

Roditeljstvo/skrbnništvo, djeca i obitelj – klinički pristup

Ivan Begovac, Gordan Majić, Mara Tripković, Silvana Pleština*

Svako se dijete rađa i živi u određenom socijalnom kontekstu, intenzivnih socijalnih interpersonalnih relacija, većinom unutar obiteljskog konteksta. Primjereno roditeljstvo/skrbnništvo i partnerstvo u obitelji karakterizira: dobra suradnja partnera, otvorena, direktna komunikacija, s jasnim i iskrenim neverbalnim izrazima, kontinuitet i koherencija u odnosima, čvrstoća, ali i fleksibilnost obiteljskog sustava u cjelini. U literaturi postoje različiti modeli dijagnostike obitelji, a ovise o teorijskom usmjerenju pojedinog pravca. Potrebna je integracija različitih psihodinamskih, sustavnih i kognitivno bihevioralnih smjerova i terapija. Nekad je dovoljno u praksi od strane različitih stručnjaka (dječji i adolescentni psihijatri, pedijatri, drugi suradni stručnjaci) se samo orijentirati na progresivne tendencije cijele obitelji, odnosno pružiti suportivni terapijski stav roditeljstvu/skrbništvu.

Ključne riječi: RODITELJI; SKRBNICI; DIJETE; OBITELJ; PROCJENA

UVOD

Definirati obitelj danas nije nimalo lako. S jedne strane tradicionalno gledano, obitelj čine zajednicu roditelja i djece koja su vezana biološkim krvnim srodstvom i/ili zakonskim odredbama (npr. u slučaju posvojenja). Posljedično tome, s određenih teorijskih stajališta obitelj se može promatrati kao sustav koji uključuje subsustave (npr. roditeljski par, djeca kao subsustav itd.), te se unutar toga također može govoriti o konceptima granica, moći, komunikaciji, transgeneracijskom prijenosu itd. Znači da su s više tradicionalnog načina gledanja roditelji osobe koje skrbe za dijete kad ono rađanjem/skrbništvom/posvojenjem postaje dio jednog većeg socijalnog sustava. No ovu zajednicu mogu sačinjavati i par bez djece, samohrani roditelj i dijete itd. Pojedini autori s pluralističkim stajalištem opisuju međusobnu „predanost“ (engl. *commitment*) određenog broja osoba koje žive u zajednici (1) pa i ovu zajednicu mogu sačinjavati osobe koje se skrbe za dijete (engl. *caregiver system*). Oba prije navedena pristupa ne moraju se međusobno isključivati. U ovom tekstu će se engleska riječ „caregiver“ prevesti s terminom osobe koja se brine za dijete, odnosno kao skrbništvo, premda se u najširem smislu može upotrijebiti i riječ njegovatelj. No ta riječ u hrvatskom jeziku ima više medicinsko značenje u smislu zdravstvene njege. Riječ skrbništvo u ovom članku ima šire značenje, dakle osoba koja se brine za dijete (može uključivati i roditelje), a ne uključuje samo užu pravni termin.

U praksi i literaturi potrebno je jasno razlikovati intrapsihičku od interpersonalne dinamike. Prva govori o unutrašnjoj strukturi osobnosti, unutrašnjim konfliktima, reprezentacijama, identifikacijama, projekcijama itd., dok se interpersonalna razina odnosi na različite socijalne odnose (npr. koncept privrženosti, koncept intersubjektiviteta itd.). Tradicionalno su reprezentacije u psihoanalizi bile definirane kao kompleksni „unutrašnji materijali“ koji sadržavaju predodžbe o vlastitoj osobi i o drugim osobama, a utječu na posljedično ponašanje (i socijalnu interakciju). Nastavljajući se na interpersonalne odnose (dijadne), uvažamo i trijadne odnose (način odnosa između triju monada), kao i na komplicirane polidijadne odnose. Takvom razradbom upućuju na to kako je moguć nebrojeni niz kombinacija cijelog sustava odnosa, odnosno može se govoriti i o cijelom sustavu u svojoj cjelini.

Poznati je model u literaturi da iza socijalne interakcije roditelj-dijete (interpersonalna razina) stoje određene reprezen-

* Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu,
Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju,
Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, KBC Zagreb,
Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Prof. dr. sc. Ivan Begovac, dr. med., Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju i psihoterapiju, Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb; e-mail: ivan.begovac@mef.hr

Primljeno/Received: 10. 5. 2020., Prihvaćeno/Accepted: 23. 6. 2020.

tacije pojedinog sudionika dijade (intrapsihička razina), vidi detaljnije o modelu u *Stern-Bruschweiler i Stern* (2), u drugim udžbenicima (3), kao i druge slične reference.

Uvodno se može reći da u jednoj obitelji važnu ulogu mogu imati biološki čimbenici (npr. *engl. caregiver brain system and infant brain system*), kao i psihološki (intrapsihički, kao i interpersonalni), ali ne treba zanemariti ni sociokulturne čimbenike (npr. način odgajanja djece u kulturama može biti vrlo različit, npr. u zapadnoj kulturi je naglasak na monadama, dijadama i trijadama, dok se u afričkoj kulturi za odgoj djece skrbi više osoba, odnosno cijelo selo) (4).

Zaključno rečeno, svako se dijete većinom rađa i živi u određenom socijalnom kontekstu koji uključuje različite socijalne interpersonalne relacije, većinom unutar obiteljskoga kruga. Primjereno roditeljstvo/skrbnništvo i partnerstvo u obitelji karakterizira: 1. Dobra suradnja partnera, 2. Otvorena, direktna komunikacija, s jasnim i iskrenim neverbalnim izrazima, 3. Kontinuitet i koherencija u odnosima, 4. Čvrstoća, ali i fleksibilnost obiteljskog sustava u cjelini (5). Obitelj pruža djetetu bazične relacije s emocionalnim privrženostima i bihevioralnim ograničenjima. Obitelj pruža djetetu mrežu interpersonalnih odnosa dijadne i trijadne naravi. Obitelj je model za socijalno ponašanje, mogućnost emocionalnog doživljavanja i kognitivni razvoj. Obiteljski sustav, osim unutrašnje konzistencije (mi - osjećaj) sadržava i fleksibilnost (autonomija i individualnost pojedinih članova), održavajući stalni (emocionalni) balans između primanja i davanja (5).

DIJAGNOSTIKA OBITELJI

Uvodni aspekti dijagnostike

Dijagnostika obitelji je nužan preduvjet različitih kliničara, da bi se u procesu radne dijagnoze postavila hipoteza o funkcioniranju jedne obitelji, koja bi onda poslije mogla imati i praktične kliničke terapijske implikacije. Dijagnostika obitelji je vrlo kompleksan proces i u literaturi se nalaze različite mogućnosti dijagnostike ili promatranja koji ovise o bazičnoj edukaciji stručnjaka. Ovdje se može razlikovati dijagnostika pojedine osobe (monade), kao i dijagnostika dijada, trijada te cijelog obiteljskog sustava u cjelini.

Dijagnostika jednog roditelja/skrbnika slična je dijagnostici koja se inače primjenjuje kod dijagnostike individue (monade), a može uključivati vlastitu povijest, intrapsihičku dinamiku (reprezentacije), psihička odstupanja itd. Slično prije rečenome, dijagnostika pojedinog djeteta također je upućena na vlastitu povijest, intrapsihičku dinamiku, komunikacijske i interpersonalne sposobnosti itd.

Dijagnostika para roditelja/skrbnika orijentira se na dijadne procese. Kod dijagnostike dijade spominju se cirkularni pro-

cesi: s jedne strane postoji horizontalna os afilijacije sa dva pola - neprijateljsko *versus* prijateljsko; s druge strane postoji okomita os s polovima dopuštajuće *versus* kontrolirajuće (6). Iz ove cirkumpleksne konstelacije može proizlaziti ukupno osam mogućnosti načina interpersonalnih odnosa. Slično se može primijeniti na bilo koju dijadu unutar obitelji (npr. pojedini roditelj/skrbnik-dijete). Slično se može primijeniti i na trijadne konstelacije. Mogu se procjenjivati trijade (npr. dijete-majka-otac), ili se mogu primijeniti drugi primjeri. Horizontalna os je afilijacija (prijateljsko *versus* neprijateljsko), dok su na okomitoj osi fleksibilnost *versus* rigidnost. Primjer oznake "Odnosi u trijadi su rigidni i uz napore se održavaju" je kad postoji rigidni i opsesivni interakcijski stil, uz nedostatak emocionalnosti unutar trijade. Sličnu procjenu monada, dijada i trijada čini i klasifikacija Zero to five (7.). Dijagnostika obitelji kao sustava (kao cjeline) bit će poslije navedena u tekstu.

Dijagnostički intervju s obitelji

Najvažnije dijagnostičko sredstvo je intervju sa cijelom obitelji i može se reći da je to zlatni standard dijagnostike (8). Sadržajna struktura i tijek intervjua dijeli se u više područja, koje ispitivač prilagođava konkretnoj obitelji. Tijekom intervjua služi se anamnezom i opservacijom. Naime, u sljedećem tekstu će biti prikazan modificirani, integrativni i bazični model obiteljske dijagnostike, koji objedinjuje sustavno, kognitivno bihevioralno i psihodinamsko gledanje.

Početni tijek intervjua se odnosi na uzimanje pojedinih podataka o obitelji, naime anamneze dijadnih i trijadnih odnosa već su se dobile tijekom uzimanja razvojne anamneze (interpersonalni, socijalni odnosi). Osim anamnestičkih podataka, važna je i opservacija interakcije (interakcijska razina), npr. emocionalno usklađivanje roditelja i djeteta, koncept privrženosti itd.

Bazični (osnovni) anamnestički podatci o obitelji i tko čini njenu strukturu. Dobivaju se osnovni podatci o dobi pojedinih članova obitelji - bolesti u obitelji (malformacije, kronične bolesti, psihički problemi). Roditelji mogu imati osjećaj krivnje ako postoji podatak o nekim psihičkim bolestima u obitelji, pa ih može mučiti pomisao na mogućnost da dijete naslijedi neki psihički poremećaj. Kakva je individualna osobnost, razvoj, psihopatologija djeteta? Ovi se podatci mogu dobiti već i drugim anamnestičkim podacima. Dobivaju se opći podatci o obiteljskoj situaciji: kakav je socioekonomski položaj, podatci o stanovanju, razvojna faza obitelji u životnom ciklusu (i druge vanjske situacije npr. zaposlenost roditelja). Koncept faza obitelji u životnom ciklusu je s današnjeg stajališta termin koji je potrebno modificirati. Uz to mogu biti važna pitanja o tome kakvi su osobnost i razvoj roditelja (njihov individualni razvoj te kako su se oni odnosili prema svojim roditeljima, stavovi i ponašanja roditelja, nji-

hove kompetencije i snage, njihova funkcija u ulozi roditelja/skrbnika). Kakav je partnerski odnos, naime postoji li partnerski ili obiteljski konflikt, ili razlika u načinu roditeljstva? Koji su načini roditeljstva (autoritativni, autoritarni, permisivni i indiferentni)? Klasična podjela roditeljskih odgojnih načina uključuje četiri kategorije, a slično su konceptualizirani kako je već prije navedeno u uvodu, prema modelu, gdje je na jednoj osi dimenzija - afektivna responzivnost *versus* zahtjevnost na drugoj osi (9,10). Uz to mogu biti važna pitanja o tome kakvo je zajedničko roditeljstvo (*engl. coparenting*), npr. u slučaju rastave roditelja (11). Važna su i pitanja tome postoje li rastave, separacije, samohrano roditeljstvo, adopcija, ponovni bračni status pojedinog roditelja s drugim partnerima, življenje djece s drugom djecom iz drugih brakova roditelja i s njihovim drugim partnerima itd. Sva ova pitanja zahtijevaju dodatnu posebnu pozornost.

U današnje vrijeme važno je znati postoji li učinkoviti roditeljski/skrbnički nadzor djece, koji između ostalog govori i o kakvoći interpersonalnih odnosa između roditelja i djece. Ovdje se misli na roditeljski nadzor nad druženjima svoje djece i nad nekontroliranom izloženosti lošim aspektima medija i interneta. Znači da treba dobiti osnovne informacije o dovoljno dobroj brizi roditelja za dijete. Posebno su važna zapažanja roditelja o djetetu i očekivanja (fantazije) o njemu (ili drukčije rečeno, reprezentacije roditelja/skrbnika), odnosno kakvo simboličko značenje ima dijete za pojedinog roditelja. Npr. majka može imati kaotične reprezentacije (npr. loše i nestabilne reprezentacije o svojem djetetu) ako je i sama imala dezorganiziranu privrženost u svojem djetinjstvu, odnosno nerazriješeni vlastiti odnos s roditeljima. Postoji li nerealistično očekivanje od djeteta? Ovdje se mogu zrcaliti nesvjesni transgeneracijski prijenosi.

Važna su i pitanja o tome kakvo je djetetovo ponašanje u odnosu na roditelje/skrbnike, pokazuju li djeca osjećaje, može li se dijete radovati, kakve su njegove empatijske sposobnosti, kakve su reakcije na kratke rastanke? Imaju li osjećaje ovisnosti, samostalnosti, drži li se pravila i dogovora, kako dijete sebe doživljava u svojoj obitelji? Ovdje pojedini autori govore o centrifugalnim silama u obiteljskom sustavu, kad su obitelji vrlo bliske i ne dopušta se autonomija pojedinih članova. S druge strane, centripetalne sile bi govorele o obiteljima koje su formalno zajedno, naglasak je na autonomiji pojedinih članova, no ne postoji unutrašnja bliskost, ili kako bi drugi autori rekli kohezivnost obitelji kao cjeline. Nadalje, dobiva se podatak o osobnosti, razvoju i psihopatologiji braće/sestara, koji je položaj braće i sestara, kakav je odnos pacijenta prema drugim članovima obitelji, kakve su interakcije i aktivnosti unutar obitelji (kakva je međusobna izmjena, igra, konkurencija, rivalitet, solidarnost, empatija i *feedback*, svađaju li se djeca neprestano, postoje li agresivni i/ili stvarni sukobi)?

Podatci o pojedinim aspektima obitelji odnose se na stabilnost obitelji/doma, emocionalnoj klimi u cijeloj obitelji, o privrženosti, obiteljskim interakcijama (monada, dijada, trijada), komunikaciji, socijalnim ulogama (atribucije), obiteljskim granicama (subsustavi, koalicije), psihodinamskim aspektima (npr. kontrola, moć, nesvjesne fantazije, mistifikacije, projekcije itd.); o obiteljskim socijalnim vrijednostima, odnosno shvaća li se obitelj kao sustav potpore. Socijalne uloge (atribucije) govore o biološkim datostima, sociokulturnim utjecajima i socijalnim stereotipima, ali i o individualnoj i skupnoj psihodinamici. Mogu biti korisna ova pitanja: je li obitelj kao sustav dovoljno strukturirana (kohezivnost) i pruža li bazične osnove za njegu, ljubav i pozornost, ali isto tako je li i dovoljno fleksibilna na nove promjene? Kakve su granice između generacija, jesu li one stabilne/nestabilne i propusne/ nepropusne? Postoje li neki obiteljski stresovi u posljednje vrijeme? Svaki pojedini član ima svoje viđenje obitelji koje je važno i koje se može prihvatiti kao dio mozaika funkcioniranja cijele obitelji (različite perspektive svakog pojedinog obiteljskog člana). Dobivaju se podatci o široj socijalnoj sredini, kao i o kulturološkim utjecajima, npr. koliko je obitelj integrirana u širi socijalni sustav.

Genogram može biti koristan kao tehnika kod dijagnosticiranja obitelji. Genogram omogućava uvid u strukturu, dinamiku i prošlost obiteljskog sustava kroz više generacija u vertikalnom i horizontalnom presjeku. Registrira obiteljske obrasce i način na koji prošli događaji utječu na sadašnje i buduće relacije u obiteljskom sustavu. Uključuje minimalno tri generacije (transgeneracijski prijenos), daje uvid u dinamiku obitelji, odnosno daje simboličan prikaz transgeneracijskih životnih ciklusa obitelji, uključujući neke važne životne događaje i međusobne odnose obiteljskih članova. Detaljnije je o genogramu pisano u drugim udžbenicima (12). Današnja kritika genograma je da je riječ o pretežito deskriptivnom načinu gledanja na obitelj, npr. uzimaju se u obzir samo važni životni događaji i trenutni činjenični odnos življenja članova kod različitih generacija.

Sljedeća važna točka kod intervjuva može biti odnos prema djetetovu problemu. Razrađuje se odluka o dolasku i podrijetlu upućivanja obitelji na pregled, s temeljnim pitanjem zašto se baš sad obitelj obraća terapeutu. Sagledavamo kako obitelj prezentira djetetov problem, kako su ga shvatili (emocionalno, kognitivno) drugi članovi i obitelj u cjelini te kako je problem prethodno rješavan. Rješavanje prošlih problema u jednoj obitelji može biti dobar orijentir za aktualni smjer moguće intervencije. Određuje se značenje djetetova simptoma za obitelj, osigurava li homeostazu ove obitelji. Ovi podatci mogu biti vrlo dragocjeni u razumijevanju djetetovog problema, ali i obitelji u cjelini. U odnosu na problem djeteta sljedeće pitanje može biti važno, a to je koje su mogućnosti rješavanja problema cijele obitelji. Intervju s

obitelji mora uzeti u obzir progresivne tendencije cijele obitelji, odnosno orijentaciju na daljnji razvoj, na snage i resurse (8).

Pri kraju intervjuja slijedi samorefleksija terapeuta i koterapeuta (rezonancija i/ili kontratransferni osjećaji), radne hipoteze te indikacije. Naime, u dječjoj psihijatriji je uobičajeno da intervjuu prisustvuju barem dva terapeuta, no to nije nužno. Kako se terapeut i koterapeut osjećaju u susretu s obitelji, osjećaju li se umorno, napadnuto, iscrpljeno, ili pak ushićeno, osvježeno? Idući korak je formiranje radne hipoteze o funkcioniranju obitelji sukladno psihodinamskim, kognitivno bihevioralnim i sustavnim modelima, a koje su važne za daljnje intervencije. Tijekom cijelog intervjuja procjenjuje se motivacija cijele obitelji za eventualnu terapiju. Prema potrebi će se intervju sastojati od više seansi (sastanaka), kad se budu pokušali evaluirati drugi prije navedeni aspekti. Prema pojedinim autorima indikacije za obiteljsku terapiju su izrazita patologija pojedinog djeteta, poticanje autonomije adolescenta iz primarne obitelji, kao i drugi pojedini psihički poremećaji djece. Svakako da je pretpostavljena i značajna obiteljska disfunkcija, odnosno potreba obitelji da se dalje razvija (13). Na početku obiteljske terapije potrebno je jasno izgraditi terapijski savez, pa će se s vremenom iskristalizirati potreba za daljnjom intenzivnom obiteljskom terapijom. Korisno je na kraju formulirati pismeni nalaz za medicinsku dokumentaciju. Danas u literaturi postoji niz terapijskih pristupa, koji zahtijevaju posebnu edukaciju terapeuta.

Kao dodatna dijagnostika obitelji mogu se primijeniti strukturiranje ljestvice za ispitivanje obiteljskog funkcioniranja (projektivne tehnike, skulptura obitelji, crteži npr. familio-gram - kada dijete crta svoju cijelu obitelj, mjerenje disfunkcionalnosti obitelji, FAD; FACES, FAM, itd.) (14 - 17). Većina instrumenata se fokusira na sljedeća tri područja (18) 1. individualne karakteristike pojedinaca, 2. značajke dijadnih interakcija, 3. funkcioniranje obitelji kao cjeline. U ovim su instrumentima često istraživani koncepti interakcije, roditeljskog stila, komunikacije, emocionalnosti, rješavanja problema, obiteljske kohezije, obiteljske adaptabilnosti, hijerarhije i moći, obitelji kao sustava, obiteljske klime i drugi koncepti.

Klinička vinjeta

Na pregled dječjem psihijatru došla je mlada majka sa svojim sedmogodišnjim sinom. Neposredni razlog dolaska su dječakovi povremeni emocionalni problemi. Obavila se dijagnostika ove dijade, odnosno obitelji. Anamnestički se saznaje da je majka dijete rodila kao maloljetnica, izložena partnerovom nasilju u vrijeme svoje adolescencije. Iz majčine povijesti saznaje se i o nizu nepovoljnih životnih okolno-

sti. Majka je trudnoću i nekoliko godina nakon porođaja provela u zaštićenoj institucionalnoj sredini, gdje se godinama radilo na ojačavanju roditeljstva i poboljšanju interakcije majka - dijete. Trenutno je to obitelj samohrane majke sa sinom, samostalno žive zajedno, majka je zaposlena u jednoj zaštićenoj udruzi. Ona se dodatno educira u jednoj profesiji i pozitivno je usmjerena prema tome. Obavila se dijagnostika dijade. U interakciji majka - sin zapaža se dovoljno dobra emocionalna toplina i kohezivnost odnosa. U majčnim reprezentacijama zapaža se dovoljna balansiranoost u odnosu prema svom sinu, u smislu diferencijacije vlastitih konflikata od potreba samog djeteta. U terapijskom smislu se u nekoliko fokusiranih suportivnih intervencija radi psihoterapija majka-dijete, ojačavajući majčine reprezentacije, istodobno ojačavajući i interakciju majka - dijete. Također se ojačavaju prirodne snage i tendencije ove dijade.

Terapijski aspekti

U konkretnom kliničkom slučaju kod stručnjaka (dječjeg i adolescentnog psihijatra, pedijatra ili drugih suradnih stručnjaka) pitanje je kako terapijski intervenirati. Minimum dijagnostičke procjene je opisan prije u tekstu i on prethodi eventualnim terapijskim intervencijama. Često je u praksi dovoljna dijagnostika i neće se primijeniti dodatna terapija. U slučaju da je ona potrebna, kliničar će procijeniti hoće li se provoditi pojedinačno samo s djetetom (individualne terapije djece mogu se raditi već od djetetove četvrte godine), hoće li se raditi pojedinačno samo s roditeljem, hoće li se provoditi dodatno s roditeljima uz individualnu terapiju s djetetom, hoće li se primijeniti psihoterapija roditelj - dijete (obično do djetetove sedme godine), hoće li se primijeniti partnerska terapija i naposljetku hoće li se provoditi obiteljska terapija ili će postojati kombinacija različitih terapija. Izbor će svakako ovisiti i o prezentiranoj psihopatologiji, ali i o konkretnim mogućnostima terapeuta (edukacija, dovoljno vremena, stabilan okvir terapije itd.).

U slučaju kad se terapeut odluči provoditi obiteljsku terapiju, osim njenog stabilnog okvira, potrebna je educiranost terapeuta. U svijetu postoji niz obiteljskih terapija koje se mogu primijeniti: psihodinamske, systemske, kognitivno - bihevioralne, tzv. humanističke, eklektičke, narativne itd., vidi detalje o različitim obiteljskim terapijama u drugim udžbenicima obiteljske terapije (1, 18).

ZAKLJUČAK

U ovom tekstu pokušali smo na ateoretičan način prikazati klinički pristup obitelji u cjelini te pojedinim dijadama i trijadama. Dijagnostika obitelji izuzetno je važna i obuhvaća niz segmenata koje je potrebno ispitati i razumjeti kako bi se planirale eventualne daljnje intervencije.

LITERATURA

1. Goldenberg I, Stanton M, Goldenberg H. Family therapy - an overview. 9. izd. Australia: Cengage Learning, 2017.
2. Stern-Bruschweiler N, Stern DN. A model for conceptualizing the role of the mother's representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health J.* 1989;10:142-56.
3. Zeanah CJ, Doyle Zeanah P. Infant mental health – the clinical science of early experiences. U: Zeanah CH Jr, ur. *Handbook of Infant Mental Health.* 4. izd. New York: The Guilford Press, 2019;5-24.
4. McDermott JF. Effects of ethnicity on child and adolescent development. U: Lewis M, ur. *Child and Adolescent Psychiatry.* 2. izd. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996;411-5.
5. Bürgin D. Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Gustav Fischer, 1993.
6. Arbeitskreis OPD-KJ-2. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. 2. izd. Bern: Hogrefe; 2016.
7. Zeanah CH, Carter AS, Cohen J, et al. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood dc:0-5: selective reviews from a new nosology for early childhood psychopathology. *Infant Ment Health J.* 2016;37(5):471-475. doi:10.1002/imhj.
8. Mattejat F, Schulte-Markwort M. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 5. izd. Bremen: UNI-MED, 2013.
9. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 1967;75:43-88.
10. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. U: Mussen PH, Hetherington EM, ur. *Handbook of Child Psychology.* Vol. 4. Socialization, Personality, and Social Development. New York: Wiley, 1983;1-101.
11. McHale JP, Irace K. Coparenting in diverse family systems. U: McHale JP, Lindahl KM, ur. *Coparenting: A Conceptual and Clinical Examination of Family Systems.* Washington, DC: American Psychological Association, 2011;15-37.
12. McGoldrick M, Gerson R, Petry S. Genograms: Assessment and Intervention. 3. izd. New York: WW Norton & Company, 2008.
13. Prpić M. Psihoterapija obitelji. U: Nikolić S, ur. *Mentalni poremećaji u djece i omladine* 3. izd. Zagreb: Školska knjiga, 1992;103-20.
14. DeZan D. Slika i crtež u psihoterapiji djece i obitelji. Zagreb: Medicinska naklada, 2013.
15. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther.* 1983;9:171-80.
16. Olson D. FACES IV and the circumplex model: validation study. *J Marital Fam Ther.* 2011;37:64-80.
17. Skinner H, Steinhauer P, Sitarenios, G. Family Assessment Measure (FAM) and process model of family functioning. *J Fam Ther.* 2000;2:190-21.
18. Mattejat F. Familiendiagnostik. U: Remschmidt H. *Kinder- und Jugendpsychiatrie – Eine praktische Einführung.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 2011;78-81.
19. Vidović V. Obiteljska i bračna terapija. U: Kozarić Kovačić D, Frančičković T, ur. *Psihoterapijski pravci.* Zagreb: Medicinska naklada, 2014;205-20.

SUMMARY

Parenting/caregiving, children and family – clinical approach

Ivan Begovac, Gordan Majić, Mara Tripković, Silvana Pleština

Every child that is born into this world lives in a unique social environment consisting of interpersonal relationships, particularly within the context of family. Appropriate parenting/caregiving and partnership in a family is characterized by good cooperation of partners; open and direct communication, with clear and sincere non-verbal expressions; continuity and coherence in relationships; and strength, but also flexibility, of the family system as a whole. In the literature, there are various models of family assessment, each depending upon theoretical direction of the individual models. Integration of various psychodynamic, systemic and cognitive behavioural models and therapy is essential. In practice, it is important for healthcare professionals such as child and adolescent psychiatrists, paediatricians and other experts to focus on the progressive tendencies of the family as a whole and offer support to parents/caregivers.

Key words: PARENTS; CAREGIVERS; CHILD; FAMILY; ASSESSMENT