrenreich, Barbra i English, Diedre (1989). *For Her Own Good: 150 Years of the Experts Advice to Women*, Anchor.
- Einwohner, Rachel L., Jocelyn A. Hollander i Toska Olson (2000). "Engendering Social Movements: Cultural Images and Movement Dynamics", *Gender and Society*, Vol. 14, No. 5: 679-699.
- Ekerman, Natan (1966). *Psihodinamika porodičnog života*, Grafički zavod, Titograd.

Ellison, Julie (1990). *Delicate Subjects: Romanticism, Gender and the Ethics of Understanding*, Cornell University Press, Ithaca

Engels, Fridrih (1924). *Poreklo porodice, privatne svojine i države*, Naše snage, Zagreb

Enns, Carolyn Zerbe (1997). *Feminist Theories and Feminist Psychotherapies: Origins, Themes and Variations* (Haworth Innovations in Feminist Studies), Harrington Park Press Inc.

Esses, V. M., Jackson, L. M., & Armstrong, T. L. (1998). Intergroup competition and attitudes toward immigrants and immigration: An instrumental model of group conflict. *Journal of Social Issues*, 54, 699-724.

Eugene M at all..(2007) Right-Wing Authoritarianism in Relation to Proposed Judicial Action, Electromyographic Response, and Affective Attitudes Toward a Schizophrenic Mother. *Journal of Applied Social Psychology* 38 (1): 215–233.

Evans,K et.all.(2011) *Introduction to Feminist Therapy: Strategies for Social and Individual Change*.Sage ltd

Fairclough, N. (1992) *Discourse and social change*.Cambridge:Polity

Fazio, R. H., Jackson, J. R., Dunton, B. C., & Williams, C. J. (1995). Variability in automatic activation as an unobtrusive measure of racial attitudes: A bona fide pipeline? *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1013-1027.

Feagin, J. R. (1994). *Living with racism: The black middle-class experience*. Boston, MA: Beacon Press.

Fein, S., & Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: Affirming the self through derogating others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 31-44.

Feller-Seidler. Dorenn (1985). „A feminist critique of sex therapy“, *Handbook of Feminist Therapy - Women's Issues in Psychotherapy*, ur. Lynn Rosewater i Lenore Walker, Springer Publishing Company, New York.

Fernando, S. (1991) *Mental health race and culture* .London:Macmillan

Festinger.L. (1954) A theory of social comparison process. *Human relations* 7.117 -140

Firestein,B. (2007) *Becoming Visible: Counseling Bisexuals Across the Lifespan*.Columbia University Press

Fisher, R. (1984). Neighborhood organizing: Lessons from the past, *Social Policy*, 15 (1): 9-16.

- Fiske, S. T. (1998). Prejudice, stereotyping, and discrimination. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4th ed., pp. 357-411). New York: McGraw-Hill.
- Fiske, S. T. (2000). Interdependence reduces prejudice and stereotyping. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 115-135). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Flax, Jane (1993). *Disputed Subjects: Essays on Psychoanalysis, Politics and Philosophy*, Routledge, New York.
- Fredrickson, B. L., Roberts, T., Noll, S. M., Quinn, D. M., & Twenge, J. M. (1998). That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 269-284.
- Freire, Paolo. (1996) *Pedagogy of the Oppressed*. Penguin books
- French, S (1994) *On equal terms : Working with dissabled people*. Oxford: Butterworth-Heiman
- Frew, J, Spiegler .M. (2012) *Contemporary Psychotherapies for a Diverse World: First Revised Edition*: Routledge
- Friedan, B. (1984). *Feminine Mystique*, Laurel Books, London.
- Frojd, S.. (1973). *O seksualnoj teoriji u Odabrana dela* S.Frojda, Matica srpska, Novi Sad
- Fuko, Mišel (1980). *Istorija ludila u doba klasicizma*, Nolit, Beograd
- Fuko, Mišel (2007). *Istorija seksualnosti I. Volja za znanjem*, Karpos, Loznica.
- Fuko, Mišel. (1980) *Istorija ludila u doba klasicizma*, Nolit
- Furnham, A., & Mak, T. (1999). Sex-role stereotyping in television commercials: A review and comparison of fourteen studies done on five continents over 25 years. *Sex Roles*, 41, 413-437.
- G. Stricker & J. R. Gold (1993.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*
- Gackenbach, Jane. (1978) *A perceptual defense approach to the study of gender sex related traits, stereotypes, and attitudes*. *Journal of Personality*. Volume 46, Issue 4, pages 645–676, December 1978
- Gackenbach, Jayne I. (2006). A perceptual defense approach to the study of gender sex related traits, stereotypes, and attitudes, *Journal of Personality*, vol. 46, issue 4.
- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. In J. F. Dovidio and S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination, and racism* (pp. 61-89). Orlando, FL: Academic Press.

Gaertner, S. L., & McLaughlin, J. P. (1983). Racial stereotypes: Associations and ascriptions of positive and negative characteristics. *Social Psychology Quarterly*, 46, 23-30.

Galinsky, A. D., & Moskowitz, G. B. (2000). Perspective-taking: Decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and in-group favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 708-724.

Gamst, G. Liang C, Der-Karabetian (2001) *Handbook of Multicultural Measures*.Sage

Garth, T. R. (1925). A review of racial psychology. *Psychological Bulletin*, 22, 343-364.

Gatson,A.M. (2016) *Communicating women's health*.Routledge,New York

Gatto SL, Tak SH. Computer, Internet, and e-mail use among older adults: Benefits and barriers. *Educational Gerontology*. 2008;34:800–811.

Gendlin, E.T (2002).Foreword in C.G Rogers& D..E.Russel (Eds) Carl Rogers: The quiet revolutionary,and oral history,Los Angeles.Penmarium books

Gergen, J. Kenneth (1992). *Towards a postmodern psychology*, Psychology and postmodernism, Sage.

Gergen, K., Hoffman, L. i Anderson, H. (1996). „Is diagnosis a disaster: A constructionist dialogue“, Kaslow, F. (ur.), *Relational diagnosis*, Wiley,New York-Chichester.

Gilbert, D. T., & Hixon, J. (1991). The trouble of thinking: Activation and application of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 509-517.

Gilligan, Carol (1982). *In a different voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard Un.Press, Cambridge.

Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.

Glick, P., & Fiske, S. T. (2001). An ambivalent alliance: Hostile and benevolent sexism as complementary justifications for gender inequality. *American Psychologist*, 56, 109-118.

Glick, P., Fiske, S. T., Mladinic, A., Saiz, J. L., Abrams, D., & Masser, B. (2000). Beyond prejudice as simple antipathy: Hostile and benevolent sexism across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 763-775.

Godwyn,Mary, Gittell ,Joddy Hofer. (2012) *Sociology of Organizations: Structures and Relationships*.Sage. ltd

Gofman,Erik (2011) Azili,Mediteran publishing,Novi Sad

- Goldstone, R. L. (1995). Effects of categorization on color perception. *Psychological Science*, 6, 298-304.
- Gonzales, M. (2013) *Multicultural Perspectives In Social Work Practice with Families*. Springer publishing –New York
- Goody, Erich (2005). *Deviant behavior*. Pearson Education Inc.
- Graham, Dee. L. R (1994). *Loving to survive, Sexual Terror, Men's Violence, and Women's Lives*, NYU Press, New York.
- Green, Gilly (2009). *The End of Stigma?: Changes in the Social Experience of Long-Term Illness*. Routledge, London
- Greenspan, Miriam (1993). *New Approach to Women and Therapy*, Sulzburger & Graham Pub Co, New York.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A., & Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review*, 109, 3-25.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Grob GG. (1991) *From asylum to community*. Princeton University Press; Princeton: 1991.
- Guilfoyle, Michael (2001). Problematizing Psychotherapy: The Discursive Production of a Bulimic”, *Culture & Psychology*, Vol. 7, No. 2: 151-179.
- Gyller, Louise (2009). *Can Gender Discourses subvert psychoanalysis*. Routledge
- Hakim, Catherine (2004). *Women's Work: Female Diversity and the Polarisation of Women Employment*, Routledge.
- Hall GCN. Psychotherapy research with ethnic minorities: empirical, ethical, and conceptual issues. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2001;69(3):502–510.
- Halperin, David M. (1995). *Saint Foucault: Towards a Gay Hagiography*, Oxford UP, New York.
- Halperin, Dissabled masculinity. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. Volume 1, Issue 2, pages 99–120, June 2004

- Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision-making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107:403–409.
- Hamilton, D. L., & Rose, T. L. (1980). Illusory correlation and the maintenance of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 832-845.
- Hamilton, D. L., Dugan, P. M., & Trolie, T. K. (1985). The formation of stereotypic beliefs: Further evidence for distinctiveness-based illusory correlations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 5-17.
- Hammer M, Leacock E. Source material on the epidemiology of illness. In: Zubin J, editor. *Field studies in the mental disorders*. Grune and Stratton; New York: 1961. pp. 418–486.
- Haraden,H & Summers,G. (2000) Class,shame and self righteounusness in Conference papers *Embracing life's differences*. ITA Conference,2000
- Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*. 1987;144(6):718–726.
- Harding CM, Zubin J, Strauss JS. Chronicity in schizophrenia: Revisited. *British Journal of Psychiatry*. 1992;161(suppl 18):27–37.
- Harding, Sandra (1986). *The Science Question in Feminism*, Cornell University Press, Ithaca.
- Harding,S. (1986). *The Science Question in Feminism*. Cornell University Press
- Hare-Mustin, R. T., & Marecek, J. (1994). Asking the right questions: Feminist psychology and sex differences. *Feminism and Psychology*, 4, 531-537.
- Hare-Mustin, Rachel T. i Marecek, Jeanne (ur.) (1990). *Making a Difference - Psychology and the Construction of Gender*, Yale University Press, New Haven.
- Harrison, G (2002) Ethnic Minorities and the Mental Health Act *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 180, pp. 198-199
- Hart, A at all.(2003) Helping health and social care professionals to develop an “inequalities imagination”. A model for use in education and practice. *Journal of advance nursing* 41 (5) 480-489
- Healy Karen. (2005) *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice*. Palgrave Mcmillan,New York
- Heiman, B Julia, R. Gladue, Brian A., Roberts, Carl W., L. Piccolo, Joseph (1986). “Historical and Current Factors Discriminating Sexually Functional from Sexually Dysfunctional Married Couples”, *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 12, issue 2:163-174.

- Heller, T. et al (1996). *Mental health matters*. Palgrave-Macmillan
- Helms, J.E (1984) Towards a theoretical model of the effects of race on counseling: Black and white model. *The counseling psychologist*, vol 12
- Hendrick M. Ruitenbeck, (1972). *The Radical Therapy of R. D. Laing and Others* New York: Bantam Books, 1972.
- Herek, G. M., & Berrill, K. (ur.) (1990). Violence against lesbians and gay men: Issues for research, practice, and policy . *Journal of Interpersonal Violence*, 5 (3).
- Herman, Judith Lewis (1992). *Trauma i ozdravljenje*, Ženska infoteka, Zagreb.
- Herman, M. F. (1983). Depression and Women: Theories and Research. *Journal of American Academic Psychoanalysis.*, 11: 493-512.
- Hewstone, M. (1990). The "ultimate attribution error"? A review of the literature on intergroup causal attribution. *European Journal of Social Psychology*, 20, 311-335.
- Hewstone, M., & Brown, R. (Eds.). (1986). *Contact and conflict in intergroup encounters*. Oxford, UK: Basil Blackwell.
- Heyes, J.A & Ericis, A.J (2000) Therapist homophobia, client sexual orientation and source of client HIV infection as predictors of therapist reaction to clients with HIV, *Journal of counselling psychology* 47(1) 71-78
- Hill, Marcha i Ballow, Marry (2005). *The Foundations and Future of Feminist Therapy*, The Howard Press Inc, New Jersey.
- Hillman, J. (1979). *The Dream and Underworld*, Harper & Row pbl., New York.
- Hines, S. & Sanger, T. (2010) *Transgender Identities: Towards a Social Analysis of Gender Diversity*. Routledge
- Hirsch, Gloria Tishler (1974). Non-Sexist Child Rearing: De-Mystifying Normative Data, *The Family Coordinator*, Vol. 23, No. 2: 165-170.
- Hishhow, Stephen (2007) *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford University press
- Hodson, G., Dovidio, J. F., & Gaertner, S. L. (2002). Processes in racial discrimination: Differential weighting of conflicting information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 460-471.

- Hoek HW, van Hoeken D. Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *Int J ouran for Eating Disorder*. 2003;34: 383–96
- Hogan MF. Transmittal letter to the President, Interim report of the President's New Freedom Commission on Mental Health. 2002
- Hollick, Frederick (1849). *The diseases of women, their couses and cure familiarly exsplained*, T.W. Strong, New York.
- Hooker, E. (1957). The adjustment of the male overt homosexual, *Journal of Projective Techniques*, 21, 18-31.
- Hopper K. Some old questions for the new cross-cultural psychiatry. *Medical Anthropology Quarterly*. 1991;5:299–330.
- Hopper.K. Rethinking Social Recovery in Schizophrenia: What A Capabilities Approach Might Offer
- Hubbard, P., 2008. Here, there, everywhere: the ubiquitous geographies of heteronormativity. *Geography Compass*, 2 (3),. 640 – 658.
- Hubert, J. S. (2002). *The Politics of Women's Madness Narratives*, University of Delaware Press, Delaware.
- Hugman,R. (2013) *Culture, Values and Ethics in Social Work: Embracing Diversity*.Routledge
- Hugman,R,M. (1991) *Power in carrying professions*. *British Journal of Social Work* Volume 23, Issue 4 423-424.
- Imrose, J.& Baine, R. (1995) A multicultural framework in counselor training. A preliminary evaluation.*British journall of guidance and counselling* 23 (2)
- International federation of social workers 2008, 3 http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_92406-7.pdf (12 – 40)
- Irigaraj, Lis (1990). Taj pol koji nije jedan, *Gledišta*, 12.
- Irigaray, L. Questions to Emmanuel Levinas on the Divinity of Love." Trans. Margaret Whitford. in *Re-Reading Levinas*. Ed. Robert Bernasconi and Simon Critchley. (Bloomington: Indiana Univ. Press, 1991).
- Islam, M. R., & Hewstone, M. (1993). Dimensions of contact as predictors of intergroup anxiety, perceived out-group variability, and out-group attitude: An integrative model. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 700-710.

Israel, T. et al (2008) Therapists' Helpful and Unhelpful Situations With LGBT Clients: An exploratory study. *Professional Psychology: Research and Practice* 2008. Vol. 39, No. 3, (361–368)

Israeli, Anne L. i Darcy, A. Santor (2000). Reviewing effective components of feminist therapy, *Counselling Psychology Quarterly*, Vol. 13, Issue 3: 233-247.

Jablensky, Assen (1992). Politics and Mental Health, *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 38, No. 1: 24-29

Jackson, S. & Jones, J. (1998). *Contemporary Feminist Theories*. Edinburgh university press

Jacobson N, Curtis L. Recovery as policy in mental health services: Strategies, emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2000;23 (4) 333–341.

Jacobson N. (2004) *In recovery: The making of mental health policy*. Vanderbilt University Press; Nashville

Jagose, A. (1996) *Queer Theory*. New York University Press

Jakimow, Tanya (2006). Empowering Women, *Indian Journal of Gender Studies*, Vol. 13, No. 3: 375-400.

Jameson, Frederic (1981). *The Political Unconscious: Narrative as a Socially Symbolic Act*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y.

Jarvis, M. (1986). Female, Asian and Isolated. *Open mind*, 20, 10.

Jennings, J., Geis, F. L., & Brown, V. (1980). Influence of television commercials on women's self-confidence and independent judgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 203-210.

Johanson, A (2000). *Privilege, power and difference*. Mc Graww- Hill:New York

Johnson, Marilyn (1980). Mental Illness and Psychiatric Treatment Among Women: A Response, *Psychology of Women Quarterly*, Vol. 4, Issue 3: 363–371.

Jones, E. E., & Harris, V. A. (1967). The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 3, 1-24.

Jones, E. E., Wood, G. C., & Quattrone, G. A. (1981). Perceived variability of personal characteristics in in-groups and out-groups: The role of knowledge and evaluation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 7, 523-528.

- Jones, J. M. (1997). *Prejudice and racism* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jordanova, Ljudmilla (1989): *Sexual Visions. Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*, Harvester Wheatsheaf, New York.
- Joseph M. Against the romance of community. University of Minnesota Press; Minneapolis: 2002.
- Judd, C. M., Park, B., Ryan, C. S., Brauer, M., & Kraus, S. (1995). Stereotypes and ethnocentrism: Diverging interethnic perceptions of African American and White American youth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 460-481.
- Jupp, Victoria. Issues of power in social work practice in mental health services for people from Black and minority ethnic groups. *Critical Social Work*, 2005 Vol. 6, No. 1
- Kadushin, A. & Harkness D. (2014) *Supervision in Social Work*. Columbia University press
- Kandido-Jaksić, Maja (1995). „Polne uloge i mentalno zdravlje“, *Psihologija* 3-4.
- Karban, Kate (2011) *Social work and mental health*. Polity press, Cambridge UK
- Katz, D., & Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 280-290.
- Katz, I. (1981). *Stigma: A social psychological analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kawakami, K., Young, H., & Dovidio, J. F. (2002). Automatic stereotyping: Category, trait, and behavioral activations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 3-15.
- Keanagy, G.P (2005). Transgender health: Findings from two needs assessments studies in Philadelphia. *Health and social work* 30 (1) 19-26
- Kearnay, A. (1996) *Counseling, class and politics – Undeclared influence in therapy*: Manchester PCCS Books
- Kecmanović, Dušan (2012). *Psihijatrija protiv sebe* , Clio, Beograd
- Keefe, Jack A.; Magaro, Peter A.. Creativity and schizophrenia: An equivalence of cognitive processing. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 89 (3), Jun 1980, 390-398.
- Keller, Evelyn Fox (1985). *Reflections on Science and Gender*, Yale University Press, New Haven.
- Kellerman, Felix, Hudgins, M. K. (2001). *Psihodrama i trauma*, IAN, Beograd.

- Kellerman, Peter (1992). *Focus on Psychodrama: The Therapeutic Aspects of Psychodrama*, Jessica Kingsley Publishers, Philadelphia.
- Kenrick, D. T., Gutierrez, S. E., & Goldberg, L. L. (1989). Influence of popular erotica on judgments of strangers and mates. *Journal of Experimental Social Psychology*, 25, 159-167.
- Kilkus, Stephen P. (1993). Assertiveness among professional nurses, *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18, issue 8: 1300-1324.
- Kimball, M. M. (1986). Television and sex-role attitudes. In T. M. Williams (Ed.), *The impact of television: A natural experiment in three communities*. Orlando, FL: Academic Press.
- Kinder, D., & Sears, D. O. (1981). Prejudice and politics: Symbolic racism versus racial threats to the good life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 414-431.
- Kirsh, B. (1974). Consciousness raising groups as therapy for women, Franks, V i Burtle V. (ur.), *Women in therapy*, Brunnes/Mazel, New York.
- Kitchener, K. S. (2000). *Foundation of Ethical Practice, Research and Teaching in Psychology*, Mahwah, N.J. : L. Erlbaum Associates,
- Kitzinger , C.& Perkins, R. (1993).*Changing our minds: lesbian feminism and psychology*. New York University press: London
- Kleinman A. *Rethinking psychiatry*. The Free Press; New York: 1988.
- Klimenkova, T. (2003). *Žena kao kulturni fenomen*, Centar za ženske studije, Beograd.
- Kornel, D. (2003). „Rod“, *Genero* 2.
- Kowszun, G. (2000) Gay and lesbian affirmative therapy in C.Feltham and I.Northon “*Handbook of counselling and psychotherapy*”
- Kramer, Peter.D (1993). *Listening to Prozac: The landmark Book about Antidepressants and the Remarking of the self*, Penguin, London
- Kramer, Frederic et all. (2012). *Social Cognition, Social Identity, and Intergroup Relations*. Psychology Press
- Kravetz, Diane, Marecek, S. i Finn, E. Stephen (2006). „Factors Influencing Women's Participation in Consciousness-Raising Groups”, *Psychology of Women Quarterly*, vol. 7, issue 3.

- Krieger, N., & Sidney, S. (1996). Racial discrimination and blood pressure: The CARDIA study of young Black and White adults. *American Journal of Public Health*, 86, 1370-1378.
- Kristeva, Julia. (1994) *Crno sunce*, Svetovi, Novi Sad.
- Krueger, J. (1996). Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 536-548.
- Krueger, J., & Clement, R. W. (1994). Memory-based judgments about multiple categories: A revision and extension of Tajfel's accentuation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 35-47.
- Kunda, Z., Davies, P. G., Adams, B. D., & Spencer, S. J. (2002). The dynamic time course of stereotype activation: Activation, dissipation, and resurrection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 283-299.
- Kunda, Z., & Oleson, K. (1995). Maintaining stereotypes in the face of disconfirmation: Constructing grounds for subtyping deviants. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 565-579.
- Lacan, J. (1977). *Psychoanalysis and its Teaching*, ur. Alan Sheridan, *Écrits: A Selection*, W.W. Norton & Co., New York.
- Lacan, J. (1982). *Feminine Sexuality*, W.W. Norton & Co., New York.
- Lago, C. & Thomson, J. (1996) *Race, culture and counselling*. Buckingham: Open University Press
- Lago, Collin (2006). *Race, Culture and Counselling*, Open University Press, Berkshire.
- Lago, C. & Smith, B. (2003) *Anti – discriminatory Counselling practice*. Sage publications ltd.
- Land, Helen (1995). *Feminist Clinical Social Work in the 21st Century*, NASW Press.
- Langlois, J. H., & Downs, A. C. (1980). "Mothers, Fathers and Peer as Socialization Agents of Sex Typed-Play Behaviors in Young Children", *Child Development* 51: 1237-1247.
- Langston, D (2000) Tired of playing monothony. *Readings for diversity and social justice* (pp.397-400) New York:Routledge
- Lau, Annie (1994). Ethno-Cultural and Religious Issues, u *Gender, Power and Relationships*, ur. Charlotte Burck i Bebe Speed, Routledge.
- Leary, Mark Hoyle, H. Rick. (2009) *Handbook of Individual Differences in Social Behavior*. The Guilford Press. New York -London

- Lebowitz, L., M. R. Harvey i J. L. Herman (1993). "A Stage-by-Dimension Model of Recovery from Sexual Trauma", *Journal of Interpersonal Violence*, 8 (3): 378-391.
- Lee, Y.-T., Jussim, L. J., & McCauley, C. R. (Eds.). (1995). *Stereotype accuracy: Toward appreciating group differences*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Leinbach, M. D., & Fagot, B. I. (1993). Categorical habituation to male and female faces: Gender schematic processing in infancy. *Infant Behavior and Development*, 16, 317-332.
- Leippe, M. R., & Eisenstadt, D. (1994). Generalization of dissonance reduction: Decreasing prejudice through induced compliance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 395-413.
- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press.
- Levine, R. A., & Campbell, D. T. (1972). *Ethnocentrism: Theories of conflict, ethnic attitudes, and group behavior*. New York: Wiley.
- Levy, B. (1996). Improving memory in old age through implicit self-stereotyping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1092-1107.
- Lewis D, Shadish W, Lurigio A. Policies of inclusion and the mentally ill: Long-term care in a new environment. *Journal of Social Issues*. 1989;45:173–186.
- Lindsay, B. & Blanchett, V. (2011) *Universities and Global Diversity: Preparing Educators for Tomorrow*. Routledge
- Linhorst, D (2006) *Empowering People with Severe Mental Illness: A Practical* Oxford University press
- Linville, P. W. (1998). The heterogeneity of homogeneity. In J. M. Darley & J. Cooper (Eds), *Attribution and social interaction: The legacy of Edward E. Jones* (pp. 423-462). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linville, P. W., & Fischer, G. W. (1993). Exemplar and abstraction models of perceived group variability and stereotypicality. *Social Cognition*, 11, 92-125.
- Lippa, Richard A. (2001). „On Deconstructing and Reconstructing Masculinity-Femininity“, *Journal of Research in Personality*, Vol. 35, Issue 2: 168-207
- Lippmann, W. (1922). *Public opinion*. New York: Harcourt, Brace and Company.
- Lipsky, S (1998) Internalised oppression, *RC Journal black re-emergence* 2

- Lipson, J. G. (1993) Afghan refugees in California: Mental health issues. *Issues in mental health*
- Lorde, Audre (1985). *Sister Outsider: Essays/Speeches*, The Crossing Press Freedom, New York.
- Loue, S. (2013) *Expressive Therapies for Sexual Issues: A Social Work Perspective*. Springer New York
- Lupton, R., Power, A. (2002) Social exclusion and neighbourhoods, in J. Hills and J. Le Grand (eds) *Understanding social exclusion*. Oxford University Press, Oxford
- MacKinnon, C.; Dworkin, A. (1997). *In harm's way: the pornography civil rights hearings*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Macrae, N. C., Stangor, C., & Hewstone, M. (1996). *Stereotypes and stereotyping*. New York: Guilford Publications.
- Magaro, P. (1976): *The Construction of Madness*. Pergamon Press, Oxford.
- Major, B., Quinton, W. J., McCoy, S. K., & Schmader, T. (2000). Reducing prejudice: The target's perspective. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 211-237). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Mander, Rush (1974). *Feminism as Therapy*, Random House/Bookworks, New York.
- Mangione, R. S. (2011) *Scrutinizing Feminist Epistemology: An Examination of Gender in Science*. Rutgers University Press. Pregeron, Brady. 2011.
- Mann, C. H. (1988). Male and Female in a Changing Analytic World, *Contemporary Psychoanalysis*, 24: 676-683.
- Marecek, J., & Kravetz, D. (1977). Women and mental health: A review of feminist change efforts", *Psychiatry*, 40: 323-329.
- Martin, C. L., Wood, C. H., & Little, J. K. (1990). The development of gender stereotype components. *Child Development*, 61, 1891-1904.
- Martin, L. & Mendietta, E (2009) *Identities: Race, Class, Gender and Nationality*. Blackwell publishing
- Mauer, M. (1999). *Race to incarcerate*. New York: The New Press.
- Mayer, S. & Davis, S. (2009) *The Elements of Counseling*. Brooks/Cole
- Mc Donald (1999) Using systematic Review to improve social care, Report number 4. London SCIE

- McConahay, J. B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the Modern Racism Scale. In J. F. Dovidio and S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, Discrimination, and Racism* (pp. 91-125). Orlando, FL: Academic Press.
- McConahay, J. B., & Hough, J. C., Jr. (1976). Symbolic racism. *Journal of Social Issues*, 32, 23-45.
- McFarland, S., Ageyev, V., & Abalakina, M. (1993). The authoritarian personality in the United States and the former Soviet Union: Comparative studies. In W. F. Stone, G. Lederer, & R. Christie (Eds.), *Strength and weakness: The authoritarian personality today* (pp. 199-225). New York: Springer-Verlag.
- McGregor, J. (1993). Effectiveness of role playing and antiracist teaching in reducing student prejudice. *Journal of Educational Research*, 86, 215-226.
- McHale, S.M et al (2006). Mother's and fathers racial socialisation in African American families: Implication for youth. *Child development* 77 (1387-1402)
- McKinnon, Catherine (1995). *Feminism and philosophy*, Westview press, New York.
- McManus, P W., Redford J. L., Hughes R. B. (1997). Connecting to self and others: A structured group for women, *The Journal for Specialists in Group Work*, Vol. 22, Issue 1 March 1997: 22-30.
- McMullen Linda i Janet M. Stoppard (2006). Women and depression: A case study of the influence of feminism in Canadian psychology, *Feminism/Psychology*, num 16.
- McMurray, A, Clendon, J. (2011) *Community Health and Wellness: Primary Health Care in Practice*. Elsevier Australia
- McNeilly, M. D., Robinson, E. L., Anderson, N. B., Pieper, C. F., Shah, A., & Toth, P. S. (1995). Effects of racist provocation and social support on cardiovascular reactivity in African American women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2, 321-338.
- Meyer IH. Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems. *American Journal of Public Health*. 2003; 93:262-265.
- Meyer, I.H. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychological Bulling*. 2003 Sep; 129(5): 674-697.

Meyer, H. Ilan. Prejudice, social stress, and mental health of lesbian, gay. *Psychological Bulletin*, Columbia University, 1998

Mičel, Džulijet (2006). Razmišljanja o feminizmu, psihoanalizi i bratsko-sestrinskoj traumi, *Genero* 8-9.

Miehls, D (2010) Contemporary trends in supervision theory: A shift from parallel process to relational and trauma theory. *Clinical social work journal* 38 (4)

Milburn, M. A., Mather, R., & Conrad, S. D. (2000). The effects of viewing R-rated movie scenes that objectify women on perceptions of date rape. *Sex Roles*, 43, 645-664.

Milet, Kejt (1997). Putovanje u ludaru, *Feminističke sveske* br. 5/6, Autonomni ženski centar, Beograd.

Miller, D. T., Downs, J. S., & Prentice, D. A. (1998). Minimal conditions for the creation of a unit relationship: The social bond between birthdaymates. *European Journal of Social Psychology*, 28, 475-481.

Miller, Jeann Baker (1976). *Toward a New Psychology of Women*, Beacon Press, Boston.

Miller, K. (1999) Rethinking a familiar model: psychotherapy and the mental health of refugees. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29, 283-306

Miller, K. & Rasco, L. (2004). *The Mental Health of Refugees: Ecological Approaches To Healing and Adaptation*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, London

Mitchell, Juliet (2000). *Psychoanalysis and Feminism: A Radical Reassessment of Freudian Psychoanalysis*, Basic Books, New York.

Mitra S. The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies*. 2006;16:236-247.

Mitra, Aniruddha (2008) *Three Essays on the Economics of Discrimination and Conflict*. Dissertation, University of Illinois

Mizrahi Terry, Davis Larry (2008) *Encyclopedia of social work*. Oxford university press.

Mladenović, Lepa (1999). *SOS telefon za žene i decu žrtve nasilja u Beogradu*, Priručnik za volonterke SOS telefona „Žene za život bez nasilja“, drugo, dopunjeno izdanje.

Mondschein, E. R., Adolph, K. E., & Tamis-LeMonda, C. S. (2000). Gender bias in mothers' expectations about infant crawling. *Journal of Experimental Child Psychology*, 77, 304-316.

- Montada, L., & Lerner, M. J. (Eds.). (1998). *Responses to victimizations and belief in a just world*. New York: Plenum Press.
- Monteith, M. J. (1993). Self-regulation of prejudiced responses: Implications for progress in prejudice-reduction efforts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 469-485.
- Monteith, M. J., & Voils, C. I. (2001). Exerting control over prejudiced responses. In G. B. Moskowitz (Ed.), *Cognitive social psychology: The Princeton symposium on the legacy and future of social cognition* (pp. 375-388). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Monteith, M. J., Deneen, N. E., & Tooman, G. D. (1996). The effect of social norm activation on the expression of opinions concerning gay men and Blacks. *Basic and Applied Social Psychology*, 18, 267-288.
- Moodley, R. (2000) Counselling and psychotherapy in the multicultural context :some training issues, part 1. *Counselling journal of British association for counselling* 11, pp.154-157
- Morbeck, M.E. et. all (1997) *The Evolving Female: A Life History Perspective*.Princeton Univeristy Press
- Morrow, K. A. i Deidan, C. T. (1992). "Bias in the counseling process: How to recognize it and how to avoid it", *Journal of Counseling and Development*, 70: 571-577.
- Mullaly, B. (2002). *Challenging oppression: A critical social work approach*. Toronto:Oxford University Press.
- Mullen, B., & Hu, L. (1989). Perceptions of ingroup and outgroup variability: A meta-analytic integration. *Basic and Applied Social Psychology*, 10, 233-252.
- Mullen, B., & Johnson, C. (1990). Distinctiveness-based illusory correlations and stereotyping: A meta-analytic integration. *British Journal of Social Psychology*, 29, 11-28.
- Murray,S. (2004) *Mixed media: feminist presses and publishing politics*. Pluto Press
- Myth Buster,(2011) Independent living (Prevela: Amela Kovčić) , Informativni centar za osobe sa invaliditetom "Lotos" Tuzla
- Natiello,P. (1990) *The person centred approach, Collaborative power and cultural transformation* .Person centred review 5 (3) 268-286
- Nelson G. 1994. The development of a mental health coalition: A case study. *American Journal of Community Psychology* 22, 229-255.

- Nelson, Sharon H. (1994). *Family Scandals*, The Muses' Company, Dorion, Quebec.
- Nelson, T. D. (2002). *The psychology of prejudice*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Nelson, T. E., Biernat, M. R., & Manis, M. (1990). Everyday base rates (sex stereotypes): Potent and resilient. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 664-675.
- Neuberg, S. L. (1989). The goal of forming accurate impressions during social interactions: Attenuating the impact of negative expectancies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 374-386.
- New Freedom Commission on Mental Health . Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Rockville, MD: 2003. (Final Report. DHHS Pub. No. SMA-03-3832).
- Nicholson, L. (1997) *The second wave –a reader in feminist theory*.Routledge :New Yourk
- Niremberg, Dz.(2011) *Seksualnost cigana - O intimnosti:romska i autsajderska perseptiva*.Rekonstrukcija ženski fond,Beograd
- Nordenfelt. Lennard & Liss ,Perr-Eric (2003) *Dimensions of Health and Health Promotion*.Rodopi,Amsterdam-New York
- Norman, J. Wheeler, B.(1996) Gender sensitive work practice,a model for education.*Journal of Social Work Education*, Spring/Summer 96, Vol. 32 Issue 2, 203-214
- Nosek, B. A., Banaji, M., Greenwald, A. G. (2002). Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6, 101-115.
- Nussbaum MC, Sen A, editors. *Quality of life*. Oxford University Press; New York: 1993.
- Nussbaum MC. *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge University Press; New York: 2000.
- O Donohue,Fisher,J. (2009) .General Principles and Empirically Supported Techniques of Cognitive behavior therapy.John Willey and sons,Inc
- Oliver, M. (1996) *Understanding dissability:from theory to practice*.Basingstocke.Macmillan
- Olkin, R (2001) Dissability affirmative therapy:*Spinal code injury psychological process 14 (1) p.p. 12- 23*
- Olson K. Distributive justice and the politics of difference. *Critical Horizons*. 2001;2:5–32.
- O'Neil, James M. i J. Egan, S. V. Owen, V. McBride Murry (1993). „The Gender Role Journey Measure: Scale Development and Psychometric Evaluation“, *A Journal of Research*, Vol. 28.

- Onken, S.J. & Craig, C.M. (2007) Ridgway, P., Ralph, R.O. & Cook, J.A. (2007). An Analysis of the definition and elements of recovery. *Psychiatry rehabilitation journal* 31 (1) 9-22
- Onorato, R.S. & Turner, J.C. (2001) *The I, the me and the us: The psychological group and self-concept maintenance of the change*. Philadelphia: Psychological Press. (pp 147-170)
- Oskamp, S. (2000). Multiple paths to reducing prejudice and discrimination. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 1-19). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ostrom, T. M., Carpenter, S. L., Sedikides, C., & Li, F. (1993). Differential processing of in-group and out-group information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 21-34.
- Ozyurt, A., Hayran O., Sur H. (2006) Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Quarterly Journal of Medicine* ; 99: 161-169.
- Page, S. (1997). An unobtrusive measure of racial behavior in a university cafeteria. *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 2172-2176.
- Palmer & Wolfie (1999) *Integrative and Eclectic Counselling and Psychotherapy*. Sage
- Palmer, Stephen & Ray Woolfe (1999). *Integrative and Eclectic Counselling and Psychotherapy*, SAGE Publications Ltd.
- Park, B., & Judd, C. M. (1990). Measures and models of perceived group variability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 173-191.
- Park, B., & Rothbart, M. (1982). Perception of out-group homogeneity and levels of social categorization: Memory for the subordinate attributes of in-group and out-group members. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 1051-1068.
- Parrot, L., Jackobs, B. and Robert, D. (2008) . London, Social Care Institute for Excellence (SCIE) research briefing London, Social Care Institute for Excellence (SCIE)
- Patrick W. Corrigan et al. (2008) *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach*. The Guilford Press, London, New York
- Patterson, C.H. Do we need multicultural counseling competencies? *Journal of Mental Health Counselling*. 2004; 26(1):67-73.
- Pearce, L. (2004) *The Rhetoric's of Feminism: Readings in Contemporary Cultural Theory and the popular press*. Routledge
- Pedersen, P.B. (1997) *Culture centered counselling interventions – Striving for accuracy* Thousand Oaks: CA Sage

Peled, E., Eisikovits Z., Enosh G., Winstok Z (2000). "Choice and Empowerment for Battered Women Who Stay: Toward a Constructivist Model", *Social Work*, Vol. 45, Num. 1: 9-25.

Pelham, B. W., Mirenberg, M. C., & Jones, J. T. (2002). Why Susie sells seashells by the seashore: Implicit egotism and major life decisions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 469-487.

Pelham, B.W., Jones, J. T., Mirenberg, M. C., & Carvallo, M. (2002). *Implicit egotism: Implications for interpersonal attraction*. Manuscript submitted for publication.

Pendry, L. F., & Macrae, C. N. (1994). Stereotypes and mental life: The case of the motivated but thwarted tactician. *Journal of Experimental Social Psychology*, 30, 303-325.

Peterson, V. & Panfil, F. (2014) *Handbook of LGBT Communities, Crime, and Justice*. Springer

Pettigrew, T. F. (1958). Personality and sociocultural factors in intergroup attitudes: A cross-national comparison. *Journal of Conflict Resolution*, 2, 29-42.

Pettigrew, T. F. (1979). The ultimate attribution error: Extending Allport's cognitive analysis of prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 461-476.

Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2000). Does intergroup contact reduce prejudice? Recent meta-analytic findings. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 93-114). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Phelan, Shane (1989). *Identity Politics, Lesbian Feminism and the Limits of Community*, Temple University Press, Philadelphia.

Pinker, Steven (2010) *The Language Instinct: How The Mind Creates Language*. Harper-Collins

Plous, S. (2000). Responding to overt displays of prejudice: A role-playing exercise. *Teaching of Psychology*, 27, 198-200.

Plous, S., & Neptune, D. (1997). Racial and gender biases in magazine advertising: A content-analytic study. *Psychology of Women Quarterly*, 21, 627-644.

Plous, S., & Williams, T. (1995). Racial stereotypes from the days of American slavery: A continuing legacy. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 795-817.

Plous, Scott (2004) *Understanding Prejudice and Discrimination*. McGraw-Hill, New York

Polster, Miriam (1976). "Women in Therapy: A Gestalt Therapist's View", Chris Hatcher & Philip Himmelstein (ur.), *Handbook of Gestalt Therapy*, Jason Aronson, New York.

Porter, M Haslam,N .Predisplacement and Postdisplacement Factors associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons .*The journal of American medical association*. August 3, 2005, Vol 294, No. 5

Porter,M.& Haslam,N. (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. A meta analysis. *Journal of the American medical association* 294, 602-612

Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763.

Prepreke za jednakost – dvostruka diskriminacija žena sa invaliditetom (2004), sažetak zbirke tekstova o ženama sa invaliditetom i izvod iz informativne publikacije o ženama sa invaliditetom Svetske organizacije osoba sa invaliditetom DPI, Centar za samostalni život invalida Srbije, Beograd

Pronin, E, Gilovich,T.&Ross.L (2004).Theoretical note: Objectivity in the eye of the beholder: Divergent perception of bias in self versus others. *Psychological review* 111 (3) 781-799

Rainey, S., & Trusty, J. (2007). Attitudes of master's-level counseling students toward

Raj,R. (2002) Towards a transpositive therapeutical model:Developing clinical sensitivity na dcultural competency in the effective support of transexual and trasgender clients.*The international journal of transgender* 6 (2) 1-40

Ralph RO. Review of recovery literature: A synthesis of a sample of recovery literature. National Association of State Mental Health Program Directors and the National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning; 2000.

Reeve, D. (2002). Oppression within the counseling room.*Counseling and Psychotherapy Research*, 2, 11–19.

Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke,B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services.*Archives of General Psychiatry*, 50- 85

Ricchie,Beth *Compelled to Crime: The Gender Entrapment of Battered Black Women*.Routledge.New York-London

Richard,Z. Subtyping and Subgrouping: Processes for the Prevention and Promotion of Stereotype Change. *Pers Soc Psychological Review February 2001 vol. 5 no. 1* 52-73

- Richards, Z., & Hewstone, M. (2001). Subtyping and subgrouping: Processes for the prevention and promotion of stereotype change. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 52-73.
- Ridley, C. Li, C & Hill, L. (1998) Revisiting and Refining the Multicultural Assessment Procedure
- Rimbaut, R.G (1991) *Migration, adaption and mental health: the experience of south-east Asian refugees in US*. in H. Adelman: Refugee policy Canada and United states 381-424. Toronto: Yourk lane press ltd.
- Robert Rosenheck, M.D. The Delivery of Mental Health Services in the 21st Century Community Mental Health Journal, Vol. 36, No. 1, February 2000
- Roberts, G. & Hollins, S (2007) Recovery: Our common purpose. *Psychiatry research* 129, 257-265
- Robertson, J. (2012) Tough Guys and True Believers: Managing Authoritarian Men in the psychotherapy room. Routledge Chesler, P (1989) *Women and madness*. HBJ (323-336). New York: Plenum
- Robertson, C (1993) "Disfunction in training organisations". *Self and society* 21 (4) :31-15
- Robeyns I. The capability approach in practice. *Journal of Political Philosophy*. 2006;14:351-376.
- Robins CS. Generating revenues: Fiscal changes in public mental health care and the emergence of moral conflicts among care-givers. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2001;25:457-466.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rokeach, M. (1971). Long-range experimental modification of values, attitudes, and behavior. *American Psychologist*, 26, 453-459.
- Rose, Y. J. (1979). Defining Assertive, Subassertive and Aggressive Behavior as a Function of Loudness, Latency, Content, Sex, Gestures, and Inflection, *Behavior Modification*, Vol. 3, No. 1, 112-123
- Rosen, H and Zickler, E. (1996). Feminist Psychoanalysis theory: American and French reactions to Freud. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 44
- Rosencheck, B.A et al (2000) Does closing beds in one public mental health system result in increase hospital services in other system? *Mental health services research* 2 (4) 183-189
- Rosenwater, L.B & Walker, E.A. (1985) Handbook of feminist therapy. Springer: New York

Rosewater, L B. i Walker, L. (ur.) (1985). *Handbook of Feminist Therapy: Women's Issues in Psychotherapy*, Springer, New York.

Rosewater, Lynne B. (1985). "Schizophrenic, Borderline, or Battered?" u Rosewater i Walker (ur.) *Handbook of Feminist Therapy: Women's Issues in Psychotherapy*. Springer, New York.

Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol. 10, pp. 173-220). New York: Academic Press.

Rotelli, Franco (1986). *Deinstitutionalisation, Another View: „Health promotion study“*, Cambridge University press, Cambridge.

Rothbart, M., Davis-Stitt, C., & Hill, J. (1997). Effects of arbitrarily placed category boundaries on similarity judgments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33, 122-145.

Rotter, J. (1975) "Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement" *Journal of Consulting and clinical psychology* 43 pp.56-67

Rovinelli, Nina Gitterman, A. (2011) *Mental Health and Social Problems: A Social Work Perspective*. Routledge

Rowe M. *Crossing the border*. University of California Press; Berkeley: 1999.

Ruderman, Ellen G. (2003). "Women Shaping Their Destinies: Psychoanalytic Perspectives and Contemporary Clinical Portraits", *Clinical Social Work Journal*, vol. 31, no. 3.

Rudman, L. A., Ashmore, R. D., & Gary, M. L. (2001). "Unlearning" automatic biases: The malleability of implicit prejudice and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 856-868.

Ruggiero, K. M., & Taylor, D. M. (1997). Why minority group members perceive or do not perceive the discrimination that confronts them: The role of self-esteem and perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 373-389.

Rush, Anne Kent (1973). *Getting Clear, Body Work for Women: Methods of self-growth for women (and men)*, Random House, New York.

Russel, S.: School outcomes of sexual minority youth in the United States: evidence from a national study. *Journal of Adolescence* 2001,24 , 111–127

Ružičić Novković, M. (2014) *Predstavljanje osoba s invaliditetom u medijskom diskursu Srbije*. Centar – Živeti uspravno

- Ryan, C., and Futterman, D (1998) *Lesbian and Gay Youth: Care and Counseling*. New York: Sacamoto Izumi, Pinter Ronald. Use of Critical Consciousness in Anti-Oppressive Social Work Practice: Disentangling Power Dynamics at Personal and Structural Levels . [British Journal of Social Work](#) , Volume 35, Issue 4 2004 435-452
- Saghir, Marcel, Eli Robins, Bonnie Walbran, Kathy Gentry (1976). „Homosexuality IV; psychiatric disorder and disability in the female homosexual“, *American Journal of Psychiatry*, Vol. 27.
- Sales, E. i Frieze, I. H. (1984). “Women and work: Implications for mental health”, L. E. Walker (ur.), *Women and Mental Health Policy*, CA: Sage, Beverly Hills.
- Samuel L. Gaertner, John F. Dovidio. (2014) *Reducing Intergroup Bias: The Common Ingroup Identity Model*. Routledge, New York-London
- Savin-Williams, Ritch (1990). *Gey and Lesbian Youth: The Expressions of Identity (The Series in Clinical and Community Psychology)*, Hemisphere Publishing.
- Schuch, Hans Waldemar. „Inegrativna psihoterapija – kratak pregled“, stranica posećena 21.4.09. http://www.fpi-slo.org/predstavitev_it_srbski_jezik.doc
- Schuller, R. A., Smith, V. L., & Olson, J. M. (1994). Jurors' decisions in trials of battered women who kill: The role of prior beliefs and expert testimony. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 316-337.
- Schwartz, R.C (1999) *Releaising the soul: Psychotherapy as the spiritual practice*. In F. Walsh (ed) *Spiritual recources of familily therapy* (pp. 223-239). New York: The Guilford press
- Scott, Joann W. (2003). „Feministička povjest“, *Kruh i ruže*, 21.
- Sears, D. O. (1988). Symbolic racism. In P.A. Katz and D.A. Taylor (Eds.), *Eliminating racism: Profiles in controversy* (pp. 53-84). New York: Plenum.
- Seligman. E.P Martin (2002). *Authentic Happiness*. Free press, Amsterdam
- Sen A. (1993) *Capability and well-being*. In: Nussbaum MC, Sen A, editors. *The Quality of Life*. Oxford University Press; Oxford: 1993. 44–55.
- Sent: Wilson, A., Beresford, P. (2000) *Anti oppressive practice: Emancipation & Appropriation*. British Journal of Social work. vol.30
- Sharma I. *Marriage and Mental Illness: Helplessness of Indian Women*. In *echo le souvenir*, Indian Association of Private Psychiatry, Kovalam, Thiruvananthapuram 2011: 54-60.

- Shelton, J. N. (2000). A reconceptualization of how we study issues of racial prejudice. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 374-390.
- Sherif, M., Harvey, O. J., White, B. J., Hood, W. R., & Sherif, C. W. (1988). *The Robbers Cave experiment: Intergroup conflict and cooperation*. Middletown, CT: Wesleyan University Press.
- Shih, M., Pittinsky, T. L., & Ambady, N. (1999). Stereotype susceptibility: Identity salience and shifts in quantitative performance. *Psychological Science*, 10, 80-83.
- Shildo, A. (1994). "Internalised homophobia: conceptual and empirical issues in measurement", Green B., Hereck, B. G. (ur.), *Lesbian and Gay Psychology - Theory, Research and Clinical Application*, Sage, Thousand Oaks.
- Shulamit, Ramon i Giannichedda, Maria Grazia (1991). *Psychiatry in Transition: The British and Italian Experiences*, Pluto Press, London.
- Sidanius, J., & Pratto, F. (1999). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Sidanius, J., Levin, S., Liu, J., & Pratto, F. (2000). Social dominance orientation, anti-egalitarianism and the political psychology of gender: An extension and cross-cultural replication. *European Journal of Social Psychology*, 30, 41-67.
- Silverman, C. (1968). *The Epidemiology of Depression*, Johns Hopkins Press, Baltimore.
- Simon, B. (1992). The perception of ingroup and outgroup homogeneity: Reintroducing the intergroup context. In W. Stroebe and M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (vol. 3, pp. 1-30). New York: John Wiley & Sons.
- Simon, B., & Pettigrew, T. F. (1990). Social identity and perceived group homogeneity: Evidence for the ingroup homogeneity effect. *European Journal of Social Psychology*, 20, 269-286.
- Sinclair, L., & Kunda, Z. (1999). Reactions to a Black professional: Motivated inhibition and activation of conflicting stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 885-904.
- Sklevicky, Lydia i Žarana Papić (2003). *Antropologija žene, XX vek*, Beograd.
- Skrypnek, B. J., & Snyder, M. (1980). On the self-perpetuating nature of stereotypes about women and men. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 277-291.
- Smeadley, A & Smeadley, B.D (2005). Race as biology is fiction, rasism as a social problem is real: Anthropological and historical perspectives on the social construction of race *American psychologist* 60 (1) 16-26

Smedley et al. (2003) *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, DC: Natl. Acad. Press; p. 764.

Smedley, B. D., Stith, A. Y., & Nelson, A. R. (Eds.). (2002). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academy Press.

Šmiržel, Ž.Š. (2003) *Ženska seksualnost*. Zavod za udžbenike: Beograd

Smiržel, Ženin Šasget (2003). *Ženska seksualnost*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd.

Smith, E.J. (2012) *Theories of Counseling and Psychotherapy: An Integrative Approach*. Sage

Smith, E., Foley, P.F. & Chaney, M.P. (2008) Addressing classism, ableism, and heterosexism in counselor education. *Journal of counselling and development* 86, 303-309

Snow D, Anderson L. Identity work among the homeless: The verbal construction and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology*. 1987;92:1336–1371.

Social perception and interpersonal behavior: On the self-fulfilling nature of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 656-666.

Spector M, Kitsuse JI. (1987) *Constructing social problems*. Aldine de Gruyter; New York: 1987.

Spencer, S. J., Steele, C. M., & Quinn, D. M. (1999). Stereotype threat and women's math performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35, 4-28.

Spencer, Steele & Quinn (2001) The Interference of Stereotype Threat With Women's Generation of Mathematical Problem-Solving Strategies. *Journal of Social Issues*, Vol. 57, No. 1, 2001, pp. 55–71

Spielberger, Charles D i Butcher, James Neal (1985). *Advances in Personally assessment*, vol. 5, Lawrence Erlbaum Associates Inc. publishers, New Jersey

Spivak, G.C (1988) *In other words*. London: Routledge

Stangor, C., Segrist, G. B., & Jost, J. T. (2001). Changing racial beliefs by providing consensus information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 486-496.

Steele, C. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52, 613-629.

Stein, Terry i Robert Cabaj (1996). *Homosexuality and Mental Health*, American Psychiatric Press, Washington.

- Steinberg,S. (2012) *Diversity and Multiculturalism: A Reader*.Peter Lang
- Stephan, W. G. (1986). The effects of school desegregation: An evaluation 30 years after Brown. In M. J. Saks & L. Saxe (Eds.), *Advances in applied social psychology* (vol. 3, pp. 181-206). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Stephan, W. G., & Finlay, K. (1999). The role of empathy in improving intergroup relations. *Journal of Social Issues*, 55, 729-743.
- Sterhuis, A., & van Knippenberg, A. (1998). The relation between perception and behavior, or how to win a game of Trivial Pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 865-877.
- Stocks ML. In the eye of the beholder. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1995;19:89–91.
- Stojnov, Dušan (2002). „Normalizacija i vaspitanje: Represija prirodne harmonije ili emancipacija disharmonije perspektiva?“, *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja*, 34: 30-48.
- Stojnov, Dušan (2005). *Konstruktivizam kao paradigma*, Institut za pedagoška istraživanja, Beograd.
- Strauss JS, Carpenter WT. Prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome. *Archives of General Psychiatry*. 1972;27:739–746.
- Strauss JS, Carpenter WT. Prediction of outcome in schizophrenia: III. Five-year outcome and its predictors. *Archives of General Psychiatry*. 1977;34:159–163.
- Stricker, George (1993). *Comprehensive handbook of psychotherapy integration*, Stricker & Gold
- Stricker, George i Jerold R. Gold (1993). *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*, Plenum Press, New York.
- Sturdivant, Suzanne (1980). *Therapy with Women: A Feminist Philosophy*, Springer, New York.
- Sue, G. (1998) *Multicultural counselling competences individual and organisational development*.Thousand oaks,CA Sage
- Swan, J.(1995) *The use of counseling skills: A guide for therapists*. Oxford.Butterworth-Heinemann
- Sexism and stereotypes in modern society: The gender science of Janet Taylor Spence*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Swim, J. K., & Sanna, L. J. (1996). He's skilled, she's lucky: A meta-analysis of observers' attributions for women's and men's successes and failures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 507-519.
- Swim, J. K., & Stangor, C. (Eds.). (1998). *Prejudice: The target's perspective*. San Diego, CA: Academic Press.
- Swim, J. K., Aikin, K. J., Hall, W. S., & Hunter, B. A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 199-214.
- Szasz, Thomas (1972). *The Myth of Mental Illness*, Harper and Row, New York.
- Szasz, Thomas (1980). *Sex by Prescription*, Garden City, NY: Doubleday Anchor.
- Tajfel, H. (1970, November). Experiments in intergroup discrimination. *Scientific American*, pp. 96-102.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Worchel and W. G. Austin (Eds.), *Psychology of intergroup relations* (2nd ed.; pp. 7-24). Chicago, IL: Nelson-Hall Publishers.
- Tajfel, H., & Wilkes, A. L. (1963). Classification and quantitative judgement. *British Journal of Psychology*, 54, 101-114.
- Tamura, T. i A. Lau (1992). „Connectedness versus Separateness: Applicability of Family Therapy to Japanese Families“, *Family Process*, vol. 31: 319-340.
- Tavris, C. (1992). *The mismeasure of woman*. New York: Simon & Schuster.
- Taylor, D. M., & Jaggi, V. (1974). Ethnocentrism and causal attribution in a south Indian context. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 5, 162-171.
- Taylor, D. M., Wright, S. C., & Porter, L. E. (1994). Dimensions of perceived discrimination: The personal/group discrimination discrepancy. In M. P. Zanna & J. M. Olson (Eds.), *The psychology of prejudice: The Ontario Symposium, Volume 7* (pp. 233-255). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Taylor, D. M., Wright, S. C., Moghaddam, F. M., & Lalonde, R. N. (1990). The personal/group discrimination discrepancy: Perceiving my group, but not myself, to be a target for discrimination. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 254-262.

The Boston's Women's Health Collective (1976). *The New Our Bodies Ourselves: A Book by and for Women*, A Touchstone Books, New York.

The essential shared responsibilities, National institute for mental health, 2004
<http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/10-essential-shared-capabilities.pdf>

Thomas P. How should advance statements be implemented? *British Journal of Psychiatry*. 2003;182:548–549.

Thomas R. Bates. Gramsci and the Theory of Hegemony, *Journal of the History of Ideas* Vol. 36, No. 2 (Apr. - Jun., 1975), pp. 351-366, Published by: University of Pennsylvania Press

Thomas, Susan (1975). *Moving into Integration: A Study of Theory and Practice in the Feminist Therapy*, Portland University.

Thompson, N. (1993) *Anti-Discriminatory Practice*. London: Macmillan

Thompson, N. (1998) Promoting equality: challenging discrimination and oppression in the human services“. London. Macmillan

Thornicroft, Graham et al. (2008) *Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions*

Tidwell, R. (1992) Crisis counselling: a right and a necessity for members of the underclass. *Counselling Psychology Quarterly*, Vol.5. pp.245-250.

Tiefer, L. (1981). *The context and consequences of contemporary sex research: A feminist perspective*. Female psychology: The emerging self, New York, St. Martin's press

Tilby, J. Penelope & Kalin, Rudolf (1980). "Effects of sex-role deviant lifestyles in otherwise normal persons on the perception of maladjustment“, *Journal: Sex Roles*, vol. 6, num 4.

Titchener, J. L. (1986). "Post-traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives“, C. Figley (ur.), *Trauma and its wake. II*. Brunner/Mazel, New York.

Tones Keith & Tilford, Sylvia (2001) Effectiveness, efficiency and equity. Nelson Thornes Ltd. (third edition)

Tribe, R. & Raval, H. (2002) *Undertaking Mental Health Work using Interpreters*. London: Routledge (in press).

Tribe, R. (1999) Therapeutic work with refugees living in exile: observations on clinical practice. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 233–242.

- Turner, M. A., Fix, M., & Struyk, R. J. (1991). *Opportunities denied, opportunities diminished: Racial discrimination in hiring*. Washington, DC: Urban Institute Press.
- Unger, R. K. (1979). *Female and Male*. Harper & Row, New York.
- Usser, Jane (1991) *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?*, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf, 341 pp
- Ussher, Jane M. (1991). *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness*, University of Massachusetts Press, Amherst.
- Van Dijk, A. Teun (2006). *Discourse and Manipulation. Discourse & Society*. London. Thousand Oaks, CA and New Delhi : SAGE Publications .
- Van Dijk, A. Teun , (1994). *Discourse and Inequality*. *Lenguas Modernas* 21: Universidad de Chile. 19–37
- Vanessa Jackson, "In Our Own Voices: African American Stories of Oppression, Survival and <http://www.mindfreedom.org/mindfreedom/jackson.shtml> (12.04.2016) *Recovery in the Mental Health System*", pp 1-36, p. 4-8
- Vatcher, Carole-Anne i Bogo, Marion (2001). *The feminist/emotionally focused therapy practice model: An integrated approach for couple therapy*”, *Journal of Marital and Family Therapy*,
- Vontress C, Jackson M. Reactions to the multicultural counseling competencies debate. *Journal of Mental Health Counselling* 2004; 26:74–80
- Vulstonkraft, Meri (1994). *Odbrana prava žene*, Filip Višnjić, Beograd.
- Walker R, Frost ES. Social recovery index. *American Journal of Psychiatry*. 1969;126:123–124.
- Walker, Lenore E (1989). „Psychology and violence against women”, *American Psychologist*, Vol. 44(4), Apr: 695-702.
- Wallace, Clement John, Myles.(1994) *Relations of Ruling: Class and Gender in Postindustrial Societies*. McGill-Queen's University Press
- Ware N, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. “Connectedness and citizenship”: Redefining social integration. *Psychiatric Services*. 2007 April; in press. 2007.
- Warner R. *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy*. Rev. ed. Routledge and Kegan Paul; New York: 1994.
- Weare, Catherine. (2000) *Promoting Mental, Emotional and Social Health: A Whole School Approach*, Routledge London

- Weber, R., & Crocker, J. (1983). Cognitive processes in the revision of stereotypic beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 961-977.
- Weir M. Politics and jobs. Princeton University Press; Princeton: 1992.
- Weltman, Sharon Aronofsky (1999). "Passions of the Voice: Hysteria, Narrative, and the Figure of the Speaking Woman, 1850-1915", *The Henry James Review*, Vol. 20, Num 3: 310-313.
- Wendell, S. (1996). *The rejected body: Feminist philosophical reflections on disability*. New York: Routledge.
- Werzer – Lang.D. Speaking Out Loud About Bisexuality: Biphobia in the Gay and Lesbian Community. *Journal of Bisexuality*, Volume 8, Issue 1-2, 2008
- Wheeler, S. C., & Petty, R. E. (2001). The effects of stereotype activation on behavior: A review of possible mechanisms. *Psychological Bulletin*, 127, 797-826.
- Wheeler, S. C., Jarvis, W. B. G., & Petty, R. E. (2001). Think unto others: The self-destructive impact of negative racial stereotypes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37, 173-180.
- Whelan, Winfred (1999). „Postmodernism in the work of Julia Kristeva“, *Religious education*, Winter issue.
- White, L. (2002) *The Ation methods: techniques for enlivening group process and individual counselling* .Lizz White: Torono.CA
- White, V. (2006). *The State of Feminist Social Work*, Routledge, London i New York.
- Whitebook, J. (1996). *Perversion and Utopia: A Study in Psychoanalysis and Critical Theory*, MIT Press.
- WHO Promoting mental health, Summary report, World Health Organization 2004
- Wiggins, J. (2003). *Paradigms of Personality Assessment*. The Guilford press. New york
- Wilder, D. A. (1981). Perceiving persons as a group: Categorization and intergroup relations. In D. L. Hamilton (Ed.), *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior* (pp. 213-257). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilkinson, Sue i Celia Kitzinger (ur.) (1993). *Heterosexuality: A Feminism and Psychology Reader*. CA: Sage, Newbury Park.
- Williams, D. R., Yu, Y., Jackson, J. S., & Anderson, N. B. (1997). Racial differences in physical and mental health. *Journal of Health Psychology*, 2, 335-351.

- Williams, Elizabeth Nutt i Barber, Jill S. (2004). "Power and responsibility in therapy: integrating feminism and multiculturalism", *Journal of Multicultural Counseling and Development*.
- Williams, Juanita H. (1974). *Behaviour in a Biosocial Context*, W. W. Norton/Company, New York.
- Williams, Lee i McBain, Heidi (2007). "Integrating gender on multiple levels: a conceptual model for teaching gender issues in family therapy", *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 32.
- Wilson;A. P Beresford.P. *British Journal of Social Work*; Oct 2000; 30, 5; (553 -570)
- Wilson, Colin (1972). *New Pathways in Psychology: Maslow and the Post-Freudian revolution*, Victor Gollancz, London.
- Witchers, S.(1996)"The experience of counseling" in G.Hales "Beyond Disability:Towards and Enabling society".London, Sage
- Witten,M.T Eyler.E (2012) *Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Aging: Challenges in Research,practice and policy*.John Hopkins University press
- Wittenbrink, B., Judd, C. M., & Park, B. (1997). Evidence for racial prejudice at the implicit level and its relationship with questionnaire measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 262-274.
- Woods, M & Hollis,F (1990) *Casework: A psychological therapy*. New York:McGrave –Hill
- Worel, J & Remer,P (2003) *Feminist perspectives in therapy,Empowering diverce women*,Hoboken.NJ.Wiley
- Worell, Judith (2000). „Feminism in psychology – revolution or evolution“, *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 571, No. 1: 183-196.
- Worell, Judith i Remer, Pam (2002). *Feminist Perspectives in the Therapy –Empowering Diverse Women*, John Wiley & Sons
- Worthington, E.L (1989) "Religious Faith across the Lifespan" *The Counselling Psychologist*,17(4) pp.555-612
- Yalom, Irvin (1980). *Existencial psychotherapy*, Basic books.
- Yinger, J. (1995). *Closed doors, opportunities lost: The continuing costs of housing discrimination*. New York: Russell Sage Foundation.
- Yalom, I (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*.Basic book.New York

Zilboorg, Gregory (1935). *The medical man and the witch during the renaissance*, Oxford University Press, London.

Žagoz, Anamari (2006). *Uvod u Queer teoriju*, Centar za ženske studije i istraživanje roda, Beograd

Biografija:

Lidija Vasiljević je rođena u Beogradu 1971. godine. Diplomirala je psihologiju na Filozofskom fakultetu u Beogradu, gde je 1999. odbranila diplomski rad na temu : *Povezanost stepena autoritarnosti i stavova o seksualnosti*. Magistrirala je na Studijama Roda i politike na Fakultetu političkih nauka u Beogradu 2009. god. odbranivši tezu *Uticaj feminizma na politike mentalnog zdravlja*.

Edukaciju iz psihodrame započinje 1997. godine a 2001. je završava stekavši diplomu psihodramskog psihoterapeuta. Sertifikovana je na nacionalnom (Savez Društava Psihoterapeuta Srbije) i na evropskom niou (Evropski sertifikat za psihoterapiju). Od 2010. je trener Britanske psihodramske asocijacije a od 2013. godine i supervizor. Kao trenerica Oksfordske Škole za psihoterapiju i psihodramu završila je trening za trenere i postala njihov član i deo edukativnog tima.

Jedna je od osnivačica Regionalne asocijacije za psihodramu i integrativnu primenu psihoterapije – RAIP, 2010 u Beogradu, koja je aktivna u Novom Sadu, Ljubljani, Sarajevu, Mostaru, Tuzli, Puli. Kao edukatorica i supervizorka u okviru RAIP učestvuje u procesu edukacije za psihodramske psihoterapeute, kao i u edukaciji za integraciju psihodrame i drugih psihoterapijskih modaliteta.

Od **2000 - 2010.** godine aktivno je učestvovala u iniciranju, razvoju i koordiniranju projekata vezanih za rod i obrazovanje, rod i mentalno zdravlje, kao i rodno zasnovano nasilje. Projekti su realizovani u lokalnim NVO (Asocijacija za ženske inicijative, Anti sex trafficking asocijacija, Sigurna kuća za zaštitu žrtava nasilja i trgovine ljudima) kao i internacionalnim NVO (CordAid, CRS, UNIFEM, GVC). Tokom 2000. počinje da osmišljava i fasilitira treninge i edukacije iz oblasti: veština komunikacije, vođenja grupa, menadžmenta u ljudskim resursima, team building-a itd. Održala je više od 200 različitih treninga i obuka za vladin i NVO sektor, kao i udruženja, preduzeća, ambasade i druge institucije.

Od **2008 -2014** godine bila je koordinatorka Edukativnog i istraživačkog programa Ženskog Informaciono dokumentacionog centra, u kome se bavila istraživanjem i analizom medija kao i edukovanjem studenata/kinja i novinara/ki u oblasti roda i medija.

Pored terapije i edukacije, bavi se i naučim i istraživačkim projektima vezanim za oblast psihoterapije i teorije roda. Najvažniji radovi: Profesionalizacija roda (Ženska Infoteka Zagreb, 2007) rad predstavljen na skupu - Žene i politika u Dubrovniku, Feminističke kritike pitanja braka i porodice (zbornik - Neko je rekao feminizam, 2008), Gender inclusive psychotherapy, (Psychotherapy and politics monthly, 2008) predstavljen na konferenciji Psychotherapy and politics, London 2009, Možda je rođena s tim - klasni problemi feminizma (zbornik: Socijalni pokreti nakon '68, 2009) predstavljen na konferenciji: Socijalni pokreti u Novom Sadu 2009. Radovi su naišli na dobru reakciju, kako na samim konferencijama, tako i kasnije od strane korskornika i čitalaca, uvršćeni su u literaturu kurikuluma studenata Alternativnih ženskih studija i Fakulteta za medije i komunikaciju Singidunum.

Takođe je predstavljala radove iz oblasti aktivizma kao i grupne psihoterapije na Internacionalnim konferencijama: **2001** Gender Mainstreaming in psychosocial programs, (Women East-West Poland), **2002** Socijalni Forum, Firenca: Feministički aktivizam 90 tih i uloga zenskih NVO, **2003** 15. Internacionalni kongres ASGP, Prezentacija rada – "Ženska psihodramska grupa – Dinamika i Specificnosti", **2005** 16. Kongres Svetske grupne psihoterapije (IAGP): Feministički pristup u psihoterapijskom radu sa Aktivisiskinjama/aktivistima", **2009** Konferencija Britanske psihodramske asocijacije: Mapiranje rodnih aspekata u psihoterapiji. **2010** ; U oksfordu Rad sa ratnom trumom, **2011** godine – Rad sa traumom kroz akcione i ekspresivne tehnike, 2014, 2015 godine Integrativni psistup –psihodrama i TA na Kongresu Saveza društava psihoterapeuta Srbijekao i Upotreba psihodramskih tehnika u edukaciji, Britanske psihodramske asocijacije.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а Vasiljevic Lidija

број уписа 850

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Antidiskriminativni pristup i rodna inkluzivnost u politikama mentalnog zdravlja

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 5.05.2016 _____

Vasiljevic Lidija

Прилог 2.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора **Vasiljevic Lidija**

Број уписа __850

Студијски програм **Socijalni rad**

Наслов рада : **Antidiskriminativni pristup i rodna inkluzivnost u politikama mentalnog zdravlja**

Ментор _____**Prof.dr Tamara Dzamonja Ignjatovic ,Fakultet političkih nauka,Univerzitet u Beogradu**

Потписани _____**Vasiljevic Lidija**_____

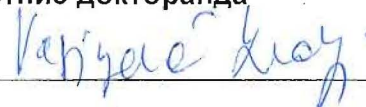
изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, _____05.05.2016_____



Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Antidiskriminativni pristup i rodna inkluzivnost u politikama mentalnog zdravlja

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство

2. Ауторство - некомерцијално

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде

4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима

5. Ауторство – без прераде

6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, _____ 05.05.2016 _____

