

Доц. др Радомир Арсић<sup>19</sup>

Учитељски факултет у Призрену – Лепосавић

## ПОРОДИЦА И ДЕТЕ ОМЕТЕНО У РАЗВОЈУ

**Апстракт:** *Рад се бави утицајем ефеката добијања деце ометене у развоју на развој породице. Глобално, понашање породица са дететом ометеним у развоју можемо поделити у три категорије: прву би сачињавале породице које су најподложније појави стреса, другу карактеришу материјални и практични проблеми у породици а трећа наглашава надлежност и важност породице у превладавању проблема који се појављују добијањем детета ометеног у развоју.*

*Већина истраживања наглашава важност искуства породице као и подршку која је потребна како би се изборили са појавом ометености код свог детета. Појава стреса се повећава са старошћу детета које је ометено, и повезана је са негом коју оно захтева. Постоје и други стресни утицаји, а издвајамо ниска примања родитеља, развод родитеља или напуштање брачне заједнице једног од родитеља. Отац врло често игра периферну и ограничену улогу, чак и када је присутан.*

*Ове породице треба да се третирају према индивидуалним потребама сваког члана, потребама које изискују индивидуална решавања – јер, иако су родитељи деце с инвалидитетом пријавили више стреса у вези са бригом за своје дете, они су генерално показали већу отпорност на прилагођавање и присуство ометеног члана породице.*

**Кључне речи:** породица, дете ометено у развоју, стрес.

Породица је основна друштвена јединица, односно микрокосмос друштва. Она спада међу најзначајније преносиоце друштвених утицаја али је истовремено и подложна променама које настају услед промена у друштву и економским односима. Најважнија функција породице је, поред репродуктивне, пружање економске, емоционалне и психолошке сигурности члановима породице. У испитивању породице и њеном проучавању значајно место се даје утврђивању врста и квалитета комуникације, и то како међу члановима породице тако и породице са социјалном средином. Комуникација у овом случају помаже што бољем функционисању породице.

<sup>19</sup> [radomir.arsic@pr.ac.rs](mailto:radomir.arsic@pr.ac.rs)

Породица представља уточиште и место бројним здравим или патолошким облицима узимања и давања.

Уколико породицу посматрамо са социолошког и историјског аспекта, видимо да је она у организационом погледу претрпела значајне промене, и то како у структури тако и у динамици и приоритету функција. Процеси индустријализације и урбанизације довели су до тога да је нестала патријархална породична заједница и њене вредности, а проширена породица прерасла је у нуклеарну породицу – састављену пре свега од родитеља (или једног родитеља) и једног (највише два) детета). С овим променама мења се и подела улога међу половима, долази до слабљења кохезионих фактора у породици, мењају се ставови о начину склапања као и функцији брака, и долази до веће социјалне покретљивости и слабљења некадашњих чврстих бедема породичне структуре. Упоредо долази до промена у новим облицима породичне организације, а са овим и раздвајања и функције породице и функција друштва. Породични ставови, обичаји, схватања и навике сада су мање-више конзервативнији од друштвених. Немогућност задовољења својих потреба у оваквим породицама доводи до много бржег њеног распада (нарочито у односу на патријархалну породицу), до појаве великог броја непотпуних породица. Ово је много очигледније уколико погледамо Младеновићеву (Младеновић 1963, 32) дефиницију породице, у којој су наведене и основне одлике породичне групе: „Породица је основна друштвена група која, зависно од историјског и друштвено-економског развитака, окупља лица везана браком и њихово потомство, а евентуално још и шири или ужи круг крвних сродника, који се удружују ради задовољења разноврсних биолошких потреба (задовољење полног нагона, рађање и подизање деце), економских потреба (производња, потрошња, размена), социјалних (заштита чланова породице), васпитних, емотивних и других потреба.“ Уз ову, као илустрацију наводимо дефиницију породице коју је дао Бергер (Бергер 1992, 118); по њему, „породица је буквално школа живота у којој се као главна наставна средства користе демонстрација уживо, где су наставници особе са којима деца имају врло присне односе и са којима комуницирају на све могуће начине, вербално и невербално, конкретно, симболички и апстрактно, кроз примере и кроз приче, у којима су ликови дубоко урезани у памћење целе породице. То је школа живота без премца, која користи изузетан сплет околности, у које спада: потпуна наивност деце односно пријемчивост, велика зависност од родитеља, природност дешавања и њихова животност, изузетна узбудљивост збивања и ванредно снажна средства награђивања и кажњавања, која могу да произведу доживотне ефекте... Та породична космологија је врло сугестивна и користи индиректне, драматуршке ефекте у постизању трајног утицаја.“

У савременом психолошком одређивању породице, концепција линеарног утицаја породице на појединачног члана уступа место системском

приступу породици, проучавању менталног здравља породичног живота у непрекидно променљивим, здравим или патолошким обрасцима интеракција.

### **ДЕТЕ СА ОМЕТЕНОШЋУ (дете са посебним потребама)**

За свако дете породица представља централну област животног простора у коме оно обитава. У раном детињству у њој дете задовољава све своје потребе, али и касније, упркос ширењу животног простора у коме дете обитава (дечји вртић, школа...), породица и даље остаје примарна у задовољавању већине дечјих потреба, од којих су, осим основних биолошких потреба, најважније потреба за сигурношћу, љубављу и припадањем.

Дете са ометеношћу има смањене развојне потенцијале а због оштећења често и отежано задовољава своје потребе. Њему је због тога потребно много више пажње, неге и бриге него осталој деци. Колико ће породица бити у стању да им помогне и успешно обавља своју функцију зависи од начина њеног прилагођавања на чињеницу постојања детета са ометеношћу. С друге стране, дете родитељима представља значајни извор задовољства, самопоштовања и поноса. Успорено напредовање и развојне тешкоће ометеног детета доносе због тога фрустрације, и то представља највећу препреку у прихватању детета с ометеношћу, и успостављања блиског односа с њим.

Могућности прилагођавања детета на конкретна ограничења, коју ометеност неминовно са собом носи, и на секундарне последице ометености зависе пре свега од личних одлика детета, као и од одлика непосредног и ширег окружења детета. Виготски (Виготски 1987, 143) наводи: „Сваки органски недостатак реализује се у понашању детета као друштвено умањење његове вредности.“ Он зато сматра да је развој детета друштвено условљен, и да ометеност изазива неку врсту социјалне девијације код ове деце. Он такође сматра да искључивање детета из друштвене заједнице омета развој виших психичких функција те да су хетерогене групе за развој детета повољније него хомогене. У вези с тим може се поставити и питање у којој мери, у општој популацији, постоје негативни ставови према деци с ометеношћу, односно према ометенима као социјалној групи маргинализованих, слабих, па стога и групи веома погодној за примену агресије. Предрасуде онемогућавају да се потисне страх од непознатог, као и од различитости, да би се стекла сигурност у оквиру позитивно вредноване групе, као и избегао ризик од агресије и осећаја кривице. За друштвене групе пре свега везан је и осећај припадности као и одбојности према другим групама. Према основним тезама антипсихијатријског покрета, процес дијагностификовања жигосе, изолује и маргинализује појединца, поткрепљује његова потенцијална искривљена понашања, „утерује“ га у улогу болесника и одражава слику о себи као о „другачијем“ појединцу (Хрњица 1986, 8). Због тога утицај девијантних облика понашања на даљи развој појединца зависи од начина вредновања

таквих понашања у датој култури, припадајућој друштвеној групи или још уже – у породици. Неки аутори (Лемерт 1951) говоре о примарној и секундарној девијацији, где под примарном подразумевају почетно, неорганизовано, аморфно, некристализовано одступање, док дефинисањем поремећаја настаје секундарна девијација (осим ако поремећај није настао услед стреса који успева да се превлада, или ако одступајуће понашање кристализује на пример ексцентричност).

Разматрајући релативност односа према хендикепу Рајовић (2004, 12), наводи: „Због сопственог нарцизма ми а приори сматрамо да ментално ретардиране особе не поседују самосвест, способност самопроцене, самопоштовања и афирмације себе. Заузимањем оваквог становишта, без потребе за преиспитивањем, чини нас неосетљивим да прихватимо да они, као и сви ми, имају више или мање реалан доживљај себе, који се развија кроз наше понашање према њима. Често их, несвесни да је њихово понашање бунт против нашег понашања, којим им перманентно показујемо да о њима немамо висока мишљења и очекивања, опажамо као хиперактивне, агресивне, несарађујуће особе.“

Са практичног становишта, пропорција негативних и позитивних ставова према ометенима важна је јер одређује превалентни облик комуникације са ометенима. Осиромашено социјално комуницирање смањује доток повратних информација и сопственим одликама, што доводи до додатног отежавања у формирању самосвести. Због тога је код ометених у развоју чешћа појава усамљености, анксиозности, неповерења у друге, губитка самопоуздања, повлачења у себе, претеране зависности, регресивних реакција, као и других одбрамбених реакција. Од низа фактора зависи да ли ће се наћи најадекватнији облик компензовања ометености, па описујући личност ометене особе Хрњица (1986) наводи: „Негативни аспекти личности, првенствено емоционалне и социјалне природе, на тај начин постају једини елементи којима се описује личност. Занемарује се чињеница да су те карактеристике личности настале као последица покушаја особа са развојним сметњама да задовоље своје потребе и у средини која им није наклоњена, и да је њихова узнемиреност и повлачење најчешћи резултат те битке са средином. Занемарују се, при томе, сви преостали развојни потенцијали, као и особен начин на који су постојећа (позитивна и негативна) својства личности повезана у јединствену целину.“

Код ометених особа отежано је задовољење универзалних људских потреба, нарочито потребе за припадањем и социјалним и емоционалним комуницирањем. Посебне потребе се, како наводи Рајовић (2004, 12), односе на:

1. Потребе за специфичним видом подршке у задовољавању универзалних потреба, и
2. Трансформацију аутентичних људских потреба, као последица

фрустрације из окружења, а од којих зависи задовољавање следећих нивоа потреба у хијерархији.

Матејић Ђуричић (1994) сматра да ометена деца имају исти корпус потреба као и деца без сметњи у развоју, само су механизми социјалног посредовања битно другачији, сложенији и продуженог трајања.

Ометеност ограничава реалне могућности појединаца а однос и ставови окружења, као стални извор осујећености и стресних ситуација, могу да доведу до секундарних последица у менталној, емоционалној и социјалној сфери живота ометене особе. У којој мери ометена особа успева да одговори захтевима средине, и како се процењује „степен њене ометености“ умногоме зависи од ставова у датој култури и од ставова и очекивања блиског окружења. Због тога је искуство ометеног детета сиромашније, могућности за учење су мање, често је дуже физички зависно, отежано је емоционално сазревање, врло често је презаштићено („заштићено“ од иницијативе и од социјалне интеракције, теже развија слику о себи јер слабије користи своје тело и прима мање повратних информација о себи од других – велика може да буде разлика између реалне и идеалне слике о телу). Код особа које имају лакшу ометеност може да се појави и проблем идентификације са групом ометених или са групом неометених. Понашање неометених у интеракцији са ометенима одликује се стереотипима, инхибираношћу, контролисаношћу, осећају узнемирености, збуњености, избегавању осетљивих тема и друго.

Деца с ометеношћу, као и особе с ометеношћу, често доживљавају осујећења, лишавања, неизвесност и осиромашене или неадекватне социјалне интеракције. Код њих се често појављује базична несигурност и страх од одбацивања и неуспеха, а може да се појави и свест о различитости, па се уместо развијања преосталих способности и потенцијала јавља пасивност, депресија, опште незадовољство, као и незадовољство собом. Уза све набројане слабости, код особе с ометеношћу, пре свега детета, долази до проблема у доживљавању искустава која су неопходна за интеракцију у социјалну средину. А интеракција са социјалном средином утиче, између осталог, на формирање система вредности, као и различитих ставова, па и ставова према ометености, а самим тим и према сопственој ометености, а све заједно утиче на формирање слике коју дете има о себи као и на сопствени идентитет.

Рођење детета доноси велику промену у породицу, промену која захтева преузимање нових улога и која у породичну динамику уноси нове подстицаје. Такође, рођење детета с ометеношћу, односно само сазнање да је дете са ометеношћу, представља стресор другачијег квалитета, који породицу ставља пред посебна оптерећења, и то у дужем временском периоду.

Прилагођавање на дететову ометеност дуготрајан је и мукотрпан процес, током којег се откривају могуће различите фазе и фактори који

доприносе овоме процесу пре него стереотип о могућности коначног прилагођавања ометености, односно хендикепу. Као и у другим, различитим стресним животним ситуацијама, појављују се бол и патња, проистекли из сазнања да дете има неку ометеност и да није као сва остала деца, и то може да буде окидач за појаву различитих реакција и осећања, на разним нивоима: шок, непризнавање ометености, амбивалентност, огорченост; обесхрабрење, хронична напетост, осећај кривице, осећање изолованости детета и породице, осећај пораза, депресивност, осећај немоћи, окривљавање свих других, губитак самопоштовања – само су неке од реакција које се појављују у породици која добије дете с ометеношћу. Поред тога, појављује се и стална несигурност, као и већа анксиозност родитеља у подизању детета: родитељи бивају мање награђени дечјим постигнућима, у односу на осталу децу, појављује се много мања очекивања у односу на осталу децу, појављује се страх од жигосања породице као различите, нема позитивних предвиђања за будућност овакве деце.

На првом кораку ка родитељству, родитељи деце ометене у развоју доживљавају пораз, они морају да мењају модел родитељства који су претпоставили, и да се суоче са много недоумица и непознаница – како у вези са самом ометености (хендикепом), тако и погледу сопствених реакција и осећања. Мењају се, неминовно, ставови о себи, свету, родитељству, деци, породичном животу, систем вредности се реорганизује у складу с дететом са ометеношћу. Неуобичајене животне околности намећу овим породицама потребу за новим моделом функционисања. Сам процес прилагођавања хендикепу схвата се као принцип и процес преиспитивања, модификовања и поновног изграђивања. Прва драматична промена дешава се у ставовима родитеља приликом суочавања са дијагнозом, односно приликом суочавања са догађајем који се до тада налазио ван домета њихових виђења. Тумачење света одједном постаје бесмислено, предвиђања немогућа. Сви ови процеси разликују се од породице до породице, а у зависности од способности разумевања, претходних знања, степена ометености детета, и од представа о себи. Неки родитељи добијање детета ометеног у развоју доживљавају као подривање слике о себи као родитељима. Основна, биолошка потреба и реакција родитеља – да заштити своје потомство – бива угрожена; подривају се и корени самопоштовања, систем вредности који је до тада изграђен. Јеротијевић (1997, 27) наводи: „Само дефинитивни губитак најближих особа може бити потреснији и болнији од сазнања да нам дете има озбиљне проблеме у развоју. Страх, бол, неправда, немоћ, усамљеност, потискују свако друго осећање. Стање шока блокира разум. Започиње дуг пут преиспитивања себе и свега што је претходило, дуг период неповерења, бежање од суочавања са проблемом и трагања за макар и најситнијим детаљима који би негирали наше сумње.“

Сазнање о ометености детета носи са собом антиципацију различитих губитака – губитка претходног и у будућност пројектованог „нормалног“ живота, биолошког губитка, као и социјално „уцртане“ улоге родитеља; губитка очекиваног проласка кроз све нормативне фазе развоја детета, губитак самопоуздања и веровања у утврђене вредности, губитка осећаја сигурности и на крају губитка у равноправности у социјалним односима са другим породицама. У породицама које имају ометено дете честа је појава хроничне напетости у односима, као и туговање.

Свака категорија ометености поставља специфичне проблеме – како детету тако и породици, и то зависно од природе, тежине, учесталости и уочљивости симптома, као и од степена у коме угрожава нормално функционисање породице. Свако стање дечје ометености намеће низ специфичних стресова и поставља посебне захтеве издржљивости – и детета и породице; поставља захтеве њиховом прилагођавању: у физичком, емотивном и социјалном смислу. У факторе ризика спадају карактеристике ометености, захтеви у погледу неге детета, истовремене друге стресне околности, проблеми са здрављем или претходни психолошки проблеми родитеља, проблеми у комуникацији или у односима међу родитељима. Са друге стране, подржавајући фактори, који јачају способност превладавања проблема, чине породичне варијабле као што су: одсуство конфликта међу родитељима, отворена комуникација, емоционално изражавање, породична кохезивност и стабилност, као и стабилна друштвена, емоционална и институционална подршка друштва овим породицама. Прихватање детета, са свим његовим стварним одликама а не створене представе о детету, у складу с нашим очекивањима, посебно је важно у подршци и развоју детета са ометеношћу. По Ружичићу (2005, 73), „прихватање детета подразумева специфичан језик комуницирања, специфичне емоционалне релације и специфичне патерне понашања на бихевиоралном плану, који конгруентно, као део невербалног понашања, прате вербалне исказе“.

Могућност родитеља ометеног детета да прође кроз различите емотивне буре, кроз суочавања са самим собом и са потребом драстичног мењања сопствених представа о породичном животу и родитељској улози, у великој мери одређује даљи ток развоја породице с ометеним дететом. Бројни су рационални или ирационални разлози који утичу на формирање односа родитељ – дете ометено у развоју. Живковић (1991, према: Хрњица 1991, 275), наводи да је однос родитељ – ометено дете у почетку „угрожен, онемогућен, испрецесан, повремен, у сваком случају недоследан“. У таквим околностима јавља се кашњење или чак потпуно изостајање појединих социјалних притисака неопходних за постепено развијање навика, учење контроле импулса и потреба, заправо прилагођавање захтевима средине и реалности.

Ометеност детета представља један од најтежих акциденталних или паранормативних догађаја за сваку породицу. У истраживању које је спровела Митић (1997), ометеност детета представља, по степену стресогености, један од најтежих утицаја (она га поставља на треће место своје скале, после смрти детета и смрти блиског члана породице). Ово пре свега зато што се ометеност открива још у раном детињству, тј. у раној развојној фази породице, када је породични идентитет још нејасно успостављен и недефинисан. Појава детета с ометеношћу може да продужи фазу зависности и интензитет емоционалне блискости код супружника. Истовремено, онај догађај може да доведе и до презаштићивања у односу на дете с ометеношћу, као и претерано умрежених односа међу родитељима, а то, опет, може да омета осамостаљење детета и потенцијалну његову рехабилитацију. Такође, за развој породичног система и за развој детета неповољно је успостављање претерано дистанцираних односа с ометеним дететом. На постизање најповољнијих исхода утичу и други фактори, као што је поремећај границе између породице са дететом с ометеношћу и њенога окружења, а код родитеља су веома честе емоционалне реакције у виду осећаја кривице, губитка самопоштовања, хроничног туговања, осећања издвојености и друго, што може да доведе до изолованости породице и постављања ригидних граница према окружењу.

Родитељи детета с ометеношћу треба да мењају очекивања у односу на дете, и треба да се суоче са својим страховима од будућности и продужене зависности детета. Животни циклус ових породица је ненормативан јер неке фазе и транзиције између фаза могу да буду поремећене, али и не морају; у објективном времену присутне али могу да и потпуно изостану. Зато неки аутори за ове породице кажу да су нормалне породице које живе у абнормалном условима. Сазнање о добијању детета с ометеношћу изазива трауматски, неочекивани и нежељени догађај, који родитеље доводи у егзистенцијалну кризу јер озбиљно ремети њихова базична веровања и базични осећај сигурности и поверења, и активира амбивалентна и неразрешена осећања.

Разматрајући ставове према инвалидитету Чавлошка Херцег и Стојковић (2001, 71) наводе следеће предрасуде које се у нашој средини везују за породицу у којој живи особа с инвалидитетом:

- Мање вредна породица;
- Испашта породични грех;
- Генетски је кажњена;
- Има „забрану“ на срећу;
- Оправдано и неминовно жртвује интересе осталих чланова породице;
- Нема могућности да живи као остале породице у друштву;
- Дугује захвалност ако се члан породице с инвалидитетом запосли или има „своју“ породицу;

- Хиперсензитивни су и завиде другима;
- Деца и млади треба да похађају специјалне школе и баве се специјалним занимањима.

У условима оваквог окружења и озбиљних унутарпородичних проблема могло би се претпоставити постојање веће инциденце дисфункционалности у породицама са дететом с ометеношћу у односу на породице са здравом, неометеном децом. Породице које имају дете ометено у развоју скоро су свакодневно „у шкрипцу“ са временом потребним овој деци. Карактеристично је да се мајке ове деце, које су отвореније за сарадњу, дубље суочавају с проблемима с којима се носе ова деца, па код њих доминира осећај немоћи, песимизма и исцрпљености. Насупрот њима су очеви – код којих доминира коришћење одбрамбених механизма, и то најчешће интелектуализација, због страха од суочавања са правим осећајима који прате овакав проблем. У односу према детету с ометеношћу мајке показују став презаштићености, као и тенденцију стварања коалиције мајка–дете. Истраживање које су спровели Чавлоска Херцог и Стојковић (2001), испитивано је функционисање породица особа с моторним поремећајем. По резултатима овог истраживања, овакве породице функционишу као чврст ригидно умрежен породични систем. Ови аутори још наводе да што је породични систем умреженији и ригиднији, то је и већа вероватноћа да под стресним околностима ескалира ка већем степену дисфункционалности јер у овако снажно умреженим међусобним односима неспоразуми лако прерастају у конфликте (код родитеља), а то доводи до пораста унутрашње породичне тензије и, последично, депресивних реакција, психосоматских сметњи, социјалног повлачења итд. Ово сведочи да је граница породице према спољном свету и окружењу чврста али да је унутарпородична граница порозна.

Неке специфичности породичне ситуације у породицама са дететом с ометеношћу (оштећење слуха) налазимо и код Павковић (2003), која потврђује хипотезу да родитељи деце оштећеног слуха дете прихватају емоционално, али и да су васпитни ставови према детету најчешће премисивни. Она такође указује и на разлике у реаговању на ометеност између мајки и очева, па указује да мајке у двоструко већем проценту реагују осећањем туге, насупрот очевима који се труде да ометеност прихвате „нормално“.

Хрњица и сарадници су 1991. године испитивали 465 мајки и очева који су имали децу ометену у развоју; он издваја неке проблеме који су чести код родитеља деце ометене у развоју, и то код деце која имају лаку менталну заосталост (МЗД у табелама), глувоћу или тешку наглувост, слепоћу и слабовидост (Хрњица 1991, 36–39). У нашем раду ћемо као илустрацију понудити само неколико табела из овог истраживања.

*Табела 1 – Процена особина детета на раном узрасту (изражена у процентима)*

	Изразито нервозно	Плачљиво	Љутито	Тврдоглаво	Пасивно
<b>1. МЗД</b>	83,8	69,7	84,6	88,4	76,8
<b>2. Глува</b>	79,6	75,9	86,9	81,0	70,1
<b>3. Слепа</b>	71,9	65,6	96,9	90,6	93,8
<b>4. Слабовида</b>	81,8	78,2	96,4	100,0	63,6

Из табеле 1 видимо уједначеност појава особина детета која имају неку од ометености, и уочавамо да се нервоза најчешће појављује код ментално заостале и слабовиде деце, плакање се најчешће појављује код слабовиде деце, љутња је најизразитија код следе деце, тврдоглавост најизразитија код слабовиде деце, а пасивност се најчешће појављује код следе деце. Табела нам показује резултате процене особина деце са ометеношћу, што сведочи да се најчешће код слабовиде деце показују најлошији резултати.

Табела 2 – Поремећај навика и понашања (изражено у процентима)

	Навикавање на чистоћу	Поремећај сна	Поремећај апетита
<b>1. МЗД</b>	71,8	80,9	74,3
<b>2. Глува</b>	79,6	89,8	70,8
<b>3. Слепа</b>	75,0	90,6	75,0
<b>4. Слабовида</b>	87,3	74,5	69,1

Табела 2 указује на поремећаје навика и понашања код деце са ометеношћу; из ње се види да се код следе деце уједначају лоши показатељи – постоји уједначеност резултата. Види се и да, што се тиче навикавања на чистоћу, уместо очекиваног лошег резултата следе деце, најгори резултат имају слабовида деца.

Табела 3 – Процена толеранције фрустрације жеља (изражено у процентима)

	Љутња	Приговор	Плач	Ваљање по поду, вика
<b>1. МЗД</b>	49,8	82,6	79,7	89,2
<b>2. Глува</b>	41,6	91,2	83,2	92,0
<b>3. Слепа</b>	34,4	93,8	90,6	96,9
<b>4. Слабовида</b>	43,6	83,6	94,6	90,9

Табела 3 сведочи о уједначености резултата када је реч о испољавању љутње, велику разлику у одговорима везаним за приговарање, најдрастичнију разлику која се појављује плач: разлика у одговорима износи 13,9, што нам указује на разлике у карактерима између МЗ деце (79,7 поена) и слабовиде деце, која су постигла 94,6 поена. Када је у питању ваљање по поду и вика, такође није уочена велика разлика у толеранцији фрустрације жеља код различитих врста ометености (тј. оних које су испитиване).

Табела 4 – Погоршање односа у породици после сазнања о хендикепу детета

	Процент породица у којима су односи били погоршани
1. МЗД	20,2
2. Глува	18,8
3. Слепа	9,4
4. Слабовида	9,1

Табела 4 даје нам одговоре на тему погоршања односа у породици након сазнања да им дете има неку од ометености, што представља основну идеју испитивања. Из табеле се види да је највише проблема настајало у породицама које су добиле ментално ретардирано дете, а најмањи је проценат код деце која су слабовида. Овај резултат је очекиван и због тога што је у највећем броју случајева појава менталне ретардације узрокована наслеђем, па настаје окривљавање родитеља за ово стање. Очекивани резултат добијен је и код испитивања родитеља слабовиде деце, која у принципу, уз коришћење оптичких помагала, могу да функционишу као и остала деца.

Из овог истраживања на крају можемо закључити да се родитељи све четири категорије ометености сусрећу, у великом проценту, с нервозом и негативизмом детета, са проблемима које се појављују у формирању навика, са поремећајима сна и апетита, као и са неадекватним реакцијама на фрустрацију, па се може поставити питање у којој мери овакви проблеми могу да онеспокоје родитеље ове деце, и отежају прихватање детета од стране родитеља и породице.

## ЗАКЉУЧАК

Породица је један од најважнијих фактора у процесу социјализације личности. Она представља прву заједницу у коју дете улази, и у којој живи. Ово је на одређени начин проблематично за сву децу, а код деце с ометеношћу понекад представља непремостиву препреку, што доводи до проблема у прихватању и функционисању ових породица. Ставови родитеља су због ових разлога веома значајни у правилном развоју и обликовању личности детета ометеног у развоју.

Прихватамо теорију коју је изнела Матејић Ђуричић (1978) анализирајући родитеље после сазнања да њихово дете има ометеност. Она је навела да постоје три основне реакције: најдраматичније се појављују код родитеља који сазнају да њихово дете има тешке телесне недостатке (недостаци удова или делова тела) без обзира на интелектуалну очуваност; после овога долази сазнање да је дете слепо од рођења – овај психофизички недостатак оцењује се као тежи у односу на недостатак слуха; коначно, реакције варирају у интензитету (што зависи од претходног искуства) код инциденце психофизичких ометености. У породицама које већ имају неки облик ометености, лакше се прихвата сазнање да и дете има неки облик ометености.

Поставља се и питање да ли родитељи својим особинама и понашањем увећавају проблеме у процесу развоју детета, или дете својим увећаним захтевима ствара неурозирајућу породичну атмосферу. Наиме, ситуације у породичним односима крећу се од напуштања породице до односа презаштићености (и то поготову код мајки), а и једно у друго доводи до лошег прилагођавања како детета с ометеношћу на социјалну средину тако и породице на то дете. Овим се поново потврђује значај породичне емоционалне климе на развој детета, и показује да у ставовима родитеља према деци постоје у основи две тенденције: презаштићеност и одбацивање, и то нарочито код родитеља који су емоционалне сметње имали и пре добијања детета с ометеношћу. На ово се може надовезати питање да ли је неадекватна мајка патогенија од неадекватног оца, а то се пак може повезати с улогом мајке у раном развоју детета – која је у нашој култури доминантна.

### ЛИТЕРАТУРА

- Бергер, Ј. (1992), *Психолошки потпорни систем*, Институт за криминолошка и социолошка истраживања, Институт за психологију, Београд.
- Виготски, Л. (1987), *Основи дефектологије*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.
- Јеротијевић, М. (1997), *Како да прихватимо да нам је дете аутистично*, Републичко удружење Србије за помоћ аутистичним особама, Београд.
- Матејић Ђуричић, З. (1994), *Сензомоторна интелигенција и социјално посредовање*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.
- Медић, С., Матејић Ђуричић, З., Влаовић Васиљевић, Д. (1997), *Школа за родитеље*, Институт за педагогију и андрагогију Филозофског факултета, Београд,
- Младеновић, М. (1963), *Породица и породични односи*, ИП Рад, Београд.
- Митић, М. (1997), *Породица и стрес*, Институт за психологију, Београд.
- Павковић, И. (2003), *Дете оштећеног слуха и породица*, Задужбина Андрејевић, Београд.
- Рајовић, В. (2004), *Психо-социјалне детерминанте развоја и учења ментално ретардиране деце*, Институт за психологију, Београд.
- Ружичић, Г. (2005), *Структура и динамика породичног живота у породицама хронично болесне и телесно инвалидне деце*, докторска дисертација, Дефектолошки факултет, Београд.
- Хрњица, С. (1986), *Личност хендикепираних – стварност или предрасуда*, *Психологија*, 3–4, Београд.

Хрњица, С. и сар. (1991), *Ометено дете*, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд.

Чавлошка Херцог, Н., Стојковић, Љ. (2001), Психосоцијални аспекти живота особа са инвалидитетом, у: *Особе са инвалидитетом и окружење*, Центар за проучавање алтернатива, Београд.

**Arsic Radomir, Ph.D.**, University Senior Lecturer  
Teacher Training Faculty in Prizren – Leposavic

## FAMILY AND A DISABLED CHILD

**Summary:** *This paper investigates the effects of having disabled children on the development of the family. Globally, we can divide family with a child with special needs into three categories: the first would consist of families that are most vulnerable to stress, the second as characterized by different physical and practical problems of violence, and third that stresses the responsibility and the importance of family in order to overcome the problems encountered when having a disabled child.*

*Most of the research highlights the experience of the family and the support needed to cope with the presence of their child's disability. The appearance of stress increases with the age of the child who is distracted and is associated with the care it entails. There are other stress effects such as low-income parents, parents' divorce or abandonment of marriage from a parent. Father is often peripheral and plays a limited role, even in cases where present.*

*These families should be treated according to the individual needs of each member, i.e. individual needs that require solution because, if the parents of children with disabilities are reported to have suffered more stress related to the care of their child, they generally showed reater resistance to adjustment and the presenceof the disabled family member.*

**Keywords:** family, disabled children, stress