

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2025/LVII/1/5–81/BEOGRAD

PSYCHIATRY TODAY
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association

UDK 616.89

ISSN-0350-2538

PSIHIJARIJA DANAS

INSTITUT
ZA MENTALNO ZDRAVLJE

PSYCHIATRY
TODAY

INSTITUTE
OF MENTAL HEALTH

PSIHIJAT. DAN.
2025/LVII/1/5-81/BEOGRAD

Psihijatrija danas se indeksira u sledećim bazama podataka:
PsychoInfo; Psychological Abstracts;
Ulrich's International Periodicals Directory,
SCIndeks, EBSCO

PSIHIJATRIJA DANAS / PSYCHIATRY TODAY

Izdaje / Published by

INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE, Beograd
INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, Belgrade

Časopis Udruženja psihijatara Srbije
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association

Časopis PSIHIJATRIJA DANAS osnovala je prof. dr Slavka Morić Petrović 1969.

Radovi sa VII SIMPOZIJUMA KLINIKE ZA DECU I OMLADINU
„Mentalno zdravlje dece i mladih – trauma u nama i oko nas“

Redakcija / Editorial Office

Glavni urednik / Editor-in-Chief

Milutin KOSTIĆ

Urednički odbor / Editorial Board

Milica PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ

Nada MARIĆ BOJOVIĆ

Olivera VUKOVIĆ

Čedo D. MILJEVIĆ

Bojana PEJUŠKOVIĆ

Bojana DUNJIĆ KOSTIĆ

Maja MILOVANOVIĆ

Maja MILOSAVLJEVIĆ

Vanja MANDIĆ-MARAVIĆ

Ana MUNJIZA JOVANOVIĆ

Sanja ANDRIĆ PETROVIĆ

Danilo PEŠIĆ

Marija MITKOVIĆ VONČINA

Roberto GRUJIĆIĆ

Ivan RISTIĆ

Izdavački savet / Advisory Board

Michel Botbol (Paris), Jovan Bukelić (Beograd),

Saveta Draganić Gajić (Beograd), Mira Divac Jovanović (Beograd),

Marko Ercegovic (Beograd), Olivera Žikić (Niš), Lidija Injac (Podgorica),

Maja Ivković (Beograd), Veronika Ispanović-Radojković (Beograd),

Miroslava Jašović-Gašić (Beograd), Vladimir S. Kostić (Beograd),

Latas Milan (Beograd), Zorka Lopičić (Beograd),

Gordana Mandić (Beograd), Goran Mihajlović (Kragujevac),

Srđan Milovanović (Beograd), Igor Pantić (Beograd), Mirko Pejović (Beograd),

Norman Sartorius (Geneva), Miodrag Stanković (Niš),

Vladan Starčević (Sidney), Ivana Timotijević (Beograd),

Sanja Totić Poznanović (Beograd), Dragan Švrakić (St. Louis)

Tehnički urednik / Assistant to the Editor

Ivana Gavrilović

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 57

BEOGRAD

BROJ 1, 2025

SADRŽAJ

PRIKAZI SLUČAJA

Shema terapija – lek za traumu <i>/Košutić Ž.</i>	5
--	---

REVIJALNI RADOVI

Terapija igrom kao intervencija deci u krizi <i>/Ljubomirović N., Srećković Milenković N.</i>	15
Uticaj roditeljskih veština i porodičnih faktora na oporavak dece od traume <i>/Božić I., Bogdanović J., Grujičić R.</i>	29

ISTRAŽIVAČKI RADOVI

Tramatizam pomagača <i>/Aleksić Hil O., Radosavljev Kirčanski J., Ilić D., Parojčić A., Savina B.</i>	45
--	----

STRUČNI RADOVI

Psihosocijalna podrška pogođenim nakon majskih tragedija 2023. u Srbiji <i>/Pejović Milovančević M., Bogdanović J., Parojčić A., Radosavljev Kirčanski J., Stojanović S., Korać H., Mrvić S., Gavrilović I., Obradović Kuzminović B.</i>	57
---	----

Obaveštenje

Uputstva saradnicima.	73
----------------------------	----

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 57	BELGRADE	NUMBER 1, 2025
---------	----------	----------------

CONTENTS

CASES REPORTS

Schema therapy – a healing approach for trauma
/Kosutic Z. 5

REVIEW ARTICLES

Play therapy as an intervention for children in crisis
/Ljubomirovic N., Sreckovic Milenkovic N..... 15

The impact of parenting skills and family factors on children's recovery from trauma
/Bozic I., Bogdanovic J., Grujicic R..... 29

RESEARCH ARTICLES

Helper trauma
/Aleksic Hil O., Radosavljev Kircanski J., Ilić D., Parojcic A., Savina B45

PROFESSIONAL ARTICLES

Psychosocial support for those affected after of the 2023 may tragedy in Serbia
/Pejovic Milovancevic M., Bogdanovic J., Parojcic A., Radosavljev Kircanski J.,
Stojanovic S., Korac H., Mrvic S., Gavrilovic I., Obradovic Kuzminovic B. 57

Announcement:

Instruction to contributors77

*Prikaz slučaja
UDK 615.851-053.6
616.89-008.44-053.6*

SHEMA TERAPIJA – LEK ZA TRAUMU

Željka Košutić

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Shema terapija je pristup koji se koristi za identifikovanje i transformaciju maladaptivnih obrazaca mišljenja, osećanja i ponašanja koji se razvijaju kao posledica negativnih ranih iskustava. Terapeuti se u te svrhe služe raznim tehnikama, uključujući kognitivnu restrukturaciju i iskustvene intervencije, sa fokusom na uspostavljanje sigurnog i podržavajućeg terapijskog odnosa. Ovaj rad analizira primenu shema terapije u terapijskom radu sa adolescentkinjom koja je doživela teška traumatska iskustva u detinjstvu, kao i njen napredak tokom terapijskog procesa. Fokus je na ispitivanju uticaja nasilja i agresije u porodičnim odnosima na psihološko i socijalno funkcionisanje u periodu adolescencije, tenačina na koji shema terapija može doprineti u prevazilaženju datih problema. *Cilj* rada je da kroz prikaz slučaja opiše ulogu shema terapije kao efikasnog alata za pružanje pomoći osobama koje su preplele traumatska iskustva, omogućavajući im posttraumatski rast, povećanje otpornosti, suočavanje sa životnim izazovima, izgradnju dubljih i zdravijih međuljudskih odnosa i vođenje ispunjenijih života.

Ključne reči: *shema terapija, maladaptivne sheme, porodično nasilje, posttraumatski rast*

UVOD

Psihološko funkcionisanje svakog od nas je pod uticajem faktora genetike, ali i sredine u kojoj pojedinac živi (Plomin et al., 1977). Sredina se odnosi na neposredno okruženje, odnosno porodični sistem, školu, vršnjake, zatim na šire zajednice kojima pripada, pa sve do kulture u kojoj živi. Svi ovi faktori utiču međusobno jedni na druge, te manje ili više direktno na svaku individuu koja je njihov deo (Bronfenbrenner, 1979). Izloženost nasilju unutar bilo kojeg od ovih sistema može značajno uticati na psihološki razvoj mladih, povećavajući rizik od psiholoških trauma (Felitti et al., 1998). Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje (DSM-5), iskustvo koje se definiše kao traumatsko jeste ono koje podrazumeva proživljavanje, prisustvovanje ili saznavanje o događaju koji je obuhvatao smrt ili pretnju smrću, ozbiljnu povredu ili seksualno nasilje (American Psychiatry Association, 2013). Primeri jesu nasilje u porodici, školi, saobraćajne nesreće, prirodne katastrofe, nasilna ili iznenadna smrt bliske osobe, rat i drugo.

Adolescencija je vrlo osetljiv i izazovan životni period tokom kog mladi prolaze kroz značajne psihološke, fizičke i socijalne promene, u okviru kojih imaju zadatak da definišu svoj identitet i mesto u svetu (Erikson, 1968). Kod mladih se evidentiraju sve učestalije mentalne teškoće kliničkog intenziteta, što se ne može posmatrati nezavisno od društvenih zbivanja, odnosno veoma negativnih iskustava kojima je ova populacija izložena (npr. vršnjačko nasilje, nasilje na društvenim mrežama, porodično nasilje i drugo) (Blakemore, 2019). Međutim, neće svako dete ili adolescent razviti simptome psihijatrijskog poremećaja u susretu sa iskustvima koja bismo definisali kao traumatska, što ukazuje na mogućnost pridavanja drugačijih značenja ovim događajima i svom životu u celin (Masten & Reed, 2002).

Specifični obrasci mišljenja, osećanja, sećanja, senzacija u telu i ponašanja koji se razvijaju tokom odrastanja i utiču na naše poimanje sebe, drugih ljudi i sveta, nazivaju se shemama. One mogu biti maladaptivne, i to kada nastaju kao posledica nezadovoljenja bazičnih emocionalnih potreba (sigurnost, povezanost, autonomija, samopoštovanje, samoispoljavanje i granice) ili negativnih iskustava tokom života, poput traumatskih. Njihove odlike jesu da nas latentno iznova uvode u slične emocionalne i interpersonalne probleme, da su relativno stabilne i samopotvrđujuće. Shema terapija stavlja fokus na identifikovanje i transformaciju pomenutih obrazaca, te je cilj ovog rada predstavljanje načina na koji se osoba sa ranim traumatskim iskustvima, i posledično razvijenim maladaptivnim shemama, može osposobiti za adaptivnije svakodnevno funkcionisanje zahvaljujući ovom psihoterapijskom modalitetu (Young & Klosko, 2003).

Prikaz slučaja

Pre započinjanja terapijskog procesa je dobijen informisani pristanak za predstavljanje tegoba i toka terapijskog rada klijentkinje o kojoj će u nastavku biti reči. Ona je bila u potpunosti informisana o svrsi prikaza slučaja, odnosno namere da se prikaže tok tretmana u edukativne i naučne svrhe. Pritom, bila je obaveštena da će njeni lični podaci biti sakriveni kako bi se zaštitila njena privatnost. Učešće je bilo na dobrovoljnoj bazi i klijentkinja je bila informisana da može povući svoj pristanak u bilo kom trenutku bez ikakvih posledica po terapijski proces.

Reč je o adolescentkinji staroj 20 godina, koja se u Institutu za mentalno zdravlje leči proteklih godinu dana. Obratila se za psihijatrijsku pomoć zbog niskog samopouzdanja, usamljenosti, socijalne anksioznosti i depresije (anhedonija, izostanak apetita, nesanica, doživljaj bezvrednosti i beznađežnosti). Druga je godina studija i postiže prosek 10,00. Jedino je dete svojih roditelja koji žive u malom gradu u kom je odrasla, i porodica je finansijski dobro situirana. Otac je direktor srednje škole koju je pohađala, a majka je vaspitačica. Adolescentkinja trenutno stanuje u iznajmljenom stanu sa cimerkom.

Kako navodi, tokom odrastanja je otac neretko bio odsutan i bavio se karijerom, i opisuje ga kao hladnog i distanciranog, kom je bilo veoma važno lepo vaspitanje i ćerkino postignuće. Kada bi dobila ocenu nižu od petice ili ispoljila razvojno adekvatna ponašanja koja je on procenjivao kao neprikladna, tukao ju je, vređao i zabranjivao joj izlaske iz kuće, nakon toga je ignorišući narednih nekoliko dana. Već od drugog razreda osnovne škole ona postiže odličan uspeh sa svim peticama, ali pokazuje i izrazitu distanciranost od drugih i sveprožimajuću inhibiranost ne bi li izbegla moguće odstupanje od očevih očekivanja i kaznu. Uprkos tome, dešavalo se da otac bude fizički nasilan prema njoj ukoliko je nervozan, što je dodatno negativno uticalo na nju. Sa početkom srednje škole je fizičko nasilje prestalo, ali se verbalno održalo. Majka je takođe trpela verbalno zlostavljanje od strane supruga i pati od simptoma depresije, te nije bila u mogućnosti da zaštiti ćerku i sebe.

U kontaktu sa pacijentkinjom se nedugo po započinjanju terapije evidentiraju izrazita nepoverljivost i preterana opreznost, kao i ekscesivan strah kada neko načini nagli pokret, naročito usmeren ka njoj, te uzrujanost i teškoća da se umiri nakon toga. Budno prati šta se dešava u neposrednoj okolini verujući da su ljudi opasni i da će je povrediti, te zapaža i najmanje promene u tuđem ponašanju. Dodatno, uverena je da je bezvredna osoba koja zasluđuje negativan tretman. Posledično, strahuje i izbegava ostvarivanje socijalnih kontakata i dubljih odnosa – ima dve drugarice iz detinjstva sa kojima se retko viđa, nije bila u emotivnom odnosu, nije bliska sa cimerkom, niti se sprijateljila sa kolegama sa fakuleta. Izveštava da je proživljavala nagle promene raspoloženja, kao i iskustva potpunog emocionalnog zamrzavanja i utiska da

se nalazi negde drugde. Ispostavlja se da su teškoće sa zaspivanjem posledica košmarnih snova i flešbekova, koji su učestaliji u porodičnoj kući, gde je najčešće doživljavala zlostavljanje.

DISKUSIJA

Iskustvo zlostavljanja u okviru porodičnih odnosa je naročito devastirajuće po dete iz razloga što je njegov izvor ljubavi istovremeno izvor povrede, te odrasta u unutrašnjem haosu, bez doživljaja sigurnosti i sebi pripisuje krivicu za negativna iskustva. U kontekstu shema terapije, kod adolescentkinje se mogu identifikovati sheme Nepoverenje, Defektnost i Socijalna izolacija, koje će u nastavku biti ukratko opisane.

Shema Nepoverenje podrazumeva stalno iščekivanje povrede te osmatranje okoline zarad identifikovanja pretnji. Sećanja na zlostavljanje se manifestuju kroz flešbekove, košmare i nasilne fantazije. Ova shema nastaje usled fizičkog, seksualnog i/ili verbalnog zlostavljanja u detinjstvu, pretnji, kazni i slično. Dete odrasta sa osećajem nezaštićenosti, bezvrednosti i straha, uz iskustva disocijacije zbog nemogućnosti prevazilaženja bola. Može se razviti i identifikacija sa zlostavljačem, kao i želja za povređivanjem drugih. Kasnije, osoba ponavlja destruktivne obrasce i privlače je nasilni partneri, a na zlostavljanje pristaje kako bi izbegla samoću.

Ljudi sa shemom Defektnosti doživljavaju sram i skrivaju svoje mane, verujući da su „defektni” i nedostojni ljubavi. Uzroci ovog pogleda na sebe su kazne, omalovažavanje i kritike porodice, kao i doživljaj izostanka roditeljske ljubavi. Osoba krivi sebe i misli da zaslužuje negativne događaje zato što je roditelj nije voleo. Osećaj bezvrednosti može kompenzovati postignućima, ali često potiskuje svoje potrebe i gubi poverenje u sebe i druge. Negira svoj uspeh, očekujući da će drugi otkriti da je prevarant, a neuspesi je vode u očaj. Takođe, često oseća zavist prema drugima, idealizujući ih i preuveličavajući svoje mane.

Socijalna izolacija jeste shema koja se evidentira kroz tendenciju ka izbegavanju većine socijalnih situacija, te usamljenost i uverenje osobe da je drugačija od drugih ljudi i nepoželjna. Sebe smatra inferiornom i proživljava visok stepen socijalne anksioznosti, bojeći se da će biti negativno procenjena. Osobe sa ovom shemom su i u detinjstvu sebe procenjivale kao manje vredne, bile su odbacivane od strane vršnjaka i izbegavale su da stupaju u odnose uprkos želji da pripadaju grupi (Young & Klosko, 2003).

Adolescentkinja se mahom podređuje navedenim shemama, i to na sledeće načine: veruje u njihovu istinitost i sopstvenu nižu vrednost, preterano je kritična i zahtevna prema sebi, obezvređuje se kada ne dostigne postavljene kriterijume, izbegava socijalne interakcije i emocionalno je distancirana verujući da će je drugi napustiti kada shvate da je „defektna”. Drugi način na koji se može odnositi prema shemama jeste povlačenje iz situacija koje ih mogu

aktivirati, i to izbegavanjem da inicira kontakt, poveže se sa drugima i ispolji emocije. Dodatno, preterano analizira socijalni kontekst ne bi li detektovala indikatore tuđih neprijateljskih namera prema njoj, strahuje da će biti negativno procenjena i traga za validacijom podređujući se tuđim željama (i potencijalno ohrabrujući druge da je eksploatišu – npr. u školi je svima dopuštala da prepišu domaći zadatak od nje). Takođe, evidentira se i pokušaj nadkompenzacije maladaptivnih shema kroz visoke ciljeve i zahtev da izbegne greške po svaku cenu, te dokaže da vredi na osnovu svojih postignuća.

U skladu sa prethodno navedenim, u početnim fazama terapije je adolescentkinja imala značajne teškoće da stekne poverenje u terapeuta i izvesti o svojim problemima. Bilo je moguće identifikovati sledeće shema modalitete, odnosno u datom trenutku aktivne sheme i mehanizme prevladavanja: vulnerabilno dete (uverenja o sopstvenoj neadekvatnosti i nevoljenosti od strane drugih, uz potrebu za osloncem), uslužni popustljivko (pasivno i poslušno ponašanje, potiskivanje svojih potreba), distancirani zaštitnik (disociranje od emocija, izbegavanje drugih i pružene pomoći), kažnjavajući roditelj (uverenje da zaslužuje kaznu i negativna iskustva) i kritikujući roditelj (zahtev da bude savršena i nikada ne greši).

Seanse su se odvijale jednom sedmično, a klijentkinja je dosledno dolazila u zakazano vreme i ispunjavala sve terapijske zadatke, nastojeći da ostavi pozitivan utisak. Međutim, ona nije verovala da joj može biti bolje, te je vrlo važno bilo uspostaviti odnos poverenja ne bi li tehnike koje su primenjivane kasnije mogle imati učinka. Fokus je bio na iskazivanju brige, empatije i podrške adolescentkinji, ali i razumevanju kada uđe u modalitet distanciranog zaštitnika, gde je odbijala pomoć zbog straha od odbacivanja i bola. U tim situacijama bi, prilikom razgovora o odnosu sa roditeljima, reagovala na vrlo kontrolisan i emocionalno distanciran način, navodeći da se aktuelno dobro slažu i da rana iskustva nisu ostavila negativne posledice po njeno trenutno funkcionisanje. Terapeutkinja je u početku prihvatila klijentkinjine namere da preusmeri razgovor na druge teme, ali ju je i postepeno konfrontirala sa tendencijom ka izbegavanju bola pitanjima poput: „Vidim da pokušavate da ostanete smireni, ali hajde da razmislimo o tome šta se zaista događa unutra”, „Šta bi se dogodilo ako ne biste pokušavali da se distancirate od svog bola?” i slično.

Bilo je izazovno dopreti do nje, ali je pridruživanju njenim tegobama doprinelo povezivanje na osnovu muzike. Naime, na početku jedne seanse je klijentkinjin telefon zazvonio, a terapeutkinja je primetila da je u pitanju izvođač u čijoj muzici i ona sama uživa. Podelila je svoje mišljenje sa klijentkinjom i tema se ubrzo razvila u razgovor o njegovim tekstovima koji se bave gubicima, glumačkoj karijeri, ali i činjenici da adolescentkinja nikada nije uspela da se sa vršnjacima poveže na osnovu muzičkog ukusa. Terapeutkinja je ovu priliku iskoristila da uspostavi emocionalnu povezanost sa klijentkinjom i pokaže interesovanje za njen svet, a naročito muziku koja joj

je bila veoma značajna, te je saosećajno i s pažnjom pratila njen tok misli postavljaajući temelje za dalje otvaranje tokom terapijske seanse.

Adolescentkinja je postepeno počela da stiče poverenje i izveštava o bolnim iskustvima, te su imenovane dominantne sheme i shema modaliteti, odnosno problemi su postavljeni unutar teorijskog okvira shema terapije. U ovoj fazi su uvedene i kognitivne intervencije, učenje koping strategija i nošenja s krizama. Naime, predstavljen joj je ABC model emocionalnih poremećaja (Ellis, 2004), kao i razlika između racionalnih i iracionalnih uverenja ne bi li samostalno detektovala epizode preplavljenosti negativnim emocijama ili disocijacije, te razmotrila koje misli stoje u osnovi i vežbala da usvoji one koje će joj više služiti. Jedan od primera odmažućih uverenja je bio zahtev da oduševi profesore svojim znanjem na usmenim ispitima, te uverenost u sopstvenu bezvrednost ukoliko ne uspe u tome. Kao racionalna i korisnija alternativa je identifikovano uverenje da bi ona želela da oduševi profesore, ali da ne mora i ne može uticati na njihovo mišljenje o njoj. Pritom, izostanak oduševljenja njenim sposobnostima ne vodi u zaključak o njenoj nižoj vrednosti, već u to da je ljudsko biće koje ima nebrojeno osobina i koje ne može biti globalno vrednovano na osnovu tuđeg mišljenja o njoj.

U daljem toku terapije akcenat je bio na iskustvenim tehnikama, specifično na imaginaciji, prilikom čega je cilj bio vizuelno i iskustveno vraćanje na traumatske događaje u detinjstvu, te rekonstrukcija i prorađivanje celog razvoja (Young & Klosko, 2003). Počinjala bi sa iskustvima intenzivnog reagovanja u sadašnjosti, pri susretu sa okidačima poput glasnog govora, neutralnog ili negativnog izraza lica i slično. Putem aktivirane emocije straha, koja bi bila most afekta od sadašnjosti do prošlosti, sa klijentkinjom bi bile identifikovane situacije u kojima se na istovetan način osećala tokom odrastanja, poput vređanja i udaraca koje je doživljavala kada bi se otac nervozan vratio sa posla, ili pokušavajući da mu se suprotstavi ili odbrani majku, kada dobije ocenu nižu od petice i slično. Sa teškoćom je ulazila u vežbe imaginacije usled visoke anksioznosti, te se često vraćala na „sigurno mesto” koje je za nju predstavljao tavan kuće u kojoj je odrasla. Poenta „sigurnog mesta” jeste da oseti mir, stanje u koje se može vratiti ukoliko je preplavljena negativnim emocijama. U tim seansama adolescentkinja je iz perspektive ranjenog deteta ponovo proživela intenzivne emocije u odnosu sa ocem, sa ciljem uspostavljanja kontakta sa ranom traumom bez doživljaja preplavljenosti. To je postizala prizivanjem slike sebe sa deset godina u trpezariji, kada je saopštavala roditeljima da je na kontrolom dobila četvorku. Zamišljala je kako se očevo lice menja na poznat način – postaje hladno i odlučno, usmerava ka njoj neprijateljski pogled i govori joj da je mentalno zaostala, da je promašaj i njegovo životno razočaranje, da ga sramoti pred kolegama. Adolescentkinja ga vidi kako postaje sve više besan, ustaje sa stolice i počinje da viče, a njen strah raste dok joj kroz glavu prolaze misli da je nesposobna i glupa. U tom

trenutku bi se zamrzla slika i uveo terapeut koji bi se obratio ocu i postavio granice da bi zaštitio ranjeno dete. Ova tehnika se naziva reskripting u imaginalnoj, i korisna je zato što zdravi odrasli modalitet adolescentkinje nije bio dovoljno jak da se samostalno suprotstavi ocu. Uprkos tome što joj je bilo izrazito teško da uvidi da nema neposredne opasnosti i da je bezbedna, uspela je da oseti tugu, ljutnju i bes, a da ne prekine vežbu. Po završetku seanse je bilo važno uvrstiti aktivnosti karakteristične za mod zadovoljnog deteta (humor, zabavni snimci životinja, crtanje, muzika).

U toku daljeg psihoterapijskog rada je fokus bio na tome da adolescentkinja stekne samopouzdanje u situacijama kada se inače osećala nesigurnom. Simptomi koji su predstavljali povod za traženje pomoći su se sve ređe manifestovali, a ona je nastavila da ispunjava fakultetske obaveze na visokom nivou, pritom uspostavljajući kontakt sa kolegama. Njene potrebe za osloncem i potvrdom su se i u okviru terapijskog odnosa sve manje ispoljavale s obzirom na to da je uvidela da neće biti napuštena niti kažnjena ukoliko napravi grešku. Terapeutkinja je odigrala ulogu u kojoj ranjenom detetu pruža roditeljstvo zbrinjavanje u imaginalnoj – limitirano roditeljstvo (Young & Klosko, 2003). Podučila ju je načinima na koje može samu sebe podržati i utešiti svoje ranjeno i povređeno dete iz zdravog odraslog dela. Osvestila je i prihvatila da prema ocu oseća negativne emocije, poput besa, a teškoće sa zauzimanjem za sebe u tom odnosu su zaostale, predstavljajući cilj na kom se i dalje radi. Uprkos tome, ona je ojačala sposobnost prepoznavanja okidača svojih emocionalnih poremećaja, kao i načina na koje može koristiti veštine prevladavanja kriznih situacija. Iako ne potpuna, vidljiva je promena na nivou ličnosti – delovi kažnjavajućeg i zlostavljajućeg roditelja gube snagu, ranjivi deo se oseća sigurnijim i zaštićenijim, a odrasli deo preuzima dominantnu ulogu.

ZAKLJUČAK

Na osnovu prikaza slučaja, stiče se utisak da je shema terapija bila korisna u radu sa adolescentkinjom sa ranim traumatskim iskustvima iz razloga što je omogućila obradu emocionalnih obrazaca proizašlih iz tih iskustava. Iako predstavljen terapijski proces može govoriti u prilog tome da shema terapija doprinosi posttraumatskom rastu, povećanju otpornosti i boljoj adaptaciji na stres, te jačanju međuljudskih odnosa i samopouzdanju, proces promene bismo na objektivniji način pratili pomoću samoopisnog inventara Upitnik shema (Young Schema Questionnaire – Short Form 3, YSQ – S3; Young, 2005). Konačno, važno je napomenuti da trauma nije definisana time šta se desi osobi, već načinom na koji ona doživljava ono što se dogodilo, te je poruka shema terapije da je moguća promena odmažućih obrazaca funkcionisanja povezanih sa proživljenim negativnim iskustvima.

SCHEMA THERAPY – A HEALING APPROACH FOR TRAUMA

Zeljka Kosutic

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Schema therapy is an approach designed to identify and transform maladaptive patterns of thought, feeling and behaving that stem from negative life experiences. To achieve this, therapists utilize various techniques, including cognitive restructuring and experiential interventions, with an emphasis on establishing a safe and supportive therapeutic relationship. The therapeutic process presented in the paper was long and challenging, but significant progress was made over time, evident in increased self-confidence, reduced anxiety and depression symptoms, and the establishment of healthier social relationships. This paper examines the application of schema therapy in the treatment of an adolescent girl who has experienced severe traumatic events in childhood, as well as her progress throughout the therapeutic process. The focus is on examining the impact of violence and aggression in family relationships on psychological and social functioning during adolescence, and how schema therapy can contribute to overcoming these issues. The aim of this paper is to illustrate, through a case study, the role of schema therapy as an effective tool in supporting individuals who have experienced traumatic events, facilitating post-traumatic growth, enhancing resilience, coping with life challenges, fostering deeper and healthier interpersonal relationships, and guiding them toward leading more fulfilling lives.

Key words: *schema therapy, maladaptive schemas, domestic violence, post-traumatic growth*

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: Experiments by nature and design. Harvard University Press; 1979.
3. Ellis A. Rational emotive behavior therapy: It works for me – it can work for you. Prometheus Books; 2004.
4. Erikson EH. Identity: Youth and Crisis. Norton & Company; 1968.
5. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP & Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-58. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
6. Masten AS. & Reed MJ. Resilience in Development. In CR Snyder & SJ Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* New York: Oxford University Press. 2002 p. 117-31.
7. Plomin R, DeFries JC & Loehlin JC. Genotype-environment interaction and correlation in the analysis of human behavior. *Psychol. Bull.* 1977;84(2):309-22. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.2.309>
8. Blakemore SJ. Adolescence and mental health. *The Lancet.* 2019(393);10185:2030-1. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31013-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31013-x)
9. Young JE. Young Schema Questionnaire – Short Form3 (YSQ-S3). Cognitive Therapy Center. 2005.
10. Young JE & Klosko JS. Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior and feel great again. Penguin Books. 2003.

Prim. dr Željka Košutić, dr sci. med., Institut za mentalno zdravlje u Beogradu, Srbija.

Primarius Zeljka Kosutic, MD, PhD, psychiatrist, Institute of Mental Healt, Belgrade, Serbia

E-mail: zeljka.kosutic@imh.org.rs

TERAPIJA IGROM KAO INTERVENCIJA DECI U KRIZI

Nataša Ljubomirović¹, Nataša Srećković Milenković¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Abstrakt: Igra je jezik dece, kroz igru deca izražavaju svoje emocije. Igra služi profesionalcima kao dijagnostičko sredstvo, ali i kao terapija usmerena ka deci. Terapija igrom predstavlja sistematsko korišćenje teorijskog modela za uspostavljanje međuljudskih procesa u kome obučeni terapeuti igrom koriste terapeutsku moć igre da pomognu klijentima kako bi sprečili ili rešili psihološke probleme u cilju ostvarivanja optimalnog rasta i razvoja. Važno je istaći da je igra primenjiva u institucionalnom kontekstu i u kontekstu rada sa decom u zajednici. Ovo je važno istaći jer u kriznim situacijama primenljivost u zajednici je od velikog značaja. Terapija igrom ima široku primenu u radu sa decom, prvenstveno jer je igra jezik dece i način na koji mogu da se najlakše izraze, dok istovremeno omogućava profesionalcima da prikupe vredne informacije o detetovim potrebama i emocionalnim stanjima.

Ključne reči: terapija igrom, intervencija, deca, kriza

UVOD

Igra kao pojam

Igra je prirodni „jezik” iz detinjstva koji pomaže deci da se izraze. Kroz igru deca uče o svetu oko sebe, razvijaju čula, razvijaju socijalne veštine, oslobađaju se stresa i stvaraju jedan zabavan kontekst u kome borave i koji im obezbeđuje sigurnost i osećaj kontrole. Igra je zabavna za one koji učestvuju, uključuje fleksibilnost, kreativnost, razvija radoznalost i sposobnost adaptacije, rezilijentnost, unutrašnju kontrolu [1].

Igra je suštinski alat koji doprinosi ranom opismenjavanju, konceptualnom učenju, rešavanju problema i razvoju grubih i finih motoričkih veština i kreativnosti. Kada se igraju, deca uče nove stvari, postavljaju mnoga pitanja, pokušavaju da istraže novi svet i rešavaju nove probleme.

Igra je suštinski parametar dečjeg rasta i izražavanja i to je razlog zašto se upotreba terapije igrom smatra osnovnim sredstvom prevencije i suočavanja sa problemima i teškoćama koje se javljaju kod dece [2].

Traumatsko iskustvo i terapija igrom

Traumatski događaji, kao što su zlostavljanje, zanemarivanje, nasilje ili iznenadne nesreće, mogu značajno uticati na razvoj i mentalno zdravlje deteta, izazivajući negativne efekte koji mogu trajati godinama i uticati na različite oblasti njihovog života. Kada deca dožive neki događaj ili situaciju kao opasnu po život i emocionalno uznemirujuću, to može dovesti do traumatskog iskustva, koje nadalje ostavlja posledice na njihov emocionalni, kognitivni i socijalni razvoj [3]. Takva iskustva mogu uticati na njihovu sposobnost da se nose sa stresom, razvijaju emocionalnu stabilnost, formiraju zdrave međuljudske odnose i stvaraju pozitivan doživljaj sveta oko sebe. Dugoročno, trauma može izazvati probleme sa samopouzdanjem, poteškoće u učenju, anksioznost, depresiju, probleme u ponašanju, kao i teškoće u izražavanju i kontrolisanju emocija [4].

Terapija igrom deci pruža bezbedno i podsticajno okruženje da izraze svoje emocije i da prevaziđu svoju traumu. Kroz terapiju igrom, deca mogu da razviju veštine suočavanja i izgrade otpornost, koje su ključne za njihov oporavak od traume. Ona takođe omogućava deci da obrađuju svoja iskustva prirodno i bez osećaja pritiska, osnažujući ih da kroz svoju traumu idu sopstvenim tempom [5].

Deca koja su doživela traumu mogu imati poteškoća u izražavanju i regulisanju svojih emocija, što može uticati na njihovo mentalno zdravlje i dobrobit. Uključivanjem u terapiju igrom deca bolje razumeju sebe, razvijaju veštine koregulacije i na taj način proširuju emocionalnu regulaciju što ima velikog značaja za decu koja su doživela traumu [6].

Uobičajeni simptomi traumatizovane dece su:

- Anksioznost i strah
- Depresija i promene raspoloženja
- Agresivno ponašanje, acting out
- Poremećaji spavanja; noćna umokravanja, slabiji apetit
- Poteškoće sa koncentracijom i učenjem
- Separaciona anksioznost-preterana vezanost za jednog roditelja
- Društveno povlačenje i izolacija
- Fizički simptomi kao što su glavobolja ili bolovi u stomaku

Kada deca imaju prilike da komuniciraju o svojim mislima i osećanjima na neverbalan način to može biti efikasan alat za olakšavanje emocionalnog izražavanja i regulacije [7].

Kao stručnjaci, imamo pristup efikasnim metodama lečenja koje pomažu deci da se oporave i izgrade otpornost. Svakako dužina terapije i uključenost roditelja u istu doprinosi efikasnosti terapije. Brojne studije pokazuju da posvećena uključenost roditelja u terapiju i prilika da praktikuju nove veštine u ophođenju sa detetom značajno povećava terapijsko dejstvo igre [3].

Faze terapije igrom i struktura

Terapija igrom sa traumatizovanom decom koristi različite tehnike i strategije kako bi se odgovorilo na specifične ciljeve i potrebe deteta i porodice. U daljem tekstu biće detaljnije razmotrene faze ovog tipa tretmana. Rana faza terapije fokusira se na uspostavljanje sigurnosti i stabilnosti, kako bi se dete osećalo sigurno i podržano. Ovo uključuje rad na smanjenju fiziološkog stresa, kao i na poboljšanje emocionalne pismenosti deteta i njegovih sposobnosti suočavanja sa stresom.

Takođe, terapeuti često sarađuju sa roditeljima kako bi ih osnažili u ulozi partnera u procesu regulacije emocija deteta, čime se doprinosi poboljšanju interakcija i odnosa unutar porodice. U okviru terapije igrom, terapeuti koriste igru kao metod za edukaciju roditelja, pokazujući im kako efikasno prepoznati i odgovoriti na emocionalne potrebe deteta. Ovaj pristup poboljšava sposobnost roditelja da pruže adekvatnu podršku detetu tokom emocionalnih izazova, čime se doprinosi razvoju emocionalne otpornosti deteta. Intervencija sa roditeljima obično je deo rane faze tretmana, koja se sprovodi paralelno sa radom sa detetom, ali može uključivati i posebne sesije posvećene angažovanju roditelja, kako bi se obezbedilo njihovo aktivno učešće i duboko razumevanje terapijskog procesa. Pored toga, podrška negovateljima može igrati ključnu ulogu u tome da pomognu deci da obrade trauma [8]. U srednjoj fazi lečenja, terapija igrom može uključivati postepeno izlaganje kroz igru, gde dete ima priliku da doživi i procesuirati traume u sigurnom okruženju. Aktivnosti mogu obuhvatiti i narativni rad u cilju obrade

traume i postepenog vraćanja kontrole i stabilnosti. U ovoj fazi, terapeuti koriste igru kao siguran način da dete postepeno suoče sa traumama, kroz kontrolisane aktivnosti koje omogućavaju detetu da „proživi” svoja iskustva na način koji je emotivno siguran i koji omogućava emocionalnu obradu.

Postepeno izlaganje kroz igru znači da dete polako, u malim koracima, bude izloženo situacijama ili osećanjima koja podsećaju na traumu, ali u okruženju koje pruža sigurnost i kontrolu. Na taj način, dete ima priliku da procesuiraj svoje emocije, strahove i bol, bez preplavlivanja.

Narativni rad je tehnika koja se koristi u terapiji igrom, a podrazumeva da dete kroz igru ili pričanje priča izražava svoja iskustva i emocije. Na primer, dete može koristiti lutke ili figurice da ispriča priču o sebi ili o nečemu što je doživelo, što mu pomaže da razjasni i procesuiraj svoja iskustva na dubljem nivou.

Cilj ovog dela terapije je da pomogne detetu da se ponovo oseća kontrolisano i stabilno, jer trauma može izazvati osećaj bespomoćnosti i nesigurnosti. Kroz ovu terapijsku tehniku, dete se polako vraća u stanje emocionalne ravnoteže, gde može ponovo preuzeti kontrolu nad svojim osećanjima i iskustvima.

U poslednjoj fazi lečenja, cilj je da se pomogne detetu i porodici da razviju pozitivnu sliku posttraumatskog „ja”. Ovo je vreme kada se implementiraju strategije za unapređenje samopouzdanja, jačanje pozitivnog identiteta i izgradnju resursa koji omogućavaju zdrav razvoj i adaptaciju nakon traumatičnih iskustava. Ova faza takođe uključuje procenu napretka, gde terapeuti obično pružaju povratne informacije o ishodima intervencije i ocenjuju efikasnost terapije. Povratne informacije mogu uključivati procenu emocionalnog stanja deteta, njegovih veština suočavanja i sposobnosti za regulaciju emocija.

Evaluacija uspešnosti intervencije takođe uključuje povratnu informaciju od roditelja i deteta, kako bi se sagledali subjektivni doživljaji napretka i promena koje su se desile tokom terapijskog procesa. Roditelji mogu biti upitani o poboljšanjima u ponašanju deteta, dok dete može biti ohrabreno da izrazi svoja osećanja u vezi sa napretkom koji je postiglo. Ova povratna informacija pomaže terapeutu da proceni efikasnost tretmana i odluči o eventualnim daljim koracima [8].

Terapeuti koji rade sa decom prilagođavaju različite aspekte igre kako bi pomogli detetu da „ispriča svoju priču” dok savlađuje jake emocije iz traumatskih iskustava [9].

Terapija igrom predstavlja sistematsko korišćenje teorijskog modela za uspostavljanje međuljudskih procesa u kojima obučeni terapeuti koriste terapeutsku moć igre kako bi pomogli klijentima da spreče ili reše psihološke probleme i postignu optimalan rast i razvoj. [10]. Terapija dečjom igrom je jedan vid uspostavljanja kontakta sa detetom koji poštuje njegov jedinstveni razvojni nivo i nudi mu pomoć na „jeziku koji dete najbolje razume – putem igre”.

Terapija igrom postaje sve priznata kao efikasan pristup u radu sa decom, posebno onom decom koja su doživela traumu ili emocionalne teškoće [11].

Neki oblici terapije igrom su efikasniji kod određenih dijagnostičkih kategorija kao što su (adhd, anksioznost, deca sa hroničnim bolestima) [12]. Neverbalna priroda terapije igrom predstavlja polaznu osnovu za razvoj ove vrste terapije i kod dece sa intelektualnom ometenošću [7]. Nedirektivni pristup igri omogućava davanje detetu krajnje slobode, bez nametanja ideja terapeuta i to ima značajan efekat u smanjenju anksioznosti kod dece [13].

Vrste terapije igrom

Direktivna i nedirektivna terapija igrom se može kombinovati u zavisnosti od potreba deteta, a može se primeniti i posebno u zavisnosti od kliničke slike i same procene.

U direktivnim tehnikama terapeut vodi sesiju, birajući koje će se igračke ili aktivnosti koristiti. Terapeut može postavljati scenarije i aktivnosti koje pomažu detetu da se suoči sa određenim emocijama, iskustvima ili izazovima. Terapija igrom u ovom kontekstu daje terapeutu aktivniju ulogu u procesu, gde on vodi igru i postavlja smislene izazove i situacije koje dete može istraživati [14]. Terapeut vodi sesiju imajući na umu specifične ciljeve, na primer može postaviti situaciju u kojoj dete mora da rešava konflikt između likova ili igračka, ili može koristiti scenarije koji pomažu detetu da se nosi sa specifičnim emocijama, kao što su strah, tuga ili bes, da istraži osećanja o sebi i svom identitetu. Terapija direktivnom igrom može biti posebno efikasna za rešavanje određenih pitanja ili podučavanje specifičnih veština, kao što su upravljanje besom ili razvoj društvenih veština. Terapeut može da pruži trenutne povratne informacije i smernice tokom igre, pomažući detetu da razume i obradi svoja osećanja ili ponašanja u realnom vremenu. Neka deca, posebno ona sa anksioznošću, traumom ili određenim poremećajima ponašanja, mogu imati koristi od strukturisanijeg okruženja u kojem znaju šta mogu da očekuju. Kroz usmerene aktivnosti, deca mogu da uče i vežbaju nove veštine u bezbednom okruženju koje pruža podršku.

Terapija peskom je jedna vrsta direktivne terapije igrom jer pruža siguran prostor za izražavanje i rad na traumi, omogućavajući klijentima da kroz fizičko modelovanje u pesku izraze ono što možda ne mogu verbalizovati. Korišćenje minijatura i poslužavnika sa peskom omogućava klijentima da stvore slike koje odražavaju njihove unutrašnje svetove, često na načine koji su manje zastrašujući nego verbalni izrazi. Ovaj pristup može biti posebno koristan za osobe koje su doživele teške traume i teško im je da govore o svojim iskustvima, kao i za decu koja možda nisu u stanju da artikuliraju svoja osećanja ili traume [15]. Proces oblikovanja peska i odabira minijaturnih predmeta može se desiti na nesvesnom nivou, posebno kod osoba koje su prošle

kroz ozbiljne traume, kao i kod dece koja nemaju razvijene verbalne sposobnosti ili sposobnost da artikuliraju svoja osećanja [16]. Spontano stvaranje u terapiji peskom često dolazi iz implicitne memorije, koja je direktno povezana sa čulnim iskustvima i emocijama, a ne nužno sa verbalnim izražavanjem ili racionalnim razumevanjem [17].

Terapija peskom, u kojoj ruke aktivno dodiruju i oblikuju pesak, zaista igra ključnu ulogu u aktiviranju regenerativnih procesa u telu, posebno kod klijenata koji su doživeli traumu. Dodirivanje peska može podstaći klijente da ponovo uspostave kontakt sa svojim telesnim iskustvima, što je posebno značajno za osobe koje su zbog zlostavljanja ili drugih trauma razvile disocijaciju ili potisnute somatske reakcije [18].

Kada je telo povređeno kroz zlostavljanje, često dolazi do emocionalnog i fizičkog otupljenja, gde osoba postaje nesvesna ili distancirana od svojih telesnih senzacija kao način zaštite [19]. Terapeutski efekat terapije peskom pomaže da se ovaj telesni kontakt ponovo aktivira, omogućavajući telu da „oseti” i reaguje na stimulaciju na zdraviji način. Pesak postaje nežan medijator koji poziva klijenta da ponovo doživi telesni kontakt, vraćajući ga u „prirodno stanje života”, u kojem telo može biti aktivno uključeno u proces isceljenja.

U nedirektivnom pristupu terapiji igrom dopušta se da dete vodi proces, a terapeut je tu da prati njegove potrebe i da razvija odnos pun sigurnosti koji će doprineti toku lečenja. Deca su sasvim sposobna da na odgovarajući način usmeravaju sopstveni rast, a u terapijskom odnosu imaju slobodu da budu svoja u procesu odigravanja osećanja i iskustava. Deca stvaraju sopstvene istorije u sobi za igru, a terapeut poštuje pravac koji odredi svako dete [20]. U zavisnosti od potreba deteta terapeut donosi odluke o tome kada treba brže i više angažovati dete i kada treba poštovati njegove odbrane, on dosledno predviđa dečje potrebe i priprema se da odgovori na različite ponašajne, relacione i socijalne izazove koji se mogu javiti tokom terapije.

Terapeut aktivno prepoznaje detetova osećanja i reflektuje ih natrag detetu, što detetu omogućava da stekne bolji uvid u svoje ponašanje. Proces mora biti postepen i ne može se požurivati. Deci se pruža dovoljno vremena da završe svoj unutrašnji proces u zdravom okruženju. Kroz ovaj proces, terapeut gradi snažan terapijski savez sa detetom, što omogućava potpuno razumevanje i podršku detetovim osećanjima tokom terapije. Ukoliko ubrzavamo ili intenziviramo proces lečenja, možemo izazvati negativne posledice koje dolaze kao rezultat same terapije. To može uključivati preplavlivanje deteta anksioznošću, što može usporiti ili čak zaustaviti proces lečenja. Zato su nam važne nijanse i konstantno preispitivanje terapeuta koji mora pažljivo da prati detetove granice, postepeno uvodi izazove i poštuje ritam deteta kako bi se omogućio siguran i efikasan proces izlečenja.

Nedirektivni model terapije igrom kreirala je Virdžinija Eklajn (1947) koja je rad Karla Rodžersa prilagođavala svom radu sa decom. Eklajn je,

poput Rodžersa, verovala da pojedinci (uključujući decu) imaju urođenu sposobnost samoodrastanja i lečenja i da je svaka igra odraz ove sposobnosti za rast [21]. Zbog ovog verovanja, Ekslajn je deci dozvolila slobodu da se igraju sa svim predmetima i igračkama u igraonici dok se fokusirala na odraz dečjih osećanja, misli i ponašanja. Garri Landreth je 2002. definisao ovaj pristup kao terapija igrom usredsređenu na dete [22].

Virdžinija Ekslajn pruža preporuke za rad terapeuta u kontekstu nedirektivne terapije igrom:

- Razvije topao i prijateljski odnos sa detetom.
- Prihvati dete onakvo kakvo jeste.
- Uspostavi osećaj dozvole u odnosu kako bi dete moglo slobodno da izrazi svoja osećanja.
- Bude pažljiv u prepoznavanju osećanja koje dete izražava i da ih reflektuje na način koji će detetu omogućiti da stekne uvid u svoje ponašanje.
- Održava duboko poštovanje prema detetovoj sposobnosti da rešava svoje probleme i pruži im priliku da to učine.
- Ne pokušava da usmeri detetove akcije ili razgovore. Dete vodi, terapeut prati.
- Ne pokušava da ubrza terapiju, jer je to postepen proces.
- Postavi samo ona ograničenja koja su neophodna kako bi terapija ostala utemeljena u stvarnosti i kako bi dete postalo svesno svojih odgovornosti u odnosu.

Preporučuje se proces postanka, a ne popravke koja se fokusira na lice deteta, a ne na problem, na sadašnjost umesto na prošlost, na osećanja, a ne na misli, razumevanja umesto objašnjavanja, prihvatanja umesto ispravljanja, dečje vođenje, a ne instrukcije terapeuta, mudrost deteta, a ne na znanje terapeuta.

Landreth (2012.) [1] pruža sveobuhvatan vodič za izbor igračaka i materijala u terapiji igrom, koji su podeljeni u tri ključne kategorije. Ove kategorije omogućavaju terapeutima da odaberu odgovarajuće alate za direktivnu i nedirektivnu terapiju, u zavisnosti od potreba deteta.

1. Igračke iz stvarnog života:

Ove igračke omogućavaju detetu da direktno izrazi svoja osećanja i svakodnevne aktivnosti. Kroz njih, dete može modelovati situacije iz stvarnog života, što mu omogućava da obradi svoja iskustva. Primeri uključuju lutke, kućice za lutke, kase, automobile, kamione i čamce. Ove igračke pomažu detetu da ponovo stvori situacije koje su mu poznate ili da ih istraži kroz igru.

2. Igračke za glumu/agresivno oslobađanje:

Ove igračke i materijali omogućavaju detetu da oslobodi intenzivne emocije, kao što su bes, neprijateljstvo i frustracija.

Korišćenje ovih alata pomaže detetu da se suoči sa potisnutim osećanjima na zdrav način, kroz igru. U ovu kategoriju spadaju Bobo torba (koja može biti korišćena za udaranje), aligatorske lutke, vojnici, divlje životinje i gumeno oružje ili igračke za borbu. Ove igračke omogućavaju detetu da „prenese” negativne emocije iz stvarnog života u igru.

3. **Igračke za kreativno izražavanje i oslobađanje emocija:**

Ove igračke i materijali pružaju detetu sredstva za kreativno izražavanje, što može biti korisno u procesu emocionalnog isceljenja. Korišćenje kreativnih materijala omogućava detetu da vizualizuje i izrazi emocije na način koji je sigurniji i manje verbalno preplavljujući. Primeri uključuju Play-Doh, štapiće za sladoled i kartone za jaja. Ovi materijali mogu biti korisni i za agresivne i kreativne kategorije jer omogućavaju deci da istraže različite aspekte svojih emocija kroz kreativnu igru.

Ove tri kategorije igračaka omogućavaju terapeutu da precizno odgovori na emocionalne i psihološke potrebe deteta, pomažući mu da se nosi sa svojim osećanjima i iskustvima kroz igru, bilo da se radi o direktnom izražavanju, oslobađanju agresije, ili kreativnom izražavanju emocija.

Kada se razvija plan terapije za traumatizovano dete, važno je proceniti tri ključne oblasti gde je tolerancija deteta ugrožena. Problemi u prepoznavanju i tolerisanju intenzivnih emocija mogu otežati suočavanje sa stresom, što može dovesti do povlačenja ili eksplozivnih reakcija. Trauma može stvoriti potrebu za kontrolom i perfekcionizmom, što može izazvati anksioznost i izbegavanje grešaka ili nesigurnih situacija [4]. Strah od nesigurnosti usled prošlih iskustava može otežati detetu da se nosi sa nepredvidivim situacijama, što utiče na njegovu svakodnevicu i spremnost da se suoči s novim situacijama. Razumevanje i rad na ovim područjima je ključ za ponovnu izgradnju sigurnosti i emocionalne otpornosti deteta.

Navedene tehnike igrom su mogu se primeniti i kod dece u kriznim situacijama, jer na taj način deci pružaju sigurnost i pružaju utehu u teškom momentu, kada su često neutešni.

ZAKLJUČAK

Kroz igru, deca mogu izraziti emocije i iskustva koja im je teško verbalizovati, što omogućava terapeutima da razumeju unutrašnje svetove dece i pruže adekvatnu podršku. Terapija igrom usmerena na dete ima pozitivan uticaj kod dece koja pokazuju teškoće uspostavljanja socijalnih odnosa kao i kod dece koja pokazuju probleme afektivnog vezivanja [23]. U situacijama traume, kao što su prirodne katastrofe, izbegličke krize ili porodični problemi, terapija igrom može pomoći deci da obrade i integrišu svoja iskustva, smanjujući stres

i anksioznost, te podstičući njihov emocionalni i psihološki oporavak. Uspostavljanje bezbednosti i sigurnosti, može trajati nekoliko minuta ili meseci u zavisnosti od jedinstvene dinamike slučaja i njihove interakcije sa jedinstvenom dinamikom prisustva terapeuta i prostora za igru [5].

Sve je veći fokus terapeuta i istraživača na terapiju igrom, pa se očekuje dodatan razvoj ovog pristupa u vidu potvrđivanja kliničke korisnosti i terapijske efikasnosti. Dalja empirijska provera terapije igrom može otvoriti put ka dodatnom razvoju i integraciji ove vrste intervencije u kliničku praksu, osiguravajući istovremeno zaštitu i podršku deci koja se suočavaju s teškoćama.

PLAY THERAPY AS AN INTERVENTION FOR CHILDREN IN CRISIS

Natasa Ljubomirovic¹, Natasa Sreckovic Milenkovic¹

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: Play is the language of children; through play, they express their emotions. Play serves professionals as both a diagnostic tool and a form of therapy directed toward children. Play therapy is the systematic use of a theoretical model to establish interpersonal processes in which trained therapists utilize the therapeutic power of play to help clients prevent or resolve psychological issues, aiming for optimal growth and development. It is important to emphasize that play is applicable both in institutional settings and in working with children within the community. This is particularly significant in crisis situations, where its applicability in community settings plays a crucial role. Play therapy has a broad application in working with children, primarily because play is their natural language and the easiest way for them to express themselves. At the same time, it enables professionals to gather valuable insights into a child's needs and emotional states.

Key words: *play therapy, intervention, children, crisis*

Literatura

1. Landreth GL. Play Therapy: The Art of the Relationship. 2012 Apr 27 [cited 2025 Jan 17]; Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203835159/play-therapy-garry-landreth>
2. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzaha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, et al. An Overview of Play Therapy. *Mater Sociomed* [Internet]. 2021 [cited 2025 Jan 17];33(4):293. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8812369/>
3. Cruz D, Lichten M, Berg K, George P. Developmental trauma: Conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 Jul 22 [cited 2025 Jan 16]; 13:800687. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9352895/>
4. Van der Kolk B. Praise for The Body Keeps the Score.
5. Goodyear-Brown P. Trauma and Play Therapy: Helping Children Heal. *Trauma and Play Therapy* [Internet]. 2019 Feb 12 [cited 2025 Jan 16]; Available from: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781351216869/trauma-play-therapy-paris-goodyear-brown>
6. Conroy J, Perryman K. Treating Trauma With Child-Centered Play Therapy Through the SECURE Lens of Polyvagal Theory. *International Journal of Play Therapy*. 2022;31(3):143–52.
7. Wilson K, Ryan V. Play therapy with emotionally damaged adolescents. *Emotional and Behavioural Difficulties* [Internet]. 2002 Jan [cited 2025 Jan 17];7(3):178-92. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13632750200507015>
8. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol Res Pr* [Internet]. 2005 Aug [cited 2025 Mar 16];36(4):376–90. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232438673_The_Efficacy_of_Play_Therapy_With_Children_A_Meta-Analytic_Review_of_Treatment_Outcomes
9. Goodyear-Brown Paris. Play therapy with traumatized children. 2013 [cited 2025 Jan 16]; Available from: <https://www.wiley.com/en-us/Play+Therapy+with+Traumatized+Children-p-9780470561287>
10. About APT - Association for Play Therapy [Internet]. [cited 2025 Jan 16]. Available from: <https://www.a4pt.org/page/AboutAPT>
11. Trauma, Play Therapy, and Research | Psychology Today [Internet]. [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/arts-and-health/202004/trauma-play-therapy-and-research>
12. Kool R, Lawver T. Play Therapy: Considerations and Applications for the Practitioner. *Psychiatry (Edgmont)* [Internet]. 2010 Oct [cited 2025

- Jan 16];7(10):19. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2989834/>
13. Hateli B. The effect of non-directive play therapy on reduction of anxiety disorders in young children. *Couns Psychother Res* [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2025 Jan 17];22(1):140-6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/capr.12420>
14. Leggett ESoto, Boswell JN. Directive play therapy: theories and techniques. 2017 [cited 2025 Jan 17];309. Available from: https://books.google.com/books/about/Directive_Play_Therapy.html?hl=sr&id=164-DAAAQBAJ
15. Sandtray therapy: A practical manual, 2nd ed. [Internet]. [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2011-00252-000>
16. Zhou D. A Review of Sandplay Therapy. *Int J Psychol Stud* [Internet]. 2009 Nov 17 [cited 2025 Mar 16];1(2):69. Available from: https://www.researchgate.net/publication/42385741_A_Review_of_Sandplay_Therapy
17. Pearson M, Wilson H. Sandplay Therapy: A Safe, Creative Space for Trauma Recovery. *Australian Counselling Research Journal* | www.acrjournal.com.au Australian Counselling Research Journal [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 17]; Available from: www.acrjournal.com.au
18. Moir-Bussy A. Editorial. *Australian Counselling Research Journal* | www.acrjournal.com.au Australian Counselling Research Journal [Internet]. 2019 [cited 2025 Jan 17]; Available from: www.acrjournal.com.au
19. Korem N, Duek O, Spiller T, Ben-Zion Z, Levy I, Harpaz-Rotem I. Emotional State Transitions in Trauma-Exposed Individuals With and Without Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2024 [cited 2025 Mar 16];7(4): E246813. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38625701/>
20. Landreth GL. Child-Centered Play Therapy. *Play Therapy* [Internet]. 2023 Jul 11 [cited 2025 Jan 17];53-98. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003255796-5/child-centered-play-therapy-garry-landreth>
21. Johnson JL. The History of Play Therapy. *Handbook of Play Therapy: Second Edition* [Internet]. 2015 Nov 16 [cited 2025 Jan 17];17-34. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781119140467.ch2>
22. child-centered play therapy on JSTOR [Internet]. [cited 2025 Jan 17]. Available from: <https://www.jstor.org/stable/42869126>

23. Japundža-Milisavljević M. Đurić-Zdravković A. & Milanović-Dobrota B. *Primena terapije igrom usmerene na dete*. Beogradska defektološka škola; 2022;28(1):73-86.
-

Doc. dr Nataša LJUBOMIROVIĆ, dr sci. psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Visoka škola socijalnog rada, Beograd, Srbija

Natasa LJUBOMIROVIC, MD, PhD, psychiatrist, Assistant Professor, Institute of Mental Health; College of Social Work, Belgrade, Serbia

Email: natasa.ljubomirovic@imh.org.rs

Revijalni rad
UDK 316.362.1-055.52-055.62
615.851-053.4/.6

UTICAJ RODITELJSKIH VEŠTINA I PORODIČNIH FAKTORA NA OPORAVAK DECE OD TRAUME

Ilija Božić¹, Jasmina Bogdanović¹, Roberto Grujičić^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Milana Kašanina 3, Beograd, Srbija

²Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

Apstrakt: Traumatski događaji u detinjstvu povezani su sa lošijim psihosocijalnim funkcionisanjem, lošijim kognitivnim postignućima, akademskim uspehom i povećanim rizikom od emocionalnih poremećaja tokom života, što naglašava važnost rane identifikacije i odgovarajućih intervencija za smanjenje posledica postraumatskog sindroma. Iako postoji veliki broj identifikovanih faktora koji su povezani sa povećanim rizikom od razvoja posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), svi faktori rizika kumulativno čine mali procenat varijanse u razvoju simptoma PTSP-a. Jedan faktor koji je neophodno uzeti u razmatranje u studijama traume i predikcije oporavka dece od traume je uticaj porodičnih faktora i roditeljskog odgovora na traumu. U ovom radu biće prikazan pregled dosadašnje literature koja se bavila povezanošću roditeljskih faktora (roditeljski PTSP, roditeljsko suočavanje i komunikacija) i njihov uticaj na razvoj PTS-a kod dece koja su preživela traumu, kao i potencijalne terapijske intervencije koje se baziraju na radu sa roditeljima i čitavim porodicama u procesu oporavka deteta od traume.

Ključne reči: *trauma, roditeljstvo, PTSP, porodične intervencije*

TEORIJSKI KONCEPT TRAUME

Trauma predstavlja emocionalni ili fizički odgovor na jedan ili više događaja koji su štetni ili preteći po život individue ili drugih osoba, a koji mogu dovesti do trajnih negativnih efekata na mentalno i fizičko zdravlje pojedinca [1]. Traumatski događaji su iznenadni ili neočekivani, a karakterišu se suočavanjem sa smrću ili pretnjom po telesni integritet, uz prisutan subjektivni osećaj intenzivnog straha ili bespomoćnosti [2]. Jednokratno izlaganje određenoj vrsti traumatskog iskustva ili traumi koja traje kratko opisuje se kao **akutna trauma** [3]. S druge strane, **hronična trauma** se razvija ukoliko se odgovor organizma na stres prolongira, ukoliko percipirani osećaj pretnje ne prestane ili ukoliko se izloženost traumatskim stresorima ponavlja [4]. Slično hroničnoj traumi, **kompleksna trauma** takođe podrazumeva izlaganje višestrukim i produženim traumatskim iskustvima, s tim što se kod kompleksne traume najčešće radi o interpersonalnim traumatskim iskustvima koje počinju u detinjstvu, najpre u vidu zlostavljanja i zanemarivanja [5,6]. Postoji snažna veza između kumulativnog izlaganja traumatskim događajima u detinjstvu i širokog spektra telesnih i psiholoških teškoća u mladosti i odraslom dobu [7-9]. Pokazano je da su, u poređenju sa osobama koje nisu imale negativna iskustva u detinjstvu (engl. adverse childhood experience – ACE), osobe sa četiri ili više takvih iskustava bile u znatno većem riziku od niza zdravstvenih problema [7].

Izlaganje traumatskim događajima može se dogoditi na različite načine, kao što su direktno izlaganje, svedočenje događaju ili saznanje o tome da se dogodilo nekom bliskom srodniku ili prijatelju [1]. Nepovoljna iskustva mogu uključivati smrt, pretnju smrću, ozbiljne fizičke povrede, zlostavljanje i zanemarivanje dece, izlaganje nasilju u porodici ili zajednici, životno ugrožavajuće bolesti ili medicinska stanja, prirodne katastrofe, izlaganje nasilnim događajima kao što su pucnjave, rat i terorizam, kao i neočekivanu smrt voljene osobe [1,10,11].

Izloženost traumatskim događajima je direktno povezana sa stepenom postraumatskog stresa [8]. Istraživanja nedvosmisleno ukazuju na značajnu povezanost između izlaganja stresnim događajima tokom ranog detinjstva i neurobioloških oštećenja [12]. Ova povezanost dovodi do pojave ozbiljnih dugoročnih posledica, koje se nastavljaju i u odraslom dobu, a uključuju povišen rizik za razvoj mentalnih bolesti, poteškoća iz domena fizičkog zdravlja, interpersonalnog i psihosocijalnog funkcionisanja [7,8,10,12]. Osim toga, ovakvi događaji u detinjstvu izazivaju nepovoljne, za traumu specifične psihološke posledice u vidu akutnog traumatskog stresa, postraumatskog stresnog poremećaja, fobija i poremećaja prilagođavanja [13]. Rezultati ukazuju da se kod dece koja su bila izložena traumatskim iskustvima, bilo da su razvila postraumatski stresni poremećaj ili ne, uočava određeni stepen kognitivnog deficita [14]. Osim posledica po zdravlje deteta, izlaganje traumi je često povezano sa nizom negativnih porodičnih okolnosti, uključujući socioekonomski stres, porodičnu nestabilnost ili disfunkcionalost. Širi

porodični kontekst, a ne samo konkretna izlaganja traumi, može pružiti bolje prognoze za dugoročno zdravlje i funkcionisanje [8].

Epidemiologija traume kod dece i adolescenata

Izloženost dece traumatskim događajima je češća nego što se ranije pretpostavljalo [7]. Prijavljivanje, identifikovanje i registrovanje traumatskih događaja kod dece, naročito kada je reč o interpersonalnom nasilju, može predstavljati veliki sistemski izazov. Prema sprovedenim istraživanjima, nasilje se najčešće dešava u zatvorenim sistemima, poput porodičnog, te podatke o nasilju često imaju samo žrtva i nasilnik. Dodatni otežavajući faktor može predstavljati i stigma, kulturološki okvir u kojem porodica živi, ali i normativi koje okolina ima prema nasilju, nepoverenje u sistem zaštite, strah od pogoršanja nasilja i slično [15]. Više od 60% dece u Sjedinjenim Američkim Državama doživi potencijalno traumatski događaj pre nego što navrš 16 godina [8,16-19], a više od 30% doživi više ovakvih događaja [8]. Iako prijavljene stope učestalosti izlaganja traumi značajno variraju između studija, od 15% do 84%, čak i najniže stope ukazuju na to da je izlaganje traumi prilično česta pojava u detinjstvu [17]. Statistički gledano, izlaganje traumi u detinjstvu je normativ koja pogađa većinu dece u nekom trenutku odrastanja [8,17].

REAKCIJE DECE NA TRAUMATSKI DOGAĐAJ

Odgovori na traumu su pod uticajem težine i trajanja traume [20]. Činioci koji utiču na stepen stresa koji dete doživljava nakon traumatskog iskustva uključuju faktore rizika, kao što su prethodna istorija traume, ali i zaštitne faktore među kojima je i podržavajuća porodica [11]. Psihičke tegobe koje su postojale pre traume mogu nastaviti da stavljaju dete u nepovoljan položaj u pogledu sposobnosti da se nosi sa stresnim događajem, kao i da se oporavi od njega [21].

Posledice traume kod dece

U zavisnosti od prirode i težine traume, nakon neželjenih događaja javljaju se različite reakcije na stres [20], a uključuju osećaj bespomoćnosti, gubitak kontrole, ljutnju, ranjivost i strah, dok neki pojedinci mogu iskusiti šok i konfuziju, koji su privremeni [11]. U odnosu na to na kom razvojnem stadijumu je dete, traumatski stres se može manifestovati na različite načine: **deca predškolskog uzrasta** mogu ispoljavati separacionu anksioznost, temper tantrume, gubitak interesovanja za zabavne aktivnosti; **deca školskog uzrasta** su podložnija pojavi somatizacije, osećaja krivice i socijalnih poteškoća, dok **adolescenti** mogu ispoljavati socijalno povlačenje, poteškoće savladavanja gradiva i upuštanje u rizična ponašanja [10]. Kada se govori o emocionalnim odgovorima, neka traumatizovana deca mogu imati probleme sa regulisanjem svojih osećanja i pokazivati ljutnju, bes i razdražljivost, dok druga deca mogu izgledati tužna, anksiozna i preopterećena. Ponašajno,

traumatski odgovori mogu se manifestovati u agresivnim, destruktivnim i samopovređivačkim ponašanjima, od kojih neka mogu biti izražena u ponovnom izvođenju traume u dečijoj igri. Socijalno, traumatizovana deca mogu imati poteškoća da veruju drugima ili se osećati izdano od strane odraslih koji ih nisu zaštitili, što može negativno uticati na njihove međuljudske odnose i sposobnost da steknu prijatelje [11]. Sekundarni stresori kao što su medicinske procedure i stresne reakcije ljudi iz okruženja su priznati kao faktor rizika za produženu posttraumatsku patnju [21,22].

Akutni stres je uobičajen u nedeljama nakon traumatskog iskustva, a pokazano je da su mnogi simptomi prolazni, i da se većina dece prilagodi i nastavi sa svojim životom [21]. Ipak, reakcije mladih na iste događaje mogu biti veoma različite [20], pa će kod određenog broja dece, trauma i njihov odgovor na traumu, izazvati dugoročne posledice [21].

Posttraumatski stresni poremećaj kao reakcija na traumu

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) se karakteriše pojavom simptoma povezanih sa traumom, uključujući ponovno preživljavanje traumatskog događaja (npr. košmarni snovi, nametanje misli i slika, i sl), izbegavajuće ponašanje, povišenu pobuđenost, kao i značajne promene u raspoloženju. PTSP nije tako često prisutan u populacionim studijama dece kao što je to slučaj u populacionim studijama odraslih [7]. Ipak, pokazano je da otprilike 1 od 6 dece (16%) izložene traumatskom događaju razvije klinički značajan posttraumatski stresni poremećaj [10,23,24].

Izlaganje potencijalno traumatskom događaju je neophodan, ali ne i dovoljan uslov za razvijanje PTSP-a [25]. Drugim rečima, neće se kod svakog deteta koje je bilo izloženo traumatskom događaju razviti PTSP [2]. Identifikovani su faktori rizika za javljanje PTSP-a i podeljeni su u četiri grupe koji su predstavljene u Figuri 1 [26]. U **prvu grupu** su svrstani *faktori prisutni pre traumatskog iskustva*, a prepoznati su kao faktori niskog do srednjeg rizika: mlađi uzrast, ženski pol, niži količnik inteligencije, niži socioekonmski status, istorija psiholoških poteškoća kod deteta ili roditelja [25]. Smatra se da su devojčice u većem riziku od razvijanja ovog poremećaja nego dečaci [10,25,27]. U **drugoj grupi** se nalaze *subjektivne karakteristike traume*, kao što su peritraumatski strah, percepcija traumatskog događaja, namera počinioaca i generalni osećaj ugroženosti, i oni se smatraju faktorima visokog rizika [25]. U **trećoj grupi** su grupisane *objektivne karakteristike traumatskog događaja*, odnosno dužina trajanja događaja, kombinacije telesne i psihološke povrede, kao i težina traume, koja snažno korelira sa rizikom za razvoj PTSP [25]. Jedan od najistaknutijih moderatora izraženosti simptoma PTSP-a kod jednog broja autora bila je vrsta traume u odnosu na počinioaca. Primećena je češća pojava PTSP-a nakon interpesonalne traume, nego kod onih koje to nisu (zadesni nesrećni događaji, prirodne katastrofe) [24,27]. Takođe, primećene su

dugoročnije posledice na kognitivno funkcionisanje kod dece čija trauma je nastala u porodici (engl. *familial trauma*), u odnosu na slučajeve kada su počiniooci van porodice (engl. *non-familial trauma*) [14,28]. U četvrtu grupu spadaju faktori nakon traume i uključuju komorbidne psihološke poteškoće, okrivljivanje drugih, nisku podršku zajednice i socijalno povlačenje. Supresija misli o traumatskom događaju predstavlja faktor visokog rizika. Narušeno porodično funkcionisanje predstavlja jači faktor rizika za razvoj PTSP-a od postojanja narušenog mentalnog zdravlja roditelja [25]. Izbegavanje suočavanja (engl. *avoidant coping*) se teoretski smatra ključnim faktorom koji održava simptome PTSP-a, jer sprečava prorađivanje svih događaja i misli povezanih sa traumom, što je neophodno kako PTSP ne bi postao hronični problem [9,23,29,30]. Percepcija niske porodične povezanosti i zabrinutost zbog porodičnih problema su takođe značajni faktori rizika za dugotrajni PTSP [31].

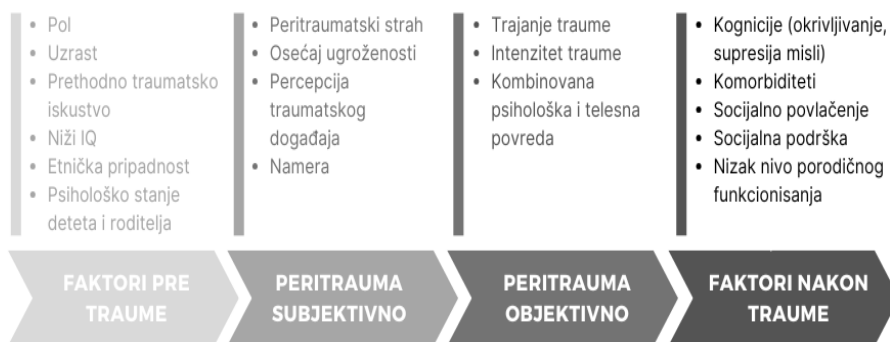


Figura 1. Identifikovani faktori koji utiču na razvoj traumatskog sindroma kod dece [26]

PORODICA I TRAUMA

Porodica je najvažniji aspekt fizičkog i psihosocijalnog rasta i razvoja dojenčadi, dece i adolescenata [20]. Suočavanje deteta sa traumom može da predstavlja traumu za ceo porodični sistem [2,16,32]. Prema teoriji porodične terapije porodica funkcionise prema ideji cirkularnosti, koja se definiše time da svaka osoba u porodici utiče na druge članove, kao i da reakcije drugih članova ponovno imaju uticaj na ostale [33].

U skladu sa tom idejom, traumatski događaj koji pogađa decu nesumnjivo utiče i na roditelje. Roditelji traumatizovane dece imaju podjednako velike, a neretko i veće šanse da razviju posttraumatski stresni poremećaj [23]. Detinjstvo se karakteriše psihološkom nezrelošću i predstavlja period kada je stepen biološke zavisnosti od roditelja i porodice najveća [13,22]. Ovo dolazi do izražaja posebno u situacijama kada je potrebno da roditelji deci razjasne događaje koji su novi, zastrašujući ili složeni, kao što je to slučaj sa mnogim traumatskim iskustvima [25]. Način na koji roditelj reaguje

na traumu deteta direktno utiče na način na koji dete suočava sa situacijom [23], a ponašanje roditelja nakon traumatskog događaja može biti krucijalno za naknadno prilagođavanje dece, čak važnije i od njihovog neposrednog izlaganja događaju [20]. Dok dete prolazi kroz posledice traumatizacije, roditelji takođe mogu iskusiti čitav spektar neprijatnih emocija (npr. zabrinutost, strahovi, anksioznost, bes i tuga) i često prijavljuju osećaj bazične roditeljske bespomoćnosti i frustracije zbog nemoći da zaštite svoje dete [20].

U literaturi je opisan transgeneracijski prenos traume [34,35], a deca čiji su roditelji koji su bili izloženi traumi imaju veći rizik za pojavu psihičkih tegoba, bez obzira na njihovo lično izlaganje traumi [35]. Takođe, rezultati istraživanja sugerišu da deca koja nisu u povećanom riziku za razvoj simptoma na osnovu inicijalne biološke reakcije, ipak mogu razviti posttraumatski stresni poremećaj zbog roditeljske reakcije na traumu [36].

Traumatski događaji mogu uticati na kvalitet roditeljstva, i na taj način dodatno uticati na decu i adolescente [37]. Uticaj traumatskog događaja se dodatno usložnjava ako govorimo o roditeljima koji imaju psihološke teškoće i nisu u mogućnosti da obezbede bezbednu atmosferu koja je detetu potrebna [29,38]. Maladaptivne strategije suočavanja koje primenjuju roditelji takođe se uče i primenjuju od strane deteta, što rezultuje održavanjem simptoma posttraumatskog stresa [29]. Dakle, roditelji koji su razvili loše strategije suočavanja, kao što su pesimističko razmišljanje i izbegavanje, verovatnije imaju decu koja ne mogu uspešno regulisati strah i anksioznost [39]. Deca se osećaju bezbednije i manje anksiozna ako je porodica rezilijentna [38]. Roditeljska podrška u suočavanju sa traumom, razumevanju i obradi emocija, kao i podsticanje ponašanja usmerenih ka traženju socijalne podrške, značajno doprinose razvoju psihološke otpornosti kod deteta nakon stresnog događaja [29].

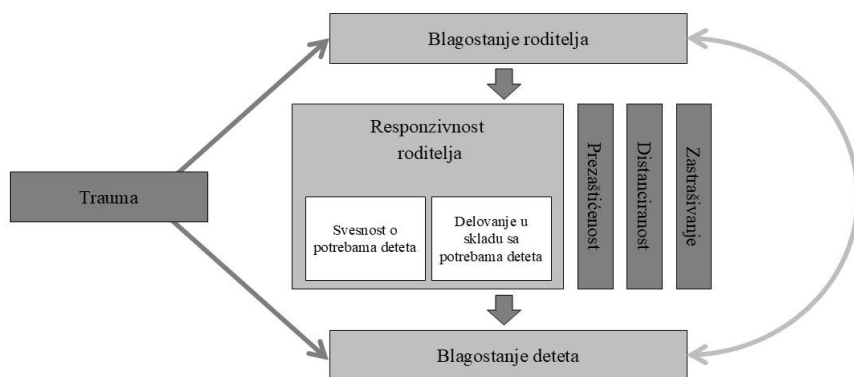


Figura 2. Tipovi i karakteristike roditeljstva koji utiču na oporavak deteta od traume [16]

Roditeljske prakse imaju značajanu ulogu u održavanju simptoma posttraumatskog stresa kod dece nakon traumatskog događaja [34]. Istraživanja pokazuju da su roditelji nakon pretrpljenog traumatskog iskustva deteta, smatrali veoma izazovnim praktikovanje adekvatnih roditeljskih praksi koje odgovaraju na potrebe deteta [15]. U odnosu na svoje reagovanje nakon traumatskog događaja, izdvajaju se tri stila roditeljstva koji pogoršavaju simptome kod dece koji su ilustrovani na Figuri 2. **Prvi tip** je povučeni roditelj, koji nije dostupan detetu zbog svoje sopstvene patnje. **Drugi tip** je preterano zaštićujući roditelj, koji je ograničavajući iz straha da bi dete ponovo moglo biti traumatizovano. **Treći tip** je zastrašujući roditelj, koji stalno postavlja pitanja o detaljima užasnih iskustva deteta ili ponovo dovodi dete u opasnost [2,15,24]. Istraživanja su pokazala da je promena roditeljskih praksi – koja uključuje povećanu zaštitničku naklonost, smanjenje pružene autonomije i naglašavanje osećaja trenutne opasnosti nakon katastrofalnih događaja – povezana sa nepovoljnijim ishodom za dete [29]. Deca su osetljiva na nivo stresa svojih roditelja i često izbegavaju situacije ili razgovore koji bi mogli dodatno povećati uznemirenost roditelja, i na taj način ograničavaju svoje izlaganje i šansu za habituisanje traumatskih podsetnika i sećanja [40]. Sa druge strane, izbegavanje traumatskih podsećanja kod deteta može biti pod uticajem roditeljskih reakcija, jer deca ne donose autonomne odluke o tome da li će pristupiti ili izbegavati podsećanja na traumatske događaje [29], već u zavisnosti od roditelja određuju stepen angažovanja, odnosno izbegavanja podsećanja na traumu [23].

Roditelji dece koja su traumatizovana imaju tendenciju da postanu prezaštićujući zbog straha od retraumatizacije [34], što se dovodi u vezu sa održavanjem simptoma detetovog posttraumatskog stresa [13]. Preterana roditeljska kontrola ili ograničavanje dece da funkcionišu samostalno može negativno uticati i na samopouzdanje deteta i doprineti održavanju osećaja anksioznosti [35]. Isto tako, i hostilno roditeljstvo, koje uključuje kritiku ili agresiju prema detetu, može narušiti detetovu regulaciju emocija povećavajući njegovu osetljivost na anksioznost, ali nije povezano sa višim nivoima detetovog PTSP-a. Rezultati aktuelnih istraživanja ukazuju da, u poređenju sa roditeljskom hostilnošću ili kritikom, prekomerno zaštitničko roditeljstvo ima veće šanse da predstavlja prepreku u procesu oporavka deteta nakon traume [13].

Uloga roditelja u oporavku nakon traume uključuje pružanje osećaja povezanosti, kao i pružanje mogućnosti za izražavanje emocija i obradu iskustva [39]. Deca su sklonija da koriste strategije emocionalne regulacije ako im roditelj pruži pomoć u emocionalnom obrađivanju traumatskog događaja [23]. Ako roditelji iznose stavove koje se odnose na to da su deca trajno promenjena ili ranjiva, ili iznova ističu negativne aspekte traume, to može pogoršati dečji posttraumatski stres [25]. Drugim rečima, roditeljske reakcije

oblikuju dečje shvatanje traumatskog iskustva i utiču na to kako će se dete nositi sa posledicama traume [23,40]. Kada se procenjivao uticaj kohezivnosti porodice, pokazano je da utisak dece o osećaju niske povezanosti u porodici i zabrinutost zbog porodičnih problema, predstavlja značajan faktore rizika za kontinuirani PTSP [22].

INTERVENCIJE I MODELI PODRŠKE

Sistemska porodična terapija i korišćenje narativa

Sistemska porodična terapija pre svega ima za cilj da obezbedi bezbedno mesto za članove porodice gde mogu da nauče na koji način trauma utiče na članove porodice, i na taj način pomogne da se smanji stigma, krivica, stid i konfuzija koji su se nakon traumatskog događaja u porodici javili, ili pojačali [36].

Sistemska porodična terapija je posebno efikasna u rešavanju teškoća u roditeljstvu koje mogu biti posledica simptoma PTSP-a kod roditelja, dece ili udruženih tegoba i jednih i drugih [41]).

Kada simptomi PTSP-a ometaju emocionalnu dostupnost i adekvatne reakcije roditelja, sistemska porodična terapija pruža mogućnosti za interakcije roditelja i deteta pod terapijskim vođenjem na sesijama sa terapijskom pripremom, modeliranjem i povratnim informacijama. Dodatna prednost sistemske porodične terapije je što može pomoći u pristupu socijalnoj podršci i drugim resursima (npr. od komšija i članova zajednice, ili obrazovnih, ili verskih organizacija ili programa podrške porodici/roditeljima). Kod traumatizovane dece, često je preporučljivo uključiti što je moguće više njihovih vanporodičnih društvenih sistema u njihov tretman [42].

Porodični obrasci komunikacije su često duboko izmenjeni PTSP-om te je fokus u ovom porodicama na komunikaciji. Komunikacija se odvija i na eksplicitnom (tj. poruke koje pošiljalac otvoreno priznaje) i na implicitnom (tj. poruke koje se šalju na način ili imaju sadržaj koji je prikriven od pošiljaoca). Komunikacija takođe može biti potvrđujuća (tj. uvažavanje i potvrđivanje identiteta i vrednosti primaoca) i koherentna (tj. dosledna, tačna i značajna za primaoca), ili, alternativno, prinudna (tj. zahtevna, nametljiva okrivljujuća ili obezvređujuća) i zbunjujuća (tj. nepovezana, konfliktna, nedosledna). U porodičnoj terapiji terapeut validira eksplicitne oblike komunikacije koji su validni i koherentni i ukazuje porodici na značaj prepoznavanja i odustajanja od implicitnih i eksplicitnih komunikacija koje su prisilne i zbunjujuće.

Jedna od posebno korisnih intervencija u okviru sistemske porodične terapije predstavlja korišćenje narativa. Narativna terapija zasnovana je na pretpostavci da ljudi imaju urođenu tendenciju da sakupljaju i konstruišu nove narative kako bi bolje razumeli svoja životna iskustva. Refleksija i reakcije

drugih na nove uvide i tumačenja dodatno učvršćuju i podstiču promenu, kao i razvoj novih perspektiva [33]. U tom kontekstu, korišćenje narativa predstavlja efikasan terapijski okvir za rad sa porodicama koje su izložene traumatskim iskustvima. Ova intervencija omogućava članovima porodice da otvoreno razmene iskustva, značenja i osećanja i, što stvara prostor za zajedničko razumevanje i usvajanje novih načina sagledavanja određenog traumatskog iskustva, bolje razumevanje uticaja ovakvih iskustava na svakog člana porodice i pomoć u razvoju vještina efikasnije komunikacije. Ove vještine su ključne za otvoreno i konstruktivno razgovaranje o problemu, kako u aktuelnom trenutku, tako i u budućnosti. Na ovaj način, narativna terapija deluje kao proces osnaživanja porodice, koji omogućava razmenu i obnavljanje društvenih i emocionalnih odnosa unutar sistema koji je oslabljen pod uticajem traumatskog događaja. Ovaj pristup pomaže porodici da redefiniše svoj identitet i uloge unutar nje, što može dovesti do dugotrajnih pozitivnih promena u funkcionisanju porodičnog sistema [33].

Terapija fokusirana na porodične vještine

Jedna od intervencija koje se koriste jeste SFCR (engl. *Strengthening Family Coping Resources*). SFCR je manuelizovana intervencija koja pruža terapiju usmerenu na traumu i koja se bavi fiziološkim, kognitivnim, bihevioralnim, afektivnim i socijalnim mehanizmima koji utiču na ključne simptome poremećaja povezanih sa traumom [43]. Ovaj protokol je specijalno dizajniran za porodice, pre nego za pojedince i roditelj – dete dijade. Pokzano je da deca doživljavaju značajno smanjenje simptoma PTSP-a i problema u ponašanju, dok porodice stiču vještine za savladavanje stresa i pokazuju veću funkcionalnost [44].

Program „Disaster Recovery Triple P”

Program trostrukog P za oporavak nakon katastrofa (engl. *Disaster Recovery Triple P*) predstavlja program roditeljstva dizajniran da potpomogne adaptivno funkcionisanje dece nakon katastrofe. Zasnovan je na principima socijalnog učenja i kognitivno-bihevioralne terapije kao višeslojni sistem podrške roditeljstvu. Nudi pet nivoa intervencija prema intenzitetu, počinjući od univerzalnih strategija informacija za roditelje pa do pojačanih bihevioralnih porodičnih intervencija [32].

Kognitivno-bihevioralna terapija usmerena na traumu

Jedna vrsta terapije koja se razvila poslednjih 10 godina u radu sa decom i njihovim roditeljima je TF-CBT, intervencija zasnovana na empirijskim dokazima i preporučena od strane Američke administracije za zloupotrebu supstanci i mentalno zdravlje (*U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015*). TF KBT je primerena za decu uzrasta

od 3 do 18 godina koja su doživela traumu i ispoljavaju značajne teškoće povezane s traumom. TF-CBT najčešće uključuje od 16 do 24 terapijskih sesija koje uključuju rad sa detetom i sa roditeljima/starateljima [45].

Ova vrste intervencije u svom radu koristi principe kognitivno-bihejvioralne terapije kao što su upravljanje stresom, postepeno izlaganje događajima koji izazivaju osećanja anksioznosti i straha, promene netačnih uverenja o sebi i svetu, i uključivanje roditelja/ staratelja.

TF-CBT ima devet komponenti koje su objedinjene pod akronimom PRACTICE [46]:

1. Psihološka edukacija (engl. *Psychoeducation*),
2. Obuka roditeljskih vještina (engl. *Parent Skills Training*),
3. Trening opuštanja (engl. *Relaxation Training*),
4. Trening izražavanja i regulacije emocija (engl. *Affective Expression and Modulation Training*),
5. Kognitivno suočavanje (engl. *Cognitive Coping*),
6. Razvoj i procesuiranje traumatske naracije (engl. *Trauma Narrative Development and Processing*),
7. In vivo izlaganje (engl. *In Vivo Exposure*),
8. Zajedničke sesije roditelja i deteta (engl. *Conjoint Parent-Child Sessions*),
9. Unapređenje sigurnosti i budućeg razvoja (engl. *Enhancing Safety and Future Development*)

Metaanaliza iz 2015. godine je pokazala da su mladi ljudi koji su doživeli različite vrste trauma, uključujući rat, terorizam, prirodne katastrofe i zlostavljanje, a koji su učestvovali u porodičnoj trauma-fokusiranoj kognitivno-bihejvioralnoj terapiji, imali bolje rezultate od onih koji su tretirani drugim alternativnim tretmanima [47].

ZAKLJUČAK

Pokazalo se da su porodični faktori ključni za oporavak dece koja su pretrpela traumu. Mentalno blagostanje roditelja predstavlja osnovni preduslov za podsticanje blagostanja i vraćanje porodičnog sistema u ravnotežu. Stoga, fokusiranje isključivo na smanjenje simptoma kod deteta, bez uzimanja u obzir roditeljskog stresa, ima ograničene dugoročne efekte na dečiji oporavak. S obzirom na to da su roditeljske prakse podložne promenama, intervencije koje se usmeravaju na ovu oblast treba da podstiču zdrave strategije suočavanja kod roditelja, čime se povećava šansa da te strategije budu prenete na decu. Pristup koji bi integrisao psihoedukaciju, učenje vještina emocionalne regulacije, primenu adekvatnih strategija suočavanja, obraćanje pažnje na mentalno zdravlje svih članova porodice, a dodatno promovisao važnost komunikacije i osećaja povezanosti, bi predstavljao ključ za prevladavanje poteškoća vezanih za traumu. Ulaganje u

ovakve programe ima potencijal da značajno unapredi dugoročne ishode za dete i čitavu porodicu, što čini ovakve intervencije neophodnim za postizanje optimalnog razvoja i blagostanja svih članova društva.

THE IMPACT OF PARENTING SKILLS AND FAMILY FACTORS ON CHILDREN'S RECOVERY FROM TRAUMA

Ilija Božić¹, Jasmina Bogdanović¹, Roberto Grujić^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²School of Medicine University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Abstract: Traumatic events in childhood are associated with impaired psychosocial functioning, lower cognitive achievements, academic performance, and an increased risk of emotion-related disorders throughout life. This underscores the importance of early identification and appropriate interventions to mitigate the consequences of post-traumatic syndrome. While numerous risk factors have been identified in association with an increased likelihood of developing post-traumatic stress disorder (PTSD), all these factors cumulatively account for only a small portion of the variance in the development of PTSD symptoms. One critical factor to consider in studies on trauma and predictors of children's recovery is the influence of family factors and parental responses to trauma. This paper presents a review of existing literature examining the relationship between parental factors (such as parental PTSD, coping strategies, and communication) and their impact on the development of PTSD symptoms in children who have experienced trauma. It also explores potential therapeutic interventions focusing on parents and entire families in supporting the child's recovery process from trauma.

Key words: *trauma, parenting, PTSD, family intervention*

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition Text Revision (DSM-5-TR). Arlington VA Am Psychiatr Assoc Publ. 2022;
2. Van Wesel F, Boeije H, Alisic E, Drost S. I'll be working my way back: A qualitative synthesis on the trauma experience of children. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy*. 2012 Sep;4(5):516-26.
3. Ross SL, Sharma-Patel K, Brown EJ, Hunt JS, Chaplin WF. Complex trauma and Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy: How do trauma chronicity and PTSD presentation affect treatment outcome? *Child Abuse Negl*. 2021 Jan;111:104734.
4. Feriante J, Sharma NP. Acute and Chronic Mental Health Trauma [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2023. Available from: <http://europepmc.org/books/NBK594231>
5. Briere J, Scott C. Complex Trauma in Adolescents and Adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2015 Sep;38(3):515-27.
6. Wamser-Nanney R, Vandenberg BR. Empirical Support for the Definition of a Complex Trauma Event in Children and Adolescents. *J Trauma Stress*. 2013 Dec;26(6):671-8.
7. Fairbank JA, Fairbank DW. Epidemiology of child traumatic stress. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Aug;11(4):289-95.
8. Copeland WE, Shanahan L, Hinesley J, Chan RF, Aberg KA, Fairbank JA, et al. Association of Childhood Trauma Exposure With Adult Psychiatric Disorders and Functional Outcomes. *JAMA Netw Open*. 2018 Nov 9;1(7):e184493.
9. May C, Miller PE, Naqvi M, Rademacher E, Klajn J, Hedequist D, et al. The Incidence of Posttraumatic Stress Symptoms in Children. *JAAOS Glob Res Rev* [Internet]. 2023 Aug [cited 2025 Jan 16];7(8). Available from: <https://journals.lww.com/10.5435/JAAOSGlobal-D-22-00245>
10. Goodrum NM, Prinz RJ. Family-Based Prevention of Child Traumatic Stress. *Pediatr Clin North Am*. 2022 Aug;69(4):633-44.
11. Diamanduros TD, Tysinger PD, Tysinger J. Trauma and its impact on children. *Communique*. 2018;46(6).
12. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. *JAMA*. 2009 Jun 3;301(21):2252.
13. Williamson V, Creswell C, Fearon P, Hiller RM, Walker J, Halligan SL. The role of parenting behaviors in childhood post-traumatic stress disorder: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2017 Apr;53:1-13.
14. Malarbi S, Abu-Rayya HM, Muscara F, Stargatt R. Neuropsychological functioning of childhood trauma and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017 Jan;72:68-86.

15. Saunders BE, Adams ZW. Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014 Apr;23(2):167-84.
16. Alisic E, Boeije HR, Jongmans MJ, Kleber RJ. Supporting children after single-incident trauma: parents' views. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012 Mar;51(3):274-82.
17. Alisic E. Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: post-traumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *J Trauma Stress*. 2008 Dec;21(6):617-25.
18. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in a National Sample of Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Aug;52(8):815-30.e14.
19. Morris A, Gabert-Quillen C, Delahanty D. The Association Between Parent PTSD/Depression Symptoms and Child PTSD Symptoms: A Meta-Analysis. *J Pediatr Psychol*. 2012 Nov 1;37(10):1076+88.
20. McDonald CC, Deatrick JA. The Role of Family Phenomena in Post-traumatic Stress in Youth: ACPN News. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2011 Feb;24(1):38-50.
21. Cox CM, Kenardy JA, Hendrikz JK. A Meta-Analysis of Risk Factors That Predict Psychopathology Following Accidental Trauma. *J Spec Pediatr Nurs*. 2008 Apr;13(2):98-110.
22. Alisic E, Boeije HR, Jongmans MJ, Kleber RJ. Children's perspectives on dealing with traumatic events. *J Loss Trauma*. 2011 Nov;16(6):477-96.
23. Hiller RM, Meiser-Stedman R, Lobo S, Creswell C, Fearon P, Ehlers A, et al. A longitudinal investigation of the role of parental responses in predicting children's post-traumatic distress. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Jul;59(7):781-9.
24. Alisic2014 E, Zalta AK, Van Wesel F, Larsen SE, Hafstad GS, Hassanpour K, et al. Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014 May;204(5):335-40.
25. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2012 Mar;32(2):122-38.
26. Massazza A. Peritraumatic Reactions and Intrusive Memories among Disaster Survivors: A Mixed Methods Investigation [doktorska disertacija]. UCL (University College London); 2021.
27. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring.
28. DePrince AP, Weinzierl KM, Combs MD. Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse Negl*. 2009 Jun;33(6):353-61.

29. Wise AE, Delahanty DL. Parental Factors Associated with Child Post-traumatic Stress Following Injury: A Consideration of Intervention Targets. *Front Psychol.* 2017 Aug 22;8:1412.
30. Afzal N, Ye S, Page AC, Trickey D, Lyttle MD, Hiller RM, et al. A systematic literature review of the relationship between parenting responses and child post-traumatic stress symptoms. *Eur J Psychotraumatology.* 2023 Dec 31;14(1):2156053.
31. Kronenberg ME, Hansel TC, Brennan AM, Osofsky HJ, Osofsky JD, Lawrason B. Children of Katrina: Lessons Learned About Postdisaster Symptoms and Recovery Patterns. *Child Dev.* 2010 Jul;81(4):1241-59.
32. Cobham 2016 VE, McDermott B, Haslam D, Sanders MR. The Role of Parents, Parenting and the Family Environment in Children's Post-Disaster Mental Health. *Curr Psychiatry Rep.* 2016 Jun;18(6):53.
33. Dalos R, Drejper R. Sistemska porodična psihoterapija: teorija i praksa. Psihopolis; 2012.
34. Bokszczanin A. Parental support, family conflict, and overprotectiveness: Predicting PTSD symptom levels of adolescents 28 months after a natural disaster. *Anxiety Stress Coping.* 2008 Oct;21(4):325-35.
35. Borelli JL, Margolin G, Rasmussen HF. Parental overcontrol as a mechanism explaining the longitudinal association between parent and child anxiety. *J Child Fam Stud.* 2015 Jun;24(6):1559-74.
36. Herman JL & van der Kolk BA. (2020). Treating complex traumatic stress disorders in adults: Scientific foundations and therapeutic models. Guilford Publications.
37. Cobham VE, McDermott B. Perceived Parenting Change and Child Posttraumatic Stress Following a Natural Disaster. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2014 Feb;24(1):18-23.
38. Kiliç C, Kiliç EZ, Aydin IO. Effect of Relocation and Parental Psychopathology on Earthquake Survivor-Children's Mental Health. *J Nerv Ment Dis.* 2011 May;199(5):335-41.
39. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions.
40. Nugent NR, Ostrowski S, Christopher NC, Delahanty DL. Parental Posttraumatic Stress Symptoms as a Moderator of Child's Acute Biological Response and Subsequent Posttraumatic Stress Symptoms in Pediatric Injury Patients. *J Pediatr Psychol.* 2006 Jun 23;32(3):309-18.
41. Gewirtz, A., Forgatch, M., & Wieling, E. (2008). Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of marital and family therapy*, 34(2):177-192.
42. Saxe, G. N., Ellis, B. H., & Brown, A. D. (2015). Trauma systems therapy for children and teens. Guilford Publications.
43. Kiser LJ, Donohue A, Hodgkinson S, Medoff D, Black MM. Strengthening family coping resources: The feasibility of a multifamily group

- intervention for families exposed to trauma. *J Trauma Stress*. 2010 Dec;23(6):802-6.
44. Kiser LJ, Backer PM, Winkles J, Medoff D. Strengthening Family Coping Resources (SFCR): Practice-based evidence for a promising trauma intervention. *Couple Fam Psychol Res Pract*. 2015 Mar;4(1):49-59.
45. Boyer W. Trauma-Focused Family Therapy With Children and Their Families. *Fam J*. 2019 Apr;27(2):175-82.
46. Cohen J, Mannarino A, Deblinger E. 2012. Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications. *Treatment applications*. Guilford Press.
47. Lenz AS, Hollenbaugh KM. Meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Treating PTSD and Co-occurring Depression Among Children and Adolescents. *Couns Outcome Res Eval*. 2015 Jun;6(1):18-32.

Dr Ilija BOŽIĆ, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Ilija BOZIC, MD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: ilija.bozic@imh.org.rs

TRAUMATIZAM POMAGAČA

**Olivera Aleksić Hil¹, Jelena Radosavljev Kirćanski^{1,2}
Dragica Ilić¹, Aleksandra Parojčić¹, Savina Bunjevac¹**

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd

²Fakultet za medije i komunikaciju, Univerzitet Singidunum

Apstrakt: Cilj ovog rada je da istraži i prikaže iskustva pomagača koji se suočavaju sa vikarijskom traumom i identifikuju ključni faktori koji doprinose nastanku i prevazilaženju vikarijske traume. U istraživanju je učestvovalo 50 stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja, različitog psihoterapijskog usmerenja i osnovnog zanimanja, koji su imali iskustva u radu sa traumatizovanim klijentima. Podaci su sakupljeni popunjavanjem upitnika u elektronskoj formi, i analizirani kvalitativnim metodama (tematska analiza). Najveći procenat pomagača je radio sa odraslima, zatim sa adolescentima, a najmanji procenat sa decom. Što se tiče vrste traume sa kojima su radili, najveći procenat je radio sa klijentima koji su imali traumu vezanu za pandemiju, zatim koji su preživeli pucnjavu, poplavu, bombardovanje i sa migrantima. Češće je primenjivan individualni pristup u radu sa traumatizovanim klijentima, a skoro polovina pomagača je radila grupne terapije. Pomagači su se izjasnili da im je najviše pomogla supervizija (grupna, individualna i *peer* supervizija), zatim lično iskustvo traume i novčana nadoknada za njihov rad. Najveći procenat pomagača se izjasnio da se osećao bespomoćno u radu sa traumatizovanim klijentima.

Ključne reči: *vikarijska trauma, traumatizam pomagača, traumatizovani klijent*

UVOD

Tokom maja 2023. godine Srbiju su zadesila dva tragična događaja, 03. maja učenik je ubio 9 đaka i portira u osnovnoj školi „Vladislav Ribnikar”, a 04. maja mladić je ubio 9 mladih ljudi u Duboni i Malom Orašju. Institut za mentalno zdravlje je 4. maja 2023. godine otvorio telefonsku liniju sa ciljem pružanja psihosocijalne podrške građanima. Ova telefonska linija postala je značajna tačka oslonca za brojne pojedince pogođene ovim užasnim situacijama. Telefon za podršku je bio uključen od 08:00 do 20:00 časova, a već prvog dana uključivanja primljeno je oko 60 poziva. Svaki poziv je bio ispunjen dubokim emocijama i neizvesnošću. Najčešće su zvali roditelji, bake i deke, preplavljeni osećanjem bespomoćnosti kako da zaštite decu, zabrinuti kako da pričaju sa njima. Javljali su se i prosvetni radnici sa pitanjem kako da budu adekvatna podrška učenicima, kada su i sami emocionalno potrešeni.

Veliki broj profesionalaca se brzo organizovao i ponudio svoju pomoć. Reagovale su i zdravstvene institucije koje rade sa decom i mladima. Oformljena je Radna grupa za podršku mentalnom zdravlju i sigurnosti mladih, koja je pokrenula Projekat krizne psihosocijalne podrške zajednici. Psihoterapeuti različitih orijentacija ponudili su formalno i neformalno svoje usluge čitavoj zajednici.

Traumatskim događanjima bili su pogođeni ne samo neposredni akteri i njima bliske osobe, već i cela zajednica, uključujući i profesionalce koji su pružali psihološku pomoć. Vikarijska trauma predstavlja značajan profesionalni i lični izazov za stručnjake koji su izloženi tuđim traumatskim iskustvima kroz rad. Ovaj fenomen odnosi se na duboke emocionalne i psihološke posledice koje nastaju kao rezultat empatijskog angažmana sa osobama koje su pretrpele teške traume [1,2]. Pored pomoći traumatizovanim osobama, stručnjaci se suočavaju sa preuzimanjem emocionalnog tereta koji može uticati na njihove profesionalne sposobnosti, mentalno zdravlje i kvalitet života. Izlaganje traumatskom sadržaju, čak i u kontrolisanom terapijskom okruženju, može izazvati posledice po terapeuta. Vikarijska trauma nije ograničena samo na profesije poput psihoterapije i socijalnog rada, već može pogoditi i zdravstvene radnike, policijske službenike, advokate i druge koji pružaju podršku ili intervenciju u kriznim situacijama. Kao što Vučenočić, Hajncl i Jelić (2022) ističu, kontinuirano izlaganje traumatskim sadržajima može rezultirati emocionalnom iscrpljenošću, promenama u osnovnim uverenjima o svetu i sebi, kao i smanjenjem profesionalne efikasnosti [2]. Studije pokazuju da terapeuti kroz rad sa traumatizovanim klijentima često prijavljuju promene u percepciji sigurnosti sveta i poverenja prema ljudima [3]. Simptomi vikarijske traume su zapravo slični simptomima postraumatskog stresnog poremećaja i obuhvataju nametanje misli, izbegavajuća ponašanja, psihosomatske tegobe [4]. Određene lične i profesionalne karakteristike terapeuta mogu povećati rizik od nastanka vikarijske traume [5]. Faktori koji predisponiraju njen razvoj

uključuju lično iskustvo traume terapeuta, negativne mehanizme suočavanja, nedostatak podrške, nestabilnost u različitim sferama života i rad sa populacijom pacijenata koji nesrazmerno češće doživljavaju traumu. Razlikovanje vikarijske traume od srodnih fenomena, poput sagorevanja i saosećajne iscrpljenosti, od suštinskog je značaja za pravilno razumevanje i tretman. Dok je sagorevanje posledica akumuliranog stresa na radnom mestu, vikarijska trauma je specifična po svom nastanku, koji proizlazi iz intenzivnog kontakta s traumatskim iskustvima drugih [1,6]. Ova distinkcija je posebno važna za identifikaciju i razvoj strategija prevencije, kao i za osiguranje podrške profesionalcima kroz superviziju i edukaciju. Mnogi stručnjaci u oblasti mentalnog zdravlja ne prepoznaju odmah znakove vikarijske traume, što dodatno komplikuje njeno prevazilaženje. Bride (2007) ističe da je edukacija o prepoznavanju simptoma vikarijske traume ključna za prevenciju [6]. Pravovremeno prepoznavanje i tretman znakova i simptoma vikarijske traume, kao i prevencija njihovog nastanka potencijalno mogu unaprediti zdravlje pojedinca i kvalitet nege pacijenata.

Cilj ovog rada je da istraži i prikaže iskustva pomagača koji se suočavaju sa vikarijskom traumom i identifikuju ključni faktori koji doprinose nastanku i prevazilaženju vikarijske traume. Kroz prikaz rezultata ankete i praktičnih primera iz rada sa traumatizovanim klijentima, rad nastoji da pruži razumevanje ovog fenomena i njegovog uticaja na stručnjake u oblasti mentalnog zdravlja.

METOD

Tip studije je studija preseka. Podaci su prikupljeni tokom maja 2024. godine, godinu dana nakon majskih tragedija. Ispitanici su prikupljeni *metodom snowball-a*, tako što su molba i link za učešće u istraživanju poslati ličnim kontaktima autora, uz molbu da ga proslede kolegama terapeutima. Upitnik je bio anoniman. Uvodni deo upitnika sadržao je informisani pristanak ispitanika za učešće u istraživanju.

Uzorak

U istraživanju je učestvovalo 50 stručnjaka iz oblasti mentalnog zdravlja u Srbiji. Najveći deo uzorka su činili psiholozi (44%), potom psihijatri (10%), dok ostatak čine pojedini odgovori niske učestalosti (npr. defektolozi, specijalni pedagozi, dečiji psihijatri, lekari). Većina učesnika imala je između 10 i 35 godina radnog iskustva.

Instrument

Podaci su prikupljeni pomoću upitnika u elektronskom formatu, napravljenog za potrebe istraživanja. Upitnik je sadržao jedanaest pitanja. Pet pitanja su se odnosila na osnovne podatke i lična iskustva ispitanika.

1. Koje je Vaše osnovno zanimanje?
2. Koji je Vaš psihoterapijski pravac?
3. Broj godina profesionalnog iskustva
4. Godine života
5. Da li ste lično proživeli neku traumu?

Ostala pitanja su se odnosila na rad sa traumatizovanim pacijentima:

1. Da li ste radili sa traumatizovanim klijentima?
2. Koji je uzrast traumatizovanih klijenata sa kojima ste radili?
3. Da li ste radili individualno ili u grupi sa traumatizovanim klijentima?
4. Šta Vam je u radu najviše pomoglo?
5. Da li ste imali neku pomoć u radu sa traumatizovanim klijentima?
6. Da li ste se vezano za terapiju sa traumatizovanim klijentima ponekad osećali bespomoćno, ljutito, prazno?

Prikupljanje i obrada podataka

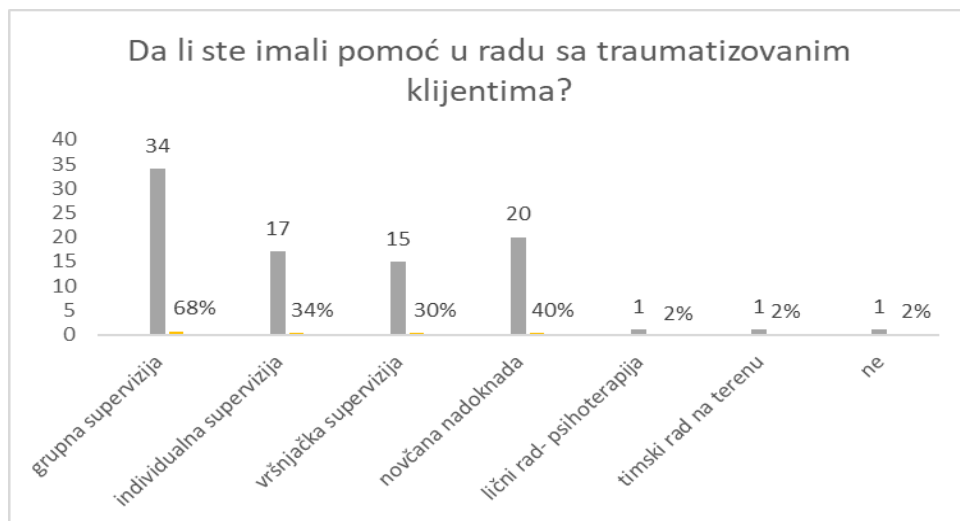
Kvantitativni podaci iz anketa analizirani su deskriptivnom statistikom, dok su kvalitativni podaci iz intervju kodirani tematskom analizom.

Rezultati

Što se tiče vrste traumatizma sa kojima su radili, najveći procenat pomagača je radio sa klijentima koji su imali traumatska iskustva vezana za pandemiju COVID 19 (72%), zatim sa klijentima koji su imali iskustva sa pucnjavom (70%), sa onima koji su preživeli poplavu (32%), sa migrantima (26%), sa klijentima koji su preživeli bombardovanje (16%). Odgovori niske učestalosti su bili saobraćajne nesreće, žrtve torture, ratne traume, izbeglice, gubici bliskih osoba, silovanja, gubitak članova porodice.

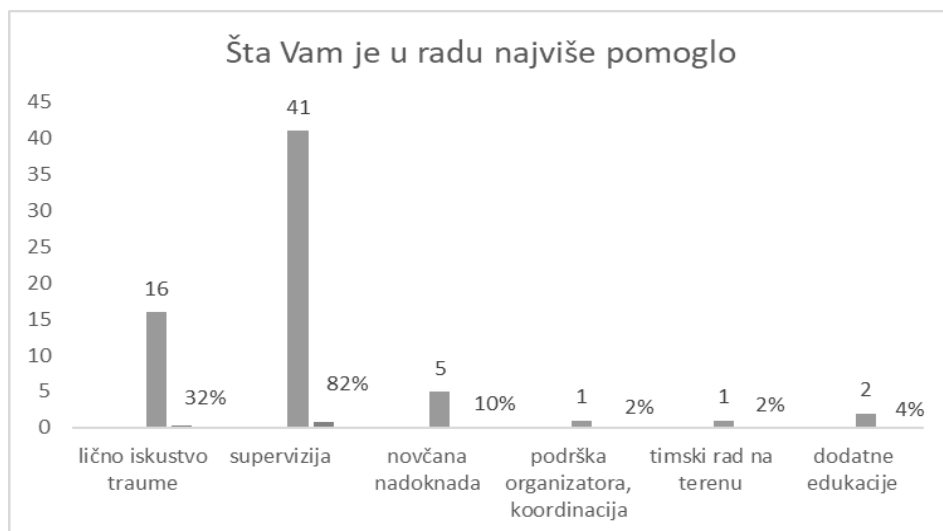
Pomagači su najčešće radili sa odrasli klijentima (78%), 66% je radilo sa adolescentima, dok je 48% pomagača radilo sa decom. Individualni pristupi je primenjivalo 94% pomagača, dok je njih 48% radilo grupno sa traumatizovanim klijentima.

Ključno pitanje se odnosilo na to da li su ispitivani pomagači imali neku vrstu pomoći u radu sa traumatizovanim klijentima. Najveći broj njih se izjasnio da su imali supervizije – u 68% je to bila grupna supervizija, u 34% individualna, a u 30% vršnjačka supevizija. Sledeći odgovor po učestalosti je bila novčana nadoknada (40%), Odgovori niske učestalosti bili su lični rad – psihoterapija, timski rad na terenu, dok je jedan ispitanik odgovorio da nije imao pomoć.



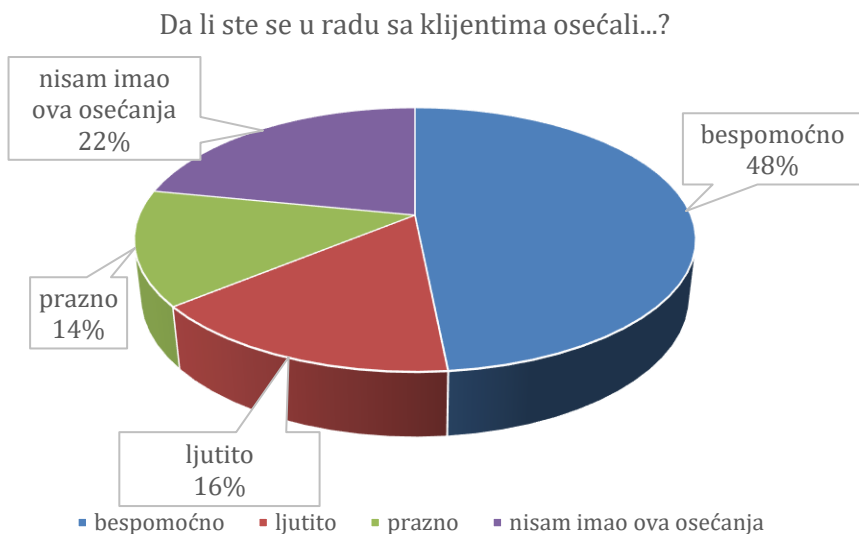
Grafikon 1. Da li ste imali pomoć u radu sa traumatizovanim klijentima

Interesovalo nas je šta im je u radu najviše pomoglo. I ovde se dobijaju odgovori koji se odnose na superviziju – 82% kaže da im je upravo ona bila najveća pomoć u radu, dok je 32% reklo da im je najznačajnije bilo lično proživljeno iskustvo traume, a na trećem mestu je bila novčana nadoknada (10%). Odgovori poput podrške organizatora, iskustva u radu na terenu, dodatne edukacije, timska pripadnost i zajedništvo su se retko pojavljivali a jedan ispitnik je naveo da ne zna šta je to što mu je u radu najviše pomoglo.



Grafikon 2. Šta Vam je u radu najviše pomoglo

S obzirom na činjenicu postojanja vikarijske traume interesovalo nas je kako su se pomagači osećali vezano za pružanje pomoći osobama sa traumatskim iskustvom. Kao što i prethodna istraživanja pokazuju, najveći broj se osećao bespomoćno (62%), 20% ispitanika se osećalo ljutito, a 18% ispitanika prazno, dok je 28% ispitanika izjavilo da nije imalo osećanja povezana sa ovim radom.



Grafikon 3. Kako ste se osećali u radu sa klijentima

Diskusija

Iskustva terapeuta koji su radili sa traumatizovanim osobama, kao i rezultati ovog istraživanja mogu ukazivati na to da je vikarijska trauma značajan izazov za profesionalce u oblasti mentalnog zdravlja u Srbiji. Dobijeni podaci slični su onima koji iz drugih istraživanja. U Srbiji je sprovedeno nekoliko istraživanja koja se bave vikarijskom traumom među profesionalcima u socijalnoj zaštiti. Podaci iz 2015. godine pokazuju je da 15% profesionalnih pomagača manifestuje znake vikarijske traume [7].

Istraživanje iz 2018. godine koje se bavilo se mogućnostima prevazilaženja vikarijske traume kod profesionalnih pomagača u zaštiti dece i mladih [8] pokazalo je da profesionalci u socijalnoj zaštiti često koriste strategije izbegavanja kako bi se nosili sa stresom, ali i da profesionalci koji pribegavaju izbegavanju često osećaju povećan nivo stresa i emocionalne distanciranosti. Dobijeni nalazi su u skladu sa radom Pearlman i Saakvitne (1995), koji su istakli da izbegavanje otežava obradu emocija poput bola i frustracije, što može dovesti do nagomilavanja nezadovoljstva i dugoročne iscrpljenosti [9], te da ove strategije nisu efikasne i da mogu pogoršati simptome vikarijske traume. Takođe, ističu značaj prepoznavanja simptoma vikarijske

traume i implementacije strategija za njeno prevazilaženje, kao što su supervizija, edukacija i razvoj ličnih veština suočavanja.

Kao i u našem istraživanju, podrška i profesionalna supervizija ističu se kao ključne zaštitne strategije. Hensel i saradnici (2015) u svom metaanalitičkom istraživanju identifikovali su da profesionalci koji imaju jake mreže podrške među kolegama i porodicom ređe razvijaju simptome vikarijske traume [10]. Svaki pomagač može stvoriti neku vrstu imunosti od korozivnih efekata rada sa traumom tako što namerno definiše i stvara jednu ili više podržavajućih zajednica koje im proširuju identitet izvan „pomagača u traumi” i promovišu ličnu dobrobit kroz međuljudsku povezanost. Takođe, redovna supervizija pruža priliku za obradu emocija i profesionalnih izazova u sigurnom okruženju, što pomaže terapeutima da povrate emocionalnu stabilnost i povećaju osećaj kompetencije. Supervizija, u kojoj stručnjaci imaju priliku da procesuiraju svoje emocije i diskutuju o izazovima sa kolegama, prepoznata je kao posebno značajan mehanizam podrške.

Do sličnih podataka vezanih za značaj supervizije došli su i Kounenou, Kalliope i saradnici (2023). Njihov rad pokazuje da empatija koju stručnjaci za mentalno zdravlje imaju dok rade sa traumatizovanim klijentima utiče na sagorevanje, a supervizija se pokazala kao protektivni faktor [11,12].

Rotšild (2006) sugerše da terapeuti mogu pronaći smisao i motivaciju kroz socijalni aktivizam, koji omogućava aktivnu ulogu u borbi za bolje uslove i prava traumatizovanih klijenata [13]. Ova strategija pomaže stručnjacima da kanalizuju osećaj nemoći u konstruktivne akcije, čime se smanjuje rizik od emocionalne iscrpljenosti.

Prihvatanje neizbežnosti vikarijske traume i sopstvenih profesionalnih ograničenja takođe se pokazalo kao važna strategija. Rotšild (2006) naglašava da terapeuti često postavljaju nerealna očekivanja od sebe, što može dodatno opteretiti njihov emocionalni kapacitet. Svesnost o tome da ni najiskusniji stručnjaci ne mogu „spasiti” svakog klijenta i da proces lečenja zahteva vreme pomaže u ublažavanju stresa i očuvanju profesionalne energije [13].

Ovaj rad uvodi važnu perspektivu o ulozi telesne svesti u zaštiti terapeuta od vikarijske traume. Sugerše se da terapeuti treba da budu svesni svojih telesnih reakcija dok rade sa traumatizovanim klijentima, jer prepoznavanje znakova napetosti, iscrpljenosti ili emocionalnog preopterećenja može poslužiti kao rani znak upozorenja. Na taj način, terapeuti mogu pravovremeno preduzeti korake za regulaciju sopstvenog emocionalnog stanja, poput pauza, vežbi disanja ili traženja podrške [13].

Harrison i Westwood (2009) su izdvojili nekoliko zaštitničkih praksi u cilju prevencije vikarijske traume: suprotstavljanje izolaciji (u profesionalnom, ličnom i duhovnom domenu), razvijanje svesne samosvesti, aktivni optimizam, holističku brigu o sebi, održavanje jasnih granica, empatiju i profesionalnu ostvarenost i zadovoljstvo [14].

Ograničenja

Ograničenja našeg istraživanja se ogledaju, pre svega, u malom uzorku stručnjaka uključenih u analizu, što može uticati na generalizaciju rezultata. S obzirom da je istraživanje sprovedeno online bazirali smo se na malom broju pitanja, sa ponuđenim odgovorima, što je limitiralo mogućnosti kvalitativne analize, što smatramo jednim od najznačajnijih ograničenja i nedostataka. Čak i ovako jednostavno i kratko ispitivanje se pokazalo kao teško za sprovođenje, jer se odazvao mali broj profesionalaca, i to mahom onih koji su učestvovali u pružanju psihosocijalne podrške nakon majskih tragedija. Suočili smo se sa tim da je, i nakon godinu dana od tragedija, profesionalcima bilo teško da razmišljaju o svojim osećanjima, i da o njima pričaju sa drugima. Smatramo da bi bilo veoma korisno pokrenuti istraživanje koje bi se bavilo uticajem različitih strategija koje profesionalci koriste kako bi sebi olakšali rad sa traumatizanim klijentima, kao i praćenje uticaja tih strategija na njihovo mentalno zdravlje.

ZAKLJUČAK

Suočavanje sa događajima koji prevazilaze naše adaptivne kapacitete izaziva traumatske odgovore kod svih- žrtava, njihovih bližnjih, zajednice, pa i osoba koje se profesionalno bave pružanjem medicinske i psihološke pomoći. Vikarijska trauma je kompleksan fenomen koji se javlja kao rezultat kontinuiranog izlaganja traumatskim iskustvima drugih, a najčešće pogađa profesionalce u pomagačkim profesijama, poput psihologa, psihijataru i socijalnih radnika. Nakon tragičnih događaja koji su potresli našu zemlju u maju 2023.god. veliki broj profesionalaca se uključio u pružanje psihološke pomoći. U istraživanju smo uspjeli da dođemo do jednog dela ovih pomagača. Rezultati našeg istraživanja ukazuju na to da stručnjaci u Srbiji, iako posvećeni svom radu, često nemaju adekvatnu podršku i resurse za prevazilaženje izazova koje nosi rad sa traumatizovanim klijentima.

Strategije suočavanja kao što su društvena podrška, redovna supervizija i edukacija pokazale su se ključnim za smanjenje negativnih efekata vikarijske traume. Radovi Hensela i saradnika (2015) i Bober i Regehr (2006) ističu da mreže profesionalne i lične podrške ne samo da ublažavaju simptome, već i jačaju otpornost pomagača, omogućavajući im da se efikasnije suočavaju sa profesionalnim izazovima [10,14]. Ovaj vid podrške se i u našem kontekstu pokazao kao najzačajniji resurs pomoći profesionalcima. Osim toga, prihvatanje profesionalnih ograničenja i neizbežnosti vikarijske traume takođe pomažu stručnjacima da razviju realnija očekivanja i smanje prekomerni emocionalni teret [13]. U širem kontekstu, društvena i institucionalna podrška, poput edukativnih programa i sistemskih intervencija, od suštinskog su značaja za unapređenje otpornosti pomagača. Ovo uključuje razvoj formalnih

mreža za podršku i implementaciju obuka usmerenih na prepoznavanje i prevenciju vikarijske traume.

Iako su izazovi rada sa traumatizovanim klijentima univerzalni, specifičnosti lokalnog konteksta, poput nedostatka resursa u Srbiji, ukazivali su na potrebu za većim ulaganjima u profesionalnu podršku i unapređenje radnih uslova. Neposredno nakon majskih tragedija, stupili smo u kontakt sa kolegama iz Norveške, koji su i sami preživeli ogromnu tragediju i masovna ubistva. Njihova pomoć u logistici, edukaciji i superviziji, kao i u razumevanju emocionalnih reakcija kroz koje prolazimo bila je i dalje je od neprocenjivog značaja. Po prvi put smo kontinuirano iskoristili i sopstvene resurse- naše iskusne terapeute i edukatore koji su od prvog dana supervizirali pomagače koji su radili sa traumatizovanim. Napravljena je mreža profesionalaca spremnih da rade sa traumom, kojoj se postepeno priključuju i mlađe kolege. Dalja istraživanja i povezivanja će se fokusirati na evaluaciju postojećih programa podrške i na razvoj novih strategija za pomoć stručnjacima koji se suočavaju sa ovim složenim fenomenom.

HELPER TRAUMA

**Olivera Aleksić Hil¹, Jelena Radosavljev Kircanski^{1,2}
Dragica Ilic¹, Aleksandra Parojcic¹, Savina Bunjevac¹**

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Department of Psychology, Faculty of Media and Communications,
Singidunum University, Belgrade, Serbia

Abstract: The aim of this paper is to explore and present the experiences of helpers facing vicarious trauma and to identify key factors contributing to the development and overcoming of vicarious trauma. The study involved 50 mental health professionals from various psychotherapeutic orientations and professional backgrounds. Data were collected through an online questionnaire and analyzed using qualitative methods (thematic analysis). The majority of helpers worked with adults, followed by adolescents, and the smallest percentage worked with children. Regarding the types of trauma experienced by their clients, most helpers worked during the pandemic, followed by those who survived shootings, flood, bombing, and with migrants. An individual approach was more commonly used in working with traumatized clients, while nearly half of the helpers conducted group therapy. Helpers reported that supervision provided the most significant support, followed by personal trauma experience and financial compensation for their work. Most helpers had group supervision as a form of support, followed by financial compensation, as well as peer and individual supervision. The largest percentage of helpers stated that they felt helpless in their work with traumatized clients.

Key words: *vicarious trauma, helper trauma, traumatized clients*

Literatura

1. Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Brunner-Routledge,1995.
2. Vučenović D, Hajncl L, Jelić K. Profesionalni stres, izgaranje i vikarijska trauma u socijalnome radu: smjernice za prevenciju i zaštitu mentalnog zdravlja socijalnih radnika. Časopis za socijalne djelatnosti, 2022;1(1).
3. McCann IL & Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. Journal of Traumatic Stress, 1990;3(1):131-49.
4. Bride BE, Robinson MM, Yegidis B. et al. Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. Res Soc Work Pract. 2004;14(1):27-35
5. Office for Victims of Crime. Vicarious trauma toolkit: what is vicarious trauma? Accessed October 10, 2020.
<https://ovc.ojp.gov/program/vtt/what-is-vicarious-trauma>
6. Bride, B. E. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. Social Work, 2007;52(1):63-70.
7. Borjanić Bolić, E. Vikarijska trauma kod profesionalaca u socijalnoj zaštiti dece i mladih: transformacija i prevencija. Temida, 2018;21(3):327-46.
8. Borjanić Bolić, E. Mogućnosti prevazilaženja vikarijske traume kod profesionalnih pomagača u zaštiti dece i mladih. Specijalna edukacija i rehabilitacija, 2018;17(3):411-26.
9. Pearlman LA& Saakvitne KW. Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. W.W. Norton & Company, 1995.
10. Hensel JM, Ruiz C, Finney C& Dewa CS. Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. Trauma, Violence, & Abuse, 2015;16(4):329-40.
11. Kounenou, Kalliope, et al. The interplay among empathy, vicarious trauma, and burnout in Greek mental health practitioners. International Journal of Environmental Research and Public Health 2023;20(4):3503.
12. Rotšild B. Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma. W.W. Norton & Company, 2006.
13. Skar AMS, Shevlin M& Vang ML. Does personal therapy and supervision protect against burnout and secondary traumatization? A cross-sectional study among Danish child protection workers. Traumatology, (2023);29(2):93-101. <https://doi.org/10.1037/trm0000372>
14. Bober T & Regehr C. Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: Do they work? Brief Treatment and Crisis Intervention, (2006);6(1):1-9.

15. Harrison RL, Westwood MJ. Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2009;46(2):203-19.
-

Dr Olivera ALEKSIĆ HIL, dečji psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Olivera ALEKSIC HIL, MD, child psychiatrist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E- mail: o.alexix@gmail.com

PSIHOSOCIJALNA PODRŠKA POGOĐENIM NAKON MAJSKIH TRAGEDIJA 2023. U SRBIJI

**Milica Pejović Milovančević^{1,2}, Jasmina Bogdanović¹,
Aleksandra Parojčić¹, Jelana Radosavljev Kirćanski^{1,3},
Snežana Stojanović, Hana Korać¹, Snežana Mrvić¹,
Ivana Gavrilović¹, Bojana Obradović Kuzminović**

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

³Fakultet za medije i komunikaciju, Univerzitet Singidunum

⁴Univerzitet u Beogradu

Apstrakt: Maja 2023. godine u dva nezavisna tragična događaja ubijeno je 19 mladih osoba i školski domar, i veći broj njih je povređen. Nakon toga organizovana je sistemska podrška deci, mladima, roditeljima i nastavnicima koja se odvijala kroz tri faze u okviru Projekta krizne psihosocijalna podrške zajednici Vlade Republike Srbije, Instituta za mentalno zdravlje i Društva psihologa Srbije. U radu će biti prikazani osnovni elementi podrške kroz tri različita i usko povezana principa profesionalnog odgovora na traumatska iskustva, a sve u skladu sa vremenskim okvirom pružanja podrške u odnosu na same traumatske događanje – prva psihološka pomoć, veštine za psihološki oporavak kao i kognitivno bihevioralna terapija usmerena na traumu. U protekloj periodu više hiljada dece, mladih, nastavnika i roditelja je dobilo podršku, a zatim se nastavlja kroz rad u zajednici kroz Centar za mlade – CEZAM.

Ključne reči: *trauma, psihosocijalna podrška, deca, mladi*

*„Tugovali smo od nemoći da razumemo šta se zapravo dogodilo,
kako se to dogodilo baš nama i
kako neko uopšte može da dođe na ideju da ubije?”
(Karl Uve Knausogor, „Moja borba”)*

UVOD

Maja 2023. godine u Srbiji dogodila se nezapamćena tragedija u dosadašnjoj istoriji. Dete, uzrasta 13 godina, usmrtilo je devetoro dece, svojih drugara kao i školskog domara. Šok od tragedije nije ni stigao da se isprocesuiru kod građana, a gotovo isto veče desila se nova tragedija – mladić od devetanaest godina iz vatrenog oružja, usmrtilo je devetoro mladih osoba, svojih poznanika iz okolnih mesta gde je živio. Bilo je i mnogo povređenih, koji će, kao i članovi njihovih porodica, svoje rane nositi do kraja života – što fizički, što psihološki.

Iako smo bili upoznati da se u drugim zemljama dešavaju školske pucnjave, iako smo svaki dan izloženi brojnim ljudskim gubicima širom sveta u ratovima koji se vode na svim meridijanima, naša tragedija, među našom decom i mladima, izazvala je šok i nevericu među svim građanima. Neuki i neiskusni da se snađemo i organizujemo, misleći da se ovakve tragedije dešavaju nekim drugim ljudima u nekim drugim zemljama, u prvim satima svi smo postupali instinktivno – pohrlili smo ka školi, mesnim kancelarijama, ponudili pisana uputstva za pomoć deci, roditeljima i nastavnicima, i otpočeli pružanje psihološke podrške na licu mesta. U početku, organizovana podrška pružala se u samoj školi u kojoj se odigrao tragični događaj, a potom i u drugim školama. Podršku su dobijala deca koja su direktno bila izložena tragediji, druga deca u samoj školi i ostalim školama u okruženju, zatim roditelji dece u školi pogođenoj tragedijom, nastavnici i drugo školsko osoblje, građani u selima gde se dogodila druga pucnjava, i svi ostali koji su usled pretrpljenog šoka istu pomoć zahtevali. Pomoć je pružana kroz grupni terapijski rad, kao i individualno, u zavisnosti od potreba.

Sitemski odgovor podrazumevao je intersektorsku saradnju. Ona se u početku odvijala između obrazovnog, zdravstvenog i sistema socijalne zaštite, a nakon osnivanja Radne grupe za podršku mentalnom zdravlju i sigurnosti dece i mladih maja 2023. godine uključeni su i drugi – policija, kao i drugi predstavnici različitih državnih sistema, a sve pod direktnim rukovodstvom Vlade Republike Srbije

Dodatnu podršku profesionalnom odgovoru na majske tragedije pružilo je nekoliko organizacija. Pre svega to je UNICEF, kancelarija za Srbiju, koja je odmah po događajima dostavila različita pisana uputstva i materijale za roditelje i nastavnike i koja je organizovala veoma uspešnu i neophodnu edukaciju za škole na temu prve psihološke pomoći. Partner na projektu, u prvoj godine, bilo je Društvo psihologa Srbije. Članovi društva u najvećem broju bili su psiholozi koji su direktno radili sa pogođenima i

drugima kojima je ta podrška bila potrebna. Ostvarena je saradnja sa norveškim centrom za traumu – *Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies* (NKVTS), a preko ambasade Kraljevine Norveške u Srbiji, čiji su eksperti preneli svoja iskustva nakon maskara u Utoji 2011. godine, i dali smernice za dalji rad. Kolege iz Norveške, pomogle su nam da napravimo saradnju i sa prof. Melisom Brajmer, direktorkom američkog Nacionalnog centra za traumu koja nam je ustupila njihove publikacije. Publikacije sa engleskog jezika prevedene su i priređene za našu zajednicu [6,10].

U momentu dok se piše ovaj tekst prošlo je više od 19 meseci od tragičnih majskih događaja. Ovaj rad ima za cilj da analizira i pruži uvid u različite oblike psihološke podrške koji su pruženi stanovništvu nakon majskih tragedija u Srbiji, fokusirajući se na specifične intervencije tokom ključnih faza oporavka.

Projekat „Krizna psihosocijalna podrška zajednici”

Usled uočene potrebe za multisektorskom kriznom, srednjoročnom i dugoročnom podrškom nakon tragičnih majskih događaja, pokrenut je projekat pod nazivom „Krizna psihosocijalna podrška zajednici”, koji uvodi set mera za pružanje psihološke podrške učenicima, roditeljima, nastavnicima i zajednici koji će se inicijalno implementirati u periodu od 12 meseci, a potom i na dalje. Od početka projekta odvijala se kontinuirana saradnja između projektnog tima sa članovima Radne grupe za podršku mentalnom zdravlju i sigurnosti mladih, kao i sa Generalnim sekretarijatom Vlade Republike Srbije, Ministarstvom prosvete i Školskom upravom, Ministarstvom zdravlja i Ministarstvom za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja i Društvom psihologa Srbije. Projekat ima za cilj da doprinese saniranju posledica pomenutih tragičnih događaja kroz više faza, pri čemu su u prvoj fazi primenjene hitne, kratkoročne mere, u drugoj fazi se pristupilo srednjoročnim merama prevencije, a u trećoj se izvršavaju pripreme za dugoročne mere prevencije. Sedište projekta je Institut za mentalno zdravlje.

Sistem podrške se odvijao kroz tri faze. Prva, akutna faza, trajala je od maja do jula kada se pomoć pružala u školama, i od jula do septembra 2023. godine, tokom koje je pružena neposredna pomoć u zajednici na 6 lokacija (Omladinsko pozorište DADOV, Lazarevac, Mladenovac, Smederevo, Malo Orašje, Pančevo). Druga faza obuhvatala je podršku deci, mladima i profesionalcima u zajednici, dok je treća faza obuhvatila dugoročnu podršku kroz osnivanje Centra za mlade – CEZAM u Beogradu, koji je nastavio sa radom na oporavku i integraciji zajednice. S obzirom na to da su prepoznate potrebe, podrška je nastavljena da se pruža u školi u Malom Orašju/Vodnju.

Kada govorimo o vrstama pružene podrške, najviše je primenjivana prva psihološka pomoć, koja je pre svega bila usmerena na decu i mlade u školi pogođenoj pucnjavom, i okolnim školama. Nakon inicijalne pomoći, primenjivane su različite tehnike i strategije sa ciljem postizanja psihološkog

oporavka. Aktuelno, grupa 30 mladih stručnjaka prolazi obuku za primenu kognitivno-bihevioralne terapije fokusirane na traumu, koja je prilagođena potrebama dece i mladih nakon traumatskih događaja.

Psihološka prva pomoć

Psihološka prva pomoć (PPP) je model intervencije zasnovane na dokazima, osmišljen da smanji početni stres izazvan kriznim situacijama i da podstakne kratkoročno i dugoročno adaptivno funkcionisanje i suočavanje. Principi i tehnike PPP ispunjavaju pet osnovnih standarda [7]:

1. Usklađeni su sa istraživačkim dokazima o riziku i otpornosti nakon traume;
2. Poštuju i u skladu su sa okruženjem, kulturom i ponašanjem (kodeksom ponašanja) onih kojima se ista pruža;
3. Primenljivi su i praktični na terenu;
4. Pogodni su za sve nivoe razvoja tokom životnog veka;
5. Uređeni su na kulturno-informisan i fleksibilan način.

Posebna pažnja usmerena je na prvu psihološku pomoć u školama (PPP-Š) zato što se pretpostavljalo da učenici i članovi školskog kolektiva mogu doživeti širok spektar različitih reakcija (npr. fizičkih, kognitivnih, psiholoških, bihevioralnih, duhovnih) nakon kriznog slučaja. Neke od ovih reakcija izazvale su uznemirenost koja onemogućava adaptivno suočavanje sa tragičnim događajima, ali uz podršku obučenih, saosećajnih i brižnih stručnjaka nastojalo se pomoći učenicima i školskom osoblju da se oporave od ovih reakcija. Svako pružanje PPP ima potencijal da ublaži razvoj težih problema mentalnog zdravlja ili dugoročnih poteškoća u oporavku, tako što će prepoznati pojedince kojima su eventualno potrebne dodatne usluge i povezati ih sa ovim uslugama po potrebi.

Prva psihološka pomoć ima svoje jasno definisane tehnike i metode rada. Osnovne akcije PPP za škole predstavljaju osnovne ciljeve pružanja rane pomoći u roku od nekoliko sati, dana ili nedelja nakon događaja. U Tabeli 1. koja sledi dati su koraci i ciljevi pružanja prve psihološke pomoći u školama:

Tabela 1. Ciljevi pružanja prve psihološke pomoći u školama

Koraci	Ciljevi
Kontakt i angažovanje	Iniciranje kontakta ili odgovaranje na kontakt koji su inicirali učenici i osoblje na nenametljiv i saosećajan način, uz pružanje pomoći
Bezbednost i uteha	Poboljšanje trenutne i stalne bezbednosti i pružanje fizičke i emocionalne utehe
Stabilizacija (ako je potrebno)	Smirivanje i usmeravanje emocionalno preplavljenih ili dezorijentisanih učenika i osoblja

Prikupljanje informacija: trenutne potrebe i briga	Identifikovanje trenutnih potreba i briga, prikupljanje dodatnih informacija i prilagođavanje intervencija prve psihološke pomoći za škole kako bi se zadovoljile ove potrebe
Praktična pomoć	Ponuda praktične pomoći učenicima i osoblju u rešavanju trenutnih potreba i briga
Povezanost sa socijalnom podrškom	Pomoć u uspostavljanju kraćih ili stalnih kontakata sa primarnim osobama za podršku ili drugim izvorima podrške, uključujući porodicu, prijatelje, nastavnike i druge resurse škole ili zajednice
Informacije o suočavanju	Pružanje informacije o reakcijama na stres i suočavanju sa stresom kako bi se smanjio stres i promovisalo adaptivno funkcionisanje
Saradnja sa povezanim službama	Povezivanje učenika i osoblja sa dostupnim uslugama koje su im potrebne u tom trenutku ili će im biti potrebne u budućnosti

Prva psihološka pomoć može se pružiti kako u individualnom, tako i u grupnom formatu, u zavisnosti od specifičnih potreba i okolnosti. Ovaj oblik podrške prilagođava se različitim uzrastima, od predškolskog uzrasta do odraslih, kao i različitim profesijama. Kada se govori o samim tehnikama primenjivane su psihosocijalne intervencije koje su definisane kao intervencije koje koriste psihološki, bihevioralni i socijalni pristup ili kombinaciju, koje imaju za cilj da poboljšaju psihosocijalno blagostanje i smanje rizik od negativnih ishoda u mentalnom zdravlju. Kao takve, preporučene su od strane inicijative Skupa alata za pomoć adolescentima da napreduju (*Help Adolescents to Thrive – HAT*) (smernice i *toolkit*) Svetske zdravstvene organizacije (SZO) i UNICEF-a [1,2].

Psihosocijalne intervencije mogu se primenjivati na različitim nivoima prevencije, u zavisnosti od specifičnih potreba ciljne grupe, u sklopu univerzalne, selektivne i indikovane prevencije. Univerzalna prevencija primenjuje se na široku populaciju, uključujući svu decu i mlade, sa ciljem jačanja emocionalne otpornosti, promovisanja mentalnog zdravlja i smanjenja rizika od nastanka mentalnih poremećaja. Selektivna prevencija je usmerena na pojedince ili grupe koji su izloženi specifičnim rizicima, kao što su deca i mladi koji žive u nepovoljnim socijalnim okolnostima, sa porodičnim problemima ili traumama i kod kojih postoji veća verovatnoća za razvoj mentalnih poremećaja. Indikovana prevencija fokusira se na decu i mlade koji već pokazuju simptome mentalnih poremećaja, sa ciljem pravovremenog prepoznavanja i tretiranja tih simptoma, čime se sprečava njihov dalji razvoj i pogoršanje [3].

Psihosocijalne intervencije uključuju intervencije nad životnim stilom, odnosno intervencije zasnovane na principima kognitivno-bihevioralne terapije (za regulisanje teških emocija i svakodnevnih aktivnosti, izgradnju veština rešavanja problema i komunikacije), podršku zasnovanu na znanjima o traumi (kao širi pristup mladima sa traumatskim iskustvom), porodične intervencije, ključne korake u zbrinjavanju mladih u riziku i onih kojima je potrebno hitno upućivanje u specijalizovane službe i ključne korake u fazi oporavka.

Psihosocijalne intervencije pružaju se na različite načine (individualni, grupni, uživo, *online*), uz uvažavanje principa razumevanja kontinuuma razvojnih promena i mentalnog zdravlja mladih, važnosti ranih intervencija, i aktivnog učešća mladih [3].

Od juna meseca 2023. godine i narednih šest meseci, do novembra meseca 2023. godine u pružanju psihološke pomoći učestvovao je veliki broj pomagača, od kojih je 20 pomagača bilo angažovano kroz projekat i koji su pružili pomoć ukupno 1215 korisnika. Većina korisnika, skoro dve trećine njih, bilo je ženskog pola. Prvi cilj bio je da se pruži emocionalna prva pomoć, kako bi se pomoglo da se stekne uvid u ono što se dogodilo. U trenutku krize, straha za život, mogućnosti da se stvari ponove, ljudska čula i percepcija su nadjačane nagonom tela da se zamrzne, bori ili pobegne. Zločini su u živote mnogih doneli strah i depresiju, flešbekove i nesanicu, ali su uneli još više nepoverenja i više nerazumevanja u našu zajednicu.

U ovom periodu održano je ukupno 56 supervizijski sastanaka, 16 grupnih aktivnosti i 6 internih supervizijskih sastanaka, koji su podrazumevali podršku pomagačima u pružanju PPP od strane eksperata iz oblasti mentalnog zdravlja.

Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije je još 2014. godine objavilo Priručnik Psihološke krizne intervencije u obrazovno-vaspitnim ustanovama [4]. Radi se o praktičnom vodiču za postupanje u kriznim situacijama uz jasne korake kako organizovati nastavak funkcionisanja obrazovnog sistema nakon tragičnih odnosno kriznih događaja. Priručnik je bio dobra polazna osnova za prve korake u reagovanju na majsku krizu [4]. Osim ovog Priručnika bio je dostupan i Porodični priručnik za postupanje u vanrednim situacijama koji su zajedno pripremili Ministarstvo unutrašnjih poslova, Sektor za vanredne situacije i Organizacija za evropsku bezbednost i saradnju, Misija OEBSa u Srbiji [5].

Bez obzira na adekvatnost materijala, jasno je bilo da je specifičnost situacije koja nas je zadesila zahtevala specifičnija uputstva. Konsultovali smo različite ustanove, organizacije i zaključili da našoj situaciji najviše odgovara publikacija koju je izdala američka Nacionalna mreža za traumatski stres kod dece, odnosno njihov Nacionalni centar za posttraumatski stresni poremećaj [6]. Ova publikacija je u roku od nekoliko meseci prevedena na srpski jezik i bila je dostupna svim profesionalcima koji su se priključili pružanju

psihosocijalne podrške zajednici [7]. Dr Melisa Brajmer (*Melissa Brymer*) odobrila je besplatan prevod i korišćenje ove publikacije. Publikacija je prvenstveno namenjena školama, uključujući nastavnike, školsko osoblje i uprave, kao ključnim mestima koja čine prirodno okruženje za decu i mlade. Ona podrazumeva i brigu o nastavnicima i školskom osoblju kao nosiocima organizacije posla, ali i o roditeljima bez čije saradnje je nemoguće da škola opstane. U publikaciji su autori integrisali svoja najbolja iskustva i praksu i ponudili model prve psihološke pomoći koja se primenjuje neposredno nakon tragičnih događaja i u nedeljama koje dolaze posle.

Istovremeno, sa objavom opisane publikacije Ministarstvo prosvete je publikovalo dopunjeni priručnik *Postupanje ustanova obrazovanja i vaspitanja u kriznim događajima*, kao rezultat potrebe za unapređenjem publikacije iz 2014. godine. U novoj publikaciji definišu se procedure postupanja i načini jačanja spremnosti škole za efikasno reagovanje u situacijama suočavanja sa kriznim događajem, uz preporuke za organizovanje načina rada škola nakon kriznog događaja, kao i preporuke za komunikaciju sa medijima i kreiranje saopštenja o kriznom događaju za učenike, roditelje i zaposlene [8].

Navođenjem ovih publikacija želimo da istaknemo da se prva psihološka pomoć odvijala upravo na način na koji to opisane publikacije definišu, što je bilo neophodno u cilju sistematičnog i organizovanog pružanja podrške.

Važno je napomenuti da je program mentalnog zdravlja i psihosocijalne podrške deci, adolescentima i mladima u Srbiji doživeo značajan razvoj još od 2021. godine, sa fokusom na podršku mentalnom zdravlju i psihosocijalnom blagostanju dece, adolescenata i njihovih staratelja. UNICEF-ov okvir za ovaj program je multisektorski, zasnovan na socijalno-ekološkom modelu, prema kojem je mlada osoba u centru okružena starateljima, širom porodicom, zajednicom i konačno celokupnim društvom sa svojim kulturama i normama. Sam program predstavljao je dobar osnov za sistemski odgovor na majsku kriznu situaciju. Fokus programa bio je na prevenciji i ranoj intervenciji, i to unutar primarne zdravstvene zaštite, obrazovnog sistema i sistema socijalne zaštite. Program je usmeravao pažnju na usklađivanje aktivnosti sa postojećim zdravstvenim sistemom, posebno u pogledu pružanja podrške mladima sa ozbiljnijim mentalnim poremećajima [3,9]. Takođe, obuhvatio je i opcije za podršku „sredini koja nedostaje“ – decu i mlade koji nemaju pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili preventivnim merama u zajednici, kao ni odgovarajuću ranu intervenciju, ali ne zahtevaju ni akutnu negu, ni zaštitu na tercijarnom nivou. Program je značajno doprinosio implementaciji intervencija na sistematičan način i olakšao koordinaciju u pružanju potrebne podrške.

Veštine za psihološki oporavak

U narednoj fazi, koja se odnosila na tranzicioni rad i odgovor na tragediju, definisano je da pomoć bude dostupna besplatno, bez uputa primarne zdravstvene zaštite i to u lokalnoj zajednici. Prvo je pomoć pružena u Omladinskom pozorištu Dadov u Beogradu, zatim u Dečijem kulturnom centru Beograd, a potom, što traje i danas, pomoć nastavlja da se pruža od aprila 2024. godine u novootvorenom Centru za mlade – CEZAM-u (<https://cezam.rs>).

U drugih šest meseci projekta i pružanja psihološke pomoći, u periodu od decembra 2023. godine do meseca maja 2024. godine, pomoć je pružena za ukupno 1603 korisnika. Održano je 16 supervizijskih sastanaka i 6 supervizijskih sastanaka za grupne terapeute. Najveći broj korisnika zabeležen je u martu i aprilu 2024. godine, što je zapravo skoro godinu dana od majskih tragedija.

U daljem pružanju sistemskog odgovora na krizne situacije koristili smo, kao što je ranije napomenuto, znanja i iskustva američke Nacionalne mreže za traumatski stres kod dece, odnosno njihovog Nacionalnog centra za posttraumatski stresni poremećaj [10]. Uz konsultaciju sa stručnjacima iz Norveške i Amerike odabrali smo da tehnike veština za psihološki oporavak budu osnov za dalji rad s decom i mladima, te je i ta publikacija prevedena i dostavljena svim pomagačima kako bi im obezbedila podršku u njihovom daljem radu [11].

Veštine za psihološki oporavak (VPO) podrazumevaju program s ciljem da se pomogne preživelim da smanje patnju i uznemirenost posle katastrofe i krenu „napred“ sa svojim životima. Koncept VPO prenosi pet glavnih veština: izgradnja veština za rešavanje problema; podsticanje pozitivnih aktivnosti; upravljanje reakcijama; podsticanje korisnog razmišljanja; izgradnja zdravih socijalnih veza. Cilj VPO je da nauči novim načinima pružanja pomoći sebi i drugima, kao i kako da se nosimo sa svim promenama koje su rezultat tragedija i katastrofa. Veštine iz skupa VPO mogu da se primene i na mnoge druge situacije zato što pomažu da se promene stavovi, razmišljanja, da se smanje neprijatna osećanja i da se sveukupno poboljša odgovor na traumatske situacije.

VPO koristi različite materijale i radne listove kao pomoć u podučavanju veštinama iz skupa VPO. Ove materijale mogu da koriste i direktno pogođene osobe, ali se čini da su još prikladnije za pomagače i generalno ljude koji pružaju psihosocijalnu podršku i pomoć [11].

Pristup VPO zasniva se na ideji da će oni koji su iskusili traumu na direktan ili indirektan način razviti širok spektar reakcija (fizičkih, psiholoških, u ponašanju) tokom različitih vremenskih perioda. Rezilijentnost nam pomaže da se većina ljudi oporavi bez bilo kakve specifične podrške, ali neki su iskusili uznemirujuće i bolne reakcije koje su ih ometale u funkcionisanju i zahtevale dodatnu podršku. Uloga pomagača je definisana na način da kroz saosećajno postupanje i naučno utemeljene veštine mogu pružiti

pomoć osobama koje su preživele traumu da se oporave kroz edukaciju odgovarajućim veštinama za psihološki oporavak.

PPP ima za cilj da obezbedi pomoć preživelim u danima i nedeljama nakon tragedije, u neposrednom odgovoru i početnom periodu faze oporavka. Pristup VPO namenjen je pružanju psihološke pomoći ljudima koji su preživeli traumatične događaje po prestanku prvobitne krize, u fazi oporavka. Pružanje PPP definiše se danima ili nedeljama nakon katastrofe, a koncept VPO ima za cilj da pomogne traumatizovanim pošto se zadovolje potrebe sigurnosti, bezbednosti i druge vitalne neposredne potrebe.

U pristupu VPO veći naglasak u odnosu na PPP se stavlja na učenje konkretnih veština za zadovoljavanje potreba traumatizovanih, kao i na naknadne mere za učvršćivanje upotrebe veština iz skupa VPO. Za razliku od toga, PPP se često pruža u privremenom kontekstu u kome naknadne aktivnosti možda neće biti moguće.

Principi i tehnike VPO ispunjavaju četiri osnovna standarda:

1. U skladu su sa dokazima iz istraživanja o riziku i otpornosti nakon traume
2. Primenljive su i praktične u situacijama na terenu, odnosno u zajednici, što je bio i cilj naših aktivnosti
3. Prikadne su za razvojne nivoe tokom čitavog života
4. Uzimaju u obzir kulturu.

U tabeli 2 dati su osnovni opisi VPO

Tabela 2. Osnovni opisi Veštine za psihološki oporavak (VPO)

Veština	Opis
Izgradnja veština za rešavanje problema	Metod za definisanje problema i cilja, izlistavanje ideja o više načina da se problem reši, procene tih načina, a zatim isprobavanje rešenja koje izgleda da će najverovatnije pomoći
Podsticanje pozitivnih aktivnosti	Način da se poboljša raspoloženje i funkcionisanje putem identifikovanja i obavljanja pozitivnih i prijatnih aktivnosti
Upravljanje reakcijama	Veštine za prevladavanje i smanjenje uznemirujućih i bolnih fizičkih i emocionalnih reakcija na uznemirujuće situacije
Podsticanje korisnog razmišljanja	Koraci za prepoznavanje uznemirujućih misli i njihovo suzbijanje manje uznemirujućim mislima
Obnavljanje zdravih socijalnih veza	Način da se ponovo izgrade pozitivni odnosi i podrška u zajednici.

Ekspertski konsenzus ukazuje da je preživelim potrebno najmanje tri do pet sesija podrške kako bi pouzdano promenili ponašanje. Pristup VPO se može primeniti i biti koristan tokom samo jednog kontakta, i onda kada više kontakata nije praktično izvodljivo, ili nije ni potrebno. Stručni tim koji se bavio

sistematskom podrškom zaključio je da je pet susreta maksimalni broj susreta bez uputa koji se može ostvariti u organizovanim prostorima i da se nakon toga klijent upućuje ili u neku drugu ustanovu koja mu može obezbediti dužu podršku ili se smatra da je proces pružanja ovakve vrste podrške ostvaren. Na prvom sastanku procenjuje se šta se dešava u životu onoga kome je podrška potrebna u tom trenutku i koliko energije i vremena preživeli ima za učenje novih veština. Ukoliko je moguće u narednih nekoliko susreta, do pet maksimalno, rade se osnovne intervencije iz seta veština za psihološki oporavak.

Deca i mladi su se najčešće javljali zbog problema u vidu promena ponašanja, strahova i anksioznosti provocirani traumatskim događajem, bez obzira da li su bili svedoci događaja ili su samo imali saznanja o događaju. Pored toga, deca i mladi su ispoljavali teškoće na planu učenja i savladavanja školskog gradiva. Učestalo su se javljali zabrinutost i strah roditelja za bezbednost dece, kao i zabrinutost nastavnika za bezbednost đaka. Roditelji su prijavljivali i neretko izmene na planu porodičnih odnosa i dinamike u porodici, a nastavnici osećaj bespomoćnosti i pritiska da moraju da budu funkcionalni. Trauma koja je sve zadesila, takođe je bila okidač drugih relacionih problema i problema sa mentalnim zdravljem kod učenika, roditelja i nastavnika.

U periodu od juna 2023. godine, od početka projekta, do novembra meseca 2024. godine, ukupno je pružana pomoć 3982 korisnika, dece, mladih i njihovih roditelja. Dve trećine korisnika su ženskog pola. U poslednjih 6 meseci, pored psihološke pomoći u savetovalištu, podršku u okviru drugih aktivnosti (edukativnih, aktivnosti za poboljšanje blagostanja i tribina za roditelje) primio je 1081 korisnik.

Aktivnosti koje su sprovedene neposredno nakon traumatskog događaja značajno su se razlikovale od onih koje su se primenjivale, na primer, 18 meseci nakon događaja. Konkretno, u ranoj fazi, odmah nakon traume, fokus je više bio na tehnikama i aktivnostima koje pomažu u praktičnom rešavanju problema, i suočavanju sa konkretnim reakcijama na traumatski događaj. S vremenom, kako se proces pružanja psihološke podrške nastavljao, fokus se prebacivao na tehnike koje pomažu u suočavanju sa emocijama i razvoju zdravih navika za emocionalnu dobrobit.

Svaka intervencija kojom se nastoji da se prenesu nove veštine predstavlja veći izazov od pukog slušanja i pružanja podrške. U odnosu na to, ovakve veštine moraju se preneti u kontekstu snažnog skladnog odnosa koji obuhvata validaciju, podršku i emocionalni komfor. Ako se odnos temelji na tome, pristup podrške će se primenjivati bez nametanja i sa osećanjem.

Namena ovog koncepta nije da predstavlja formalni tretman mentalnog zdravlja, već da deluje kao model sekundarne prevencije. On predstavlja prelaznu intervenciju koja ima za cilj smanjenje stresa, identifikovanje postojećih veština prevladavanja, poboljšanje funkcionisanja i, potencijalno, smanjenje potrebe za formalnim tretmanom mentalnog zdravlja. U slučaju da se

tokom početne procene identifikuju problemi sa mentalnim zdravljem, osoba se upućuje u odgovarajuću službu koja se bavi problemima mentalnog zdravlja.

Primena kognitivno bihejviornalnog tretmana – fokus na traumu (TF-CBT)

Nastavak saradnje sa norveškim stručnjacima iz NKVTS je omogućen uz podršku UNDP (*United Nations Development Programme*) i od suštinskog je značaja za podršku stručnjacima iz Srbije u jačanju kompetentnosti i kapaciteta pružanja tretmana usmerenog na traumu za decu, adolescente i porodice, kao i u praćenju ožalošćenih, preživelih i njihovih porodica. Na osnovu trenutne identifikacije potreba i srodnih zahteva naših stručnih kolega iz Srbije, NKVTS je ponudio da obezbedi program obuke iz kognitivno bihejviornalnog tretmana zasnovanog na traumama (TF-CBT) za grupu od 30 psihijatara, specijalista psihijatrije, psihologa i socijlnih radnika. Predloženi program obuke je zasnovan na velikom iskustvu u primeni terapije zasnovane na dokazima za decu, adolescente i njihove porodice širom Norveške i dugoročnim odnosima i saradnji sa stručnjacima TF-CBT. Predložena je obuka u periodu od 16 meseci i ona u momentu pisanja ovog rada i dalje traje.

Kognitivno-bihejviornalna terapija usredsređena na traumu (TF-CBT) je model psihoterapije zasnovan na dokazima za decu i roditelje/negovatelje koji doživljavaju klinički značajne emocionalne i bihejviornalne poteškoće u vezi sa traumatskim životnim događajima koje su iskusili. TF-CBT je relativno kratak (obično 12-20 sesija) model lečenja zasnovan na komponentama koje uključuju intervencije i tehnike zasnovane na kognitivnoj, bihejviornalnoj, porodičnoj terapiji i humanističkim principima.

Ciljevi TF-CBT-a su da omogući deci i mladima koji su doživeli ozbiljne traumatske događaje i njihovim negovateljima koji ih podržavaju, da nauče efikasne veštine da se nose sa emocionalnim problemima i problemima u ponašanju povezanim sa traumom, da se suoče i reše te probleme, da efikasno integrišu svoja iskustva traume i pomognu im da nastave sa svojim životima na bezbedan i pozitivan način. Konkretno, TF-CBT je dizajnirana da smanji simptome posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), depresije povezane sa traumom, anksioznosti i problema u ponašanju i uobičajenih kognitivnih i emocionalnih problema povezanih sa traumom, kao što su strah, sram, sramota, krivica i gubitak samopouzdanja. TF-CBT takođe poboljšava podršku negovatelja deteta, roditeljske veštine i komunikaciju između roditelja i deteta [12].

Postoji nekoliko vodećih principa koji čine osnovu TF-CBT. Većina se odnosi na gotovo svaki tretman dece zasnovan na dokazima. Svi principi su dati u Tabeli 3.

Tabela 3. Osnovni principi TF-CBT

Princip	Opis
Bazirana na različitim komponentama	TF-CBT se sastoji od skupa komponenti tretmana, od kojih svaka ima specifičnu terapijsku svrhu i skup tehnika. Svaka komponenta se nadovezuje na prethodnu kako bi se postigao terapijski efekat. Ne postoji posebno propisan set procedura za svaku terapijsku sesiju. Umesto toga, terapeuti rade kroz komponente tretmana u odgovarajućem redosledu, koristeći tempo koji se prilagođava potrebama klijenata.
Poštovanje kulturnih vrednosti	U svakom trenutku terapeuti treba da poštuju kulturu i vrednosti porodice klijenata. Procedure i tehnike treba prilagoditi prema potrebi da bi se usaglasile sa kulturnim normama i vrednostima. Istraživanja su pokazala da se TF-CBT može uspešno koristiti kod dece iz širokog spektra kulturnih, etničkih, rasnih i zemalja porekla.
Prilagodljiv i fleksibilan	Komponente, tehnike i procedure TF-CBT tretmana mogu se prilagoditi mnogim različitim kliničkim okruženjima, situacijama i porodicama. Tempo komponenti tretmana je donekle fleksibilan, a tehnike su prilagodljive određenim porodicama. Podstiče se kreativnost terapeuta u pružanju tretmana, sve dok se poštuju osnovni ciljevi i principi svake komponente lečenja.
Fokusirano na porodicu	TF-CBT je porodični tretman. Skoro polovina tretmana uključuje člana porodice/ negovatelja koji se posmatra zajedno sa detetom ili pojedinačno. Ključni cilj TF-CBT je poboljšanje efikasne roditeljske/starateljske podrške za dete.
Terapijski odnos je centralan	Kao i kod svih efikasnih psihoterapija, razvoj snažnog terapijskog odnosa sa detetom i negovateljem je kritičan u TF-CBT i neophodan za angažovanje klijenta. Istraživanje je pokazalo da je kvalitet terapijskog odnosa još važniji za uspeh terapija kao što je TF-CBT koje uključuju procedure razvoja veština i vežbe van sesije.
Naglašena je samoeфикаsnost	Svrha TF-CBT je da pomogne traumatizovanoj deci da se suoče sa traumatskim događajima koje su doživela, da se efikasno nose sa njima, integrišu ih u svoju životnu istoriju i nastave sa svojim životima. To dovodi do snažnog osećaja samoeфикаsnosti. Deca koja završe TF-CBT treba da razviju i osećaj kompetentnosti jer više nisu opterećena problemima povezanim sa traumom, i nadu u budućnost jer su naučila kako da se izbore sa drugim poteškoćama koje se mogu pojaviti.

Preporuka je da se TF-CBT odvija u nedeljnim tretmanima tokom 45-50-minutnih sesija. TF-CBT sesije mogu se održavati češće (npr. 2 sesije nedeljno), ali ne bi trebalo da se održavaju ređe (npr. 1 sesija svake 2-3 nedelje). Utvrđeno je da je TF-CBT efikasan u samo 8 sesija, a po potrebi može

se proširiti na čak 25 sesija. Međutim, većina slučajeva TF-CBT treba da se završi u roku od 12-20 tretmana.

Opis komponenti TF-CBT prevazilazi ovu publikaciju, te ćemo za potrebe ovog rada navesti samo osnovne komponente tretmana.

1. Stabilizacija

Faza stabilizacije se sastoji od psihoedukacije, relaksacije, afektivnog izražavanja i regulacije i kognitivnog suočavanja. Razvoj roditeljskih veština i korišćenje tehnika postepenog izlaganja deo su i ove faze lečenja.

2. Trauma Narativ

Ova faza uključuje komponentu naracije i obrade traume. Postepeno izlaganje je glavna komponenta ove faze, a i deca i staratelji obrađuju svoje reakcije na narativ deteta.

3. Integracija/Konsolidacija

Ova faza uključuje *in vivo* ovladavanje podsetnicima na traumu, zajedničke sesije deteta i roditelja i komponente poboljšanja buduće bezbednosti i razvoja.

Komponenta Veštine roditeljstva se sprovodi tokom celog procesa lečenja, po potrebi, kako bi se pomoglo roditeljima/starateljima da upravljaju ponašanjem deteta.

Nakon sprovedene trodnevne edukacije mladih stručnjaka, stručnjaci iz Norveške su obezbedili superviziju u trajanju od godinu dana (do decembra 2025. godine). Učesnici edukacije podeljeni su u manje grupe, u kojima se jednom mesečno sastaju sa edukatorima. Edukatori pomažu mladim stručnjacima u njihovom profesionalnom razvoju i obuci u primeni TF-CBT. U superviziji, mladi stručnjaci razmatraju slučajeve svojih klijenata sa edukatorima, dobijaju povratne informacije o svojim tehnikama i pristupima, i istražuju svoje emotivne reakcije koje se mogu pojaviti tokom rada sa klijentima, imajući u vidu da klijenti govore o svojim najtežim traumatskim iskustvima. Nesumnjivo, supervizija će mladim stručnjacima pomoći u razvoju njihovih veština, samosvesti i sposobnosti za pružanje kvalitetne pomoći najvulnerabilnijim klijentima, deci i mladima sa traumatskim iskustvom [13].

ZAKLJUČAK

Tragični događaji su nas uverili u važnost pripreme i uspostavljanja jasnih protokola za pružanje sistematske podrške u eventualnim budućim kriznim situacijama. U prvim nedeljama nakon događaja nisu postojala jasna uputstva kako, gde, kome, koliko i na koji način bi trebalo pružiti prvu psihološku podršku. Ponekad je bilo izuzetno teško doći do onih kojima je

pomoć možda bila i najpotrebnija – a to su roditelji i braća i sestre preminule dece i mladih. Tek nakon nekoliko nedelja uspostavljen je tačan mehanizam pružanja prve psihološke podrške i ona se organizovala kako u samoj školi, tako i u lokalnoj zajednici – u Beogradu u omladinskom pozorištu Dadov, Dečjem kulturnom centru Beograda u Mladenovcu, Smederevu i okolini na različitim lokacijama.

Iskustva u radu prevazilaze ovu publikaciju, jer njena svrha je osvrst na pružene intervencije. Međutim, i ovde je važno napomenuti da je jedno od osnovnih iskustava bila podrška supervizora, koja sistemski nedostaje u našem institucijama koje se bave mentalnim zdravljem. Kako je tematika bila izuzetno teška i bolna, kako za one kojima je bila potrebna PPP, tako i za pomagače, samo je kontinuirana podrška iskusnih supervizora omogućila kvalitetno pružanje pomoći, čineći rad sa pogođenim osobama efikasnijim i održivim.

Za razliku od norveškog iskustva nakon tragičnog događaja u Utoji, gde je poverenje u državu i sunarodnike postalo veće nego pre tragičnog napada (došlo je do neke vrste kohezije), kod nas je, naprotiv, naraslo nepoverenje u institucije i kolege do mere da se više niko nije osećao sasvim dobro. Posle psihološke prve pomoći i posle veština za psihološki oporavak, teškog suđenja počiniocima i roditeljima, brige o preživelim, porodicama žrtava, važno je očuvanje svih principa sistema – od pravosuđa do demokratije, do otvorenosti i poverenja. Jer bez toga nema oporavka, jer „neko od nas“ može ponoviti tragediju. Potrebno je održati dijalog, raditi na krivici ili sramoti što nismo postali bolji, osvestiti činjenicu da je normalno da je potrebno vreme da se stvari isprocesuiraju, da bismo se ponovo osećali bezbedno.

Osećaj sigurnosti se podstiče svakodnevnim radnjama kroz pomaganje jedni drugima. Mržnja i razdori u društvu štete osećaju sigurnosti; treba smirivati diskurs jer to pomaže svima da se oporavimo.

PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR THOSE AFFECTED AFTER OF THE 2023 MAY TRAGEDY IN SERBIA

**Milica Pejovic Milovancevic^{1,2}, Jasmina Bogdanovic¹,
Aleksandra Parojcic¹, Jelana Radosavljev Kircanski^{1,3},
Snezana Stojanovic, Hana Korac¹, Snezana Mrvic¹,
Ivana Gavrilovic¹, Bojana Obradović Kuzminovic⁴**

¹Institute of mental health, Belgrade, Serbia

²University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia

³Department of Psychology, Faculty of Media and Communications,
Singidunum University, Belgrade, Serbia

⁴University of Belgrade

Abstract: In May 2023, in two independent tragic events, 19 young people and a school janitor were killed, and a large number were injured. After that, systemic support was organized for children, young people, parents and teachers, which took place through three phases within the framework of the project Psychosocial support for the community of the Government of the Republic of Serbia, the Institute for Mental Health and the Society of Psychologists of Serbia. The paper will present the basic elements of support through three different and closely related principles of professional response to traumatic experiences, all in accordance with the time frame of providing support in relation to the traumatic events themselves – psychological first aid, skills for psychological recovery as well as cognitive-behavioral therapy – trauma focused. In the past period, many thousands of children, young people, teachers and parents received support, and it continues through work in the community through the Youth Center – CEZAM.

Key words: *trauma, psychosocial support, children, youth*

Literatura

1. Skup alata za pomoć adolescentima da napreduju Strategije za unapređenje i zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata i suzbijanje samopovređivanja i drugih rizičnih oblika ponašanja. 2021. <https://www.unicef.org/serbia/media/23046/file/skup%20alata%20pomo%C4%87%20adolecenti.pdf>
2. WHO, UNICEF. Helping Adolescents Thrive Toolkit – Strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. WHO and Children's Fund (UNICEF); 2021.
3. Mitković Vončina M, Pešić D, Munjiza Jovanović A, Radovanović A, Pejović Milovančević M. Mentalno zdravlje mladih – psihosocijalne intervencije u srcu prevencije i tretmana. U: *Zbornik radova X Foruma Instituta za mentalno zdravlje*. Beograd, 2023: 73-92
4. Vlajković J, Vlajković A. Psihološke krizne intervencije u obrazovno-vaspitnim ustanovama. Društvo psihologa Srbije, 2014, Beograd
5. Porodični priručnik za ponašanje u vanrednim situacijama Da li znate kako da zaštitite sebe i svoju porodicu od posledica vanrednih situacija? Republika Srbija Ministarstvo unutrašnjih poslova Sektor za vanredne situacije. Organizacija za evropsku bezbednost i saradnju Misija OEBS u Srbiji.
6. Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson T. Psychological first aid for schools – Field Operations Guide. 2nd edition, (2012). Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network.
7. Brajmer M i sar. Psihološka prva pomoć za škole vodič za rad na terenu. Institut za mentalno zdravlje, Beograd 2023.
8. Vuković S i sar. Postupanje ustanova obrazovanja i vaspitanja u kriznim događajima. Beograd, 2023. <https://prosveta.gov.rs/wp-content/uploads/2024/02/Prirucnik-za-zaposlene-u-ustanovama-obrazovanja-i-vaspitanja-krizne-situacije.pdf>
9. Galagali PM, Brooks MJ. Psychological care in low-resource settings for adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020 Jul;25(3):698-711.
10. Berkowitz S, Bryant R, Brymer M, Hablen J, Jacobs A, Layne C, Macy R, Osofsky H, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P. Skills for psychological recovery – Field Operations Guide. Los Angeles: National Child Traumatic Stress Network.
11. Berkowitz S, Bryant R, Brymer M i sar. Veštine za psihološki oporavak Vodič za rad na terenu, Institut za mentalno zdravlje, Beograd 2023.
12. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents. Second edition. New York, The Guilford Press 2017.
13. Meza RD, AlRasheed R, Pullmann MD& Dorsey S. (2023). Clinical supervision approach predicts evidence-based trauma treatment delivery in children's mental health. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1072844. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1072844>

Prof. dr Milica PEJOVIĆ MILOVANČEVIĆ, Institut za mentalno zdravlje, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

Milica PEJOVIC MILOVANCEVIC, MD, PhD, Associate Professor, University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: milica.pejovic@imh.org.rs

UPUTSTVA SARADNICIMA

PSIHIJATRIJA DANAS je zvanični časopis Udruženja psihijata Srbije koji objavljuje radove iz psihijatrije, psihologije i srodnih disciplina. Časopis izlazi dva puta godišnje, a po potrebi objavljuje tematske brojeve i priloge u okviru redovnih svezaka. Časopis ***Psihijatrija danas*** dostupan je u režimu otvorenog pristupa. Radovi mogu biti napisani na srpskom i engleskom jeziku, apstrakti su obavezno i na srpskom i na engleskom jeziku.

Časopis objavljuje originalne, prethodno neobjavljene radove: pregledne i istraživačke radove, prikaze slučajeva, prikaze knjiga i pisma uredniku.

- **Pregledni radovi** treba da budu napisani od strane samo jednog autora, osim ako drugi autor nije psihijatar. Oni treba da sadrže i sopstvene rezultate koji su već objavljeni, i ne smeju imati više od 7500 reči.
- **Istraživački radovi** moraju se zasnivati na istraživačkom protokolu i sadržavati statističku procenu nalaza. Ne smeju imati više od 3000 reči.
- **Prikazi slučaja** treba da sadrže zanimljive kliničke izveštaje i opise slučajeva u kojima su primenjeni novi dijagnostički i terapijski metodi. Ne smeju imati više od 1500 reči.
- **Opšti radovi** sadrže stavove o teoriji i praksi psihijatrije, o psihijatrijskim službama, o graničnim oblastima psihijatrije i drugih disciplina, itd. Ne treba da imaju više od 2000 reči.
- **Specijalni radovi** pokrivaju oblasti od posebnog značaja i najčešće se pišu po pozivu.
- **Prikazi knjiga** sadrže kritičke prikaze izabranih knjiga.
- **Pisma uredniku** – kratka pisma (maksimum 400 reči), mogu sadržavati komentare ili kritike radova štampanih u ***Psihijatriji danas***, komentare o važnim psihijatrijskim temama, preliminarne istraživačke izveštaje, predloge redakciji, itd.

Obaveze urednika. Glavni urednik časopisa ***Psihijatrija danas*** donosi konačnu odluku koji će se rukopisi objaviti. Urednik se prilikom donošenja odluke rukovodi uređivačkom politikom vodeći računa o zakonskim propisima koji se odnose na klevetu, kršenja autorskih prava i plagiranje. Urednik ne sme imati bilo kakav sukob interesa u vezi sa podnesenim rukopisom. Ako takav sukob interesa postoji, o izboru recenzenata i sudbini rukopisa odlučuje Uredništvo. Ako identitet autora i/ili recenzenata ostaje nepoznat drugoj strani, urednik je dužan da tu anonimnost garantuje.

Urednik je dužan da sud o rukopisu donosi na osnovu njegovog sadržaja, bez rasnih, polnih/rodnih, verskih, etničkih ili političkih predrasuda. Urednik ne sme da koristi neobjavljen materijal iz podnesenih rukopisa za svoja istraživanja bez pisane dozvole autora.

Obaveze autora. Autori snose svu odgovornost za sadržaj podnesenih rukopisa, kao i validnost eksperimentalnih rezultata, i moraju da pribave dozvolu za objavljivanje podataka od svih strana uključenih u istraživanje. Autori koji žele da u rad uključe slike ili delove teksta koji su već negde objavljeni dužni su da za to pribave saglasnost nosilaca autorskih prava i da prilikom podnošenja rada dostave dokaze da je takva saglasnost data. Materijal za koji takvi dokazi nisu dostavljeni smatraće se originalnim delom autora. Autori garantuju i da rukopis ne sadrži neosnovane ili nezakonite tvrdnje i ne krši prava drugih.

Autori se moraju pridržavati etičkih standarda koji se odnose na naučnoistraživački rad i rad ne sme biti plagijat. **Plagijarizam**¹, odnosno preuzimanje tuđih ideja, reči ili drugih oblika kreativnog izraza i predstavljanje kao svojih, predstavlja grubo kršenje naučne etike. Plagiranje može da uključuje i kršenje autorskih prava, što je zakonom kažnjivo. Rukopisi kod kojih postoje jasne indicije da se radi o plagijatu biće automatski odbijeni. Ako se ustanovi da je rad koji je objavljen u časopisu ***Psihijatrija danas*** plagijat, od autora će se zahtevati da upute pisano izvinjenje autorima izvornog rada.

U slučaju da autori otkriju važnu grešku u svom radu nakon njegovog objavljivanja, dužni su da momentalno o tome obaveste urednika ili izdavača i da sa njima sarađuju kako bi se rad povukao ili ispravio.

Prateće pismo/fajl

- U pratećem pismu, glavni autor treba da potvrdi da **studija nije ranije objavljivana** i da dostavljeni rad nije na razmatranju za

¹ Plagijat obuhvata sledeće:

- doslovno ili gotovo doslovno preuzimanje ili smišljeno parafraziranje (u cilju prikrivanja plagijata) delova tekstova drugih autora bez jasnog ukazivanja na izvor ili obeležavanje kopiranih fragmenata (na primer, korišćenjem navodnika);
- kopiranje jednačina, slika ili tabela iz tuđih radova bez pravilnog navođenja izvora i/ili bez dozvole autora ili nosilaca autorskih prava za njihovo korišćenje.

objavljivanje na nekom drugom mestu. Takođe je potrebno dostaviti kopije svih dozvola za: reprodukovanje prethodno objavljenog materijala, upotrebu ilustracija i objavljivanje informacija o poznatim ljudima ili imenovanje ljudi koji su doprineli izradi rada.

- **Autorstvo.** Uz rad prihvaćen za štampu koji je autorizovan treba poslati i popunjen formular o potvrdi autorstva. Svaki autor treba da je učestvovao dovoljno u radu na rukopisu kako bi mogao da preuzme odgovornost za celokupan tekst i rezultate iznesene u radu. Autorstvo se zasniva samo na: bitnom doprinosu koncepciji rada, dobijanju rezultata ili analizi i tumačenju rezultata, planiranju rukopisa ili njegovoj kritičkoj reviziji od znatnog intelektualnog značaja, završnom doterivanju verzije rukopisa koji se priprema za štampanje. Autori treba da prilože opis doprinosa pojedinačno za svakog koautora. Svi drugi koji su doprineli izradi rada, a koji nisu autori rukopisa, trebalo bi da budu navedeni u Zahvalnici s opisom njihovog rada, uz pisani pristanak.
- **Izjava o sukobu interesa.** Uz rukopis se prilaže potpisana izjava kojom se autori izjašnjavaju o svakom mogućem sukobu interesa ili njegovom odsustvu – npr. finansijska dobit, lični odnosi, politička ili religiozna uverenja itd. („*Politika izjave o sukobu interesa*”) na internet stranici Svetskog udruženja urednika medicinskih časopisa – World Association of Medical Editors – WAME, <http://www.wame.org>).
- **Etika.** Kada se izveštava o eksperimentu na ljudima, naglasiti da li je procedura sprovedena u skladu sa etičkim standardima Komiteta za eksperimente na ljudima ili sa Helsinškom deklaracijom. Obavezna je i **saglasnost nadležnog etičkog komiteta**. Ne iznositi imena, inicijale ili bolničke brojeve ispitanika, naročito ukoliko je materijal ilustrovan. Primeri etičkog odobrenja:
 - Sve sprovedene procedure u studijama koje uključuju ljude bile su u skladu sa institucionalnim i/ili etičkim standardima nacionalnog istraživačkog odbora i u skladu sa Helsinškom deklaracijom iz 1964. godine i njenim kasnijim amandmanima ili sličnim etičkim standardima. / *Izjava o dobrobiti ljudi*
 - Za ovu vrstu studija formalna saglasnost nije potrebna. / *Retrospektivne studije*
 - Ovaj članak ne sadrži nikakve studije sa ljudskim učesnicima ili životinjama koje

obavljaju bilo koju od autora. /*Izjava ako članak ne sadrži studije sa ljudima ili životinjama*

Recenzija

Dostavljeni radovi (osim uvodnika i radova po pozivu) prihvataju se za objavljivanje nakon dvostruke, anonimne stručne recenzije. Izbor recenzenata spada u diskreciona prava urednika. Recenzenti moraju da raspoložu relevantnim znanjima u vezi sa oblašću kojom se rukopis bavi. Recenzent ne sme da bude u sukobu interesa sa autorima ili finansijerom istraživanja. Ukoliko postoji sukob interesa, recenzent je dužan da o tome momentalno obavesti urednika. Recenzent koji sebe smatra nekompetentnim za temu ili oblast kojom se rukopis bavi dužan je da o tome obavesti urednika. Recenzija mora biti objektivna. Komentari koji se tiču ličnosti autora smatraju se neprimerenim. Sud recenzenata mora biti jasan i potkrepljen argumentima. Recenzenti nisu plaćeni.

Recenzija mora biti završena u 30 dana od slanja rukopisa.

Primerbe i sugestije recenzenata dostavljaju se autoru na korekciju.

Nakon ispravki autora, rad se ponovo šalje recenzentima ukoliko je bilo značajnih korekcija, a nakon saglasnosti recenzenta autorima se šalje Proof. U ovoj fazi (Proof) moguće su samo ispravke slovni i drugih sitnih grešaka. Eventualne korekcije treba izvršiti u roku od 2 dana inače će se smatrati da autor nema primerbe.

Rukopisi koji su poslani recenzentu smatraju se poverljivim dokumentima.

Tokom čitavog procesa, recenzenti deluju nezavisno jedni od drugih. Recenzentima nije poznat identitet drugih recenzenata. Ako odluke recenzenata nisu iste (prihvatiti/odbiti), glavni urednik može da traži mišljenje drugih recenzenata.

Redakcija je dužna da obezbedi solidnu kontrolu kvaliteta recenzije. U slučaju da autori imaju ozbiljne i osnovane zamerke na račun recenzije, redakcija će proveriti da li je recenzija objektivna i da li zadovoljava akademske standarde. Ako se pojavi sumnja u objektivnost ili kvalitet recenzije, urednik će tražiti mišljenje drugih recenzenata.

Povlačenje već objavljenih radova. Objavljeni rukopisi biće dostupni dokle god je to moguće u onoj formi u kojoj su objavljeni, bez ikakvih izmena. Ponekad se može desiti da objavljeni rukopis mora da se povuče (npr. ispravka grešaka u cilju očuvanja integriteta nauke, u slučaju kršenja prava izdavača, nosilaca autorskih prava ili autora; povrede profesionalnih etičkih kodeksa, tj. u slučaju podnošenja istog rukopisa u više časopisa u isto vreme, lažne tvrdnje o autorstvu, plagijata, manipulacije podacima u cilju prevare i slično). U

nekim slučajevima rad se može povući i kako bi se ispravile naknadno uočene greške u rukopisu ili objavljenom radu.

Standardi za razrešavanje situacija kada mora doći do povlačenja rada definisani su od strane biblioteka i naučnih tela, a ista praksa je usvojena i od strane časopisa **Psihijatrija danas**: u elektronskoj verziji izvornog članka (onog koji se povlači) uspostavlja se veza (HTML link) sa obavještenjem o povlačenju. Povučeni članak se čuva u izvornoj formi, ali sa vodenim žigom na PDF dokumentu, na svakoj stranici, koji ukazuje da je članak povučen (RETRACTED).

Otvoreni pristup

Časopis **Psihijatrija danas** dostupan je u režimu otvorenog pristupa. Članci objavljeni u časopisu mogu se besplatno preuzeti sa sajta <http://imh.org.rs/publikacije/psihijatrija-danas-2> ili <http://scindeks.ceon.rs/journaldetails.aspx?issn=0350-2538> i smeju distribuirati u edukativne i nekomercijalne svrhe.

Autorska prava

Za objavljene radove se ne isplaćuje honorar, a autorska prava se prenose na izdavača. U slučaju da rukopis ne bude prihvaćen za štampu u časopisu, autori zadržavaju sva prava. Rukopisi i prilozi se ne vraćaju. Za reprodukciju ili ponovno objavljivanje nekog segmenta rada publikovanog u **Psihijatriji danas** neophodna je saglasnost izdavača.²

²Na izdavača se prenose sledeća prava na rukopis, uključujući i dodatne materijale, i sve delove, izvode ili elemente rukopisa / Izdavač može da, ali ne mora da preuzme sva navedena prava.:

- pravo da reprodukuje i distribuira rukopis u štampanom obliku, uključujući i štampanje na zahtev;
- pravo na štampanje probnih primeraka, reprinti specijalnih izdanja rukopisa;
- pravo da rukopis prevede na druge jezike;
- pravo da rukopis reprodukuje koristeći fotomehanička ili slična sredstva, uključujući, ali ne ograničavajući se na fotokopiranje, i pravo da distribuira ove kopije;
- pravo da rukopis reprodukuje i distribuira elektronski ili optički koristeći sve nosioce podataka ili medija za pohranjivanje, a naročito u mašinski čitljivoj/digitalizovanoj formi na nosačima podataka kao što su hard disk, CD-ROM, DVD, Blu-ray Disc (BD), mini disk, trake sa podacima, i pravo da reprodukuje i distribuira rukopis sa tih prenosnika podataka;
- pravo da sačuva rukopis u bazama podataka, uključujući i onlajn baze podataka, kao i pravo prenosa rukopisa u svim tehničkim sistemima i režimima;
- pravo da rukopis učini dostupnim javnosti ili zatvorenim grupama korisnika na osnovu pojedinačnih zahteva za upotrebu na monitoru

Slanje rukopisa

Rukopis rada i svi prilozi uz rad dostavljaju se na e-mail: psihijatrija.danas@imh.org.rs

Nakon prijema, rukopisi prolaze kroz preliminarnu proveru u redakciji kako bi se proverilo da li ispunjavaju osnovne kriterijume i standarde. Pored toga, proverava se da li su rad ili njegovi delovi plagirani. Autori će o prijemu rukopisa biti obavješteni elektronskom poštom. Samo oni rukopisi koji su u skladu sa datim uputstvima biće poslani na recenziju. U suprotnom, rukopis će, sa primedbama i komentarima, biti vraćen autorima.

Priprema rukopisa

U pripremi rukopisa treba se pridržavati uputstva sačinjenog prema Jednoobraznim zahtevima za rukopise koji se podnose biomedicinskim časopisima Internacionalnog komiteta urednika biomedicinskih časopisa.

Za tekst koristiti tekst procesor (Word for Windows), font Times New Roman veličine 12 pt, latinicu, dupli prored, levo poravnanje i uvlačenje svakog pasusa za 1 cm, bez deljenja reči (hifenacije) i bez upotrebe tabulatora. Za simbole i specijalne znake koristiti font Symbol.

Rad treba da je odštampan sa jedne strane lista A4 i sa marginom od 3.5 cm. Sve stranice treba da budu numerisane, uključujući i naslovnu stranicu. Uz štampan tekst dostaviti i elektronsku verziju rada u formatu .doc, .docx ili rtf (disk CD Windows kompatibilni, samo sa fajlom koji će biti štampan ili poslati e-mail-om). Odštampana kopija rada u potpunosti treba da odgovara elektronskoj verziji. Tabele, grafikoni i slike često se moraju ponovo uraditi pa treba dostaviti i njihovu odštampanu kopiju.

Naslovna stranica treba da sadrži naziv rada (ne više od 12 reči), imena i prezimena autora, njihove akademske titule i ustanove u kojima rade, kao i ime, prezime, adresu, broj telefona i e-mail autora zaduženog za korespondenciju.

Širi apstrakt (do 300 reči) treba dati na drugoj, zasebnoj stranici. Apstrakt treba da sadrži glavne činjenice iz rada, kao i 3-6 ključnih reči. U izboru ključnih reči koristiti Medical Subject Headings – MeSH

(<https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). U apstraktu ne treba navoditi reference. Apstrakt i ključne reči treba dostaviti na srpskom i engleskom jeziku.

ili drugim čitačima (uključujući i čitače elektronskih knjiga), i u štampanoj formi za korisnike, bilo putem interneta, onlajn servisa, ili internih ili eksternih mreža.

Tekst treba podeliti u delove (npr. za istraživačke radove: Uvod, Metod, Rezultati, Diskusija). Rezultate koji se pojavljuju na tabelama ne treba detaljno ponavljati.

Fusnote nisu dozvoljene u člancima.

Tabele, grafikone i slike priložiti na posebnim listovima papira (u posebnom fajlu), sa odgovarajućim naslovom, arapskim brojem (Tabela 1) i u tekstu označiti njihovo mesto. Izbegavati vertikalne i horizontalne linije u tabelama. Slike, crteži i druge ilustracije treba da budu dobrog kvaliteta u jednom od sledećih formata: TIFF, JPEG, EPS.

Skraćenice koristiti samo kad je neophodno i za svaku navesti pun termin pri prvom navođenju u tekstu. Korišćene skraćenice u tabeli i grafikonu treba objasniti u legendi.

Zahvalnica: Navesti sve one koji su doprineli stvaranju rada a ne ispunjavaju merila za autorstvo (npr. tehnička pomoć, pomoć u pisanju rada i sl.). Primeri:

- 1) Članak u časopisu: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.
- 2) Poglavlje u knjizi: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGrawHill; 2002. p. 93-113.
- 3) Knjiga: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
- 4) Disertacija: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of

Takođe navesti finansijsku i materijalnu pomoć (sponzorstvo, stipendije, naučno-istraživački projekti, oprema, lekovi itd.).

Literatura: Spisak treba da uključi samo one publikacije koje su citirane u tekstu. Literaturu treba naznačiti u tekstu arapskim slovima u uglastim zagradama onim redom kojim se prvi put pojavljuje (Vankuverski stil – http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), npr. Kernberg [1] tvrdi da...

Naslove časopisa skraćivati prema Index Medicus-u (spisak časopisa se nalazi na <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>).

Ne treba upotrebljavati skraćenice za časopise koji tamo nisu navedeni. Posle skraćenica časopisa staviti tačku. Stranice se citiraju tako što se navede početna stranica, a krajnja bez cifre ili cifara koje se ponavljaju (npr. od 274 do 278 stranice navodi se 274-8).

Za radove koji imaju do šest autora navesti sve autore. Za radove koji imaju više od šest autora navesti prvih šest i et al.

Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

- 5) Neobjavljen materijal (u štampi): Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in Arabidopsis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. Forthcoming 2002.
- 6) Članak iz časopisa u elektronskom obliku: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>.

Vlasnik i izdavač – Owner & Publisher
INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE
11000 Beograd, Milana Kašanina 3
Tel/Faks: 011 3238 160
e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs
www.imh.org.rs

Direktor – Director
Prof. dr Milica Pejović Milovančević

Štampa – Print
DOSIJE, Beograd

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

PSIHIJATRIJA DANAS (*Psychiatry Today*) is an official journal of the Serbian Psychiatric Association that publishes papers in psychiatry, psychology and related disciplines. The journal is published twice a year, and as needed publishes thematic issues and contributions within the regular volumes. The journal **Psihijatrija danas** is freely accessible. Papers may be submitted in the Serbian or English languages, but the abstracts have to be written in both Serbian and English.

The journal publishes original, previously unpublished papers: review papers and research studies, case reports, book reviews and letters to the editor.

- **Review papers** should be written by a single author, unless the other is not a psychiatrist. They should include own, previously published results and should not exceed 7500 words.
- **Research papers** have to be based on study protocol and include statistical analysis of the findings. They should not exceed 3000 words.
- **Case reports** should cover interesting cases and descriptions thereof when new diagnostic and treatment methods are applied. They should not exceed 1500 words.
- **General papers** present positions on psychiatric theory and practice, psychiatric services, borderline areas of psychiatry and other disciplines, etc. They should not exceed 2000 words.
- **Special papers** cover areas of special interest and are usually written as invited contributions.
- **Book reports** contain critical reviews of selected books.
- **Letters to the Editor** – short letters (up to 400 words) may contain comments or critical review of papers published in **Psihijatrija danas**, comments on relevant psychiatric issues, preliminary research reports, suggestions for the Editorial Board, etc.

Editorial duties. The **Psihijatrija danas** Editor-in-Chief makes the final decision on which papers will be published. In the decision making process the Editor-in-Chief is led by the editorial policy abiding by the legal regulations governing libel, breach of copyrights and pla-

giarism. The Editor should not have any conflict of interest relating to the submitted papers. If there is such conflict of interest, the Editorial Board shall decide on the appointment of reviewers and fate of the manuscript. If identity of the author and/or reviewers remains unknown to the other party, the Editor shall guarantee such anonymity. The Editor should judge the manuscript on the basis of its content, without any racial, gender-based, religious, ethnic or political prejudices. The Editor should not use unpublished material from the submitted manuscripts for his/her own research without written approval of the author.

Author's duties. Authors shall be fully accountable for the content of the submitted manuscripts, as well as validity of experimental results, and have to submit authorization for data publishing by all parties involved in the study. Authors who want to include figures or parts of text that have already been published elsewhere should obtain previous approval of the copyright holders and submit the proof of such approval with the submitted manuscript. Any material without such proof shall be treated as an original contribution of the author. Authors are also required to guarantee that the manuscript does not contain any unsubstantiated or illegal claims and does not violate rights of others.

Authors are required to abide by ethical standards relating to scientific research; therefore contributions must not include any plagiarism. **Plagiarism**¹, implies taking somebody else's ideas, words or other forms of creative expression and passing them as one's own. It represents major violation of scientific ethics. Plagiarism may also include violation of copyrights, which is punishable under the law.

¹ Plagiarism includes the following:

- Literal or almost literal taking or intentional paraphrasing (in order to cover up the plagiarism) parts of text of other authors without clearly quoting the source or marking the copied fragments (e.g. by using the inverted commas);
- Copies of equations, figures or tables from papers by other authors without proper quoting the source and/or author's permission or approval of the copyright owner to use them.

Manuscripts with clear indications of plagiarism will be rejected by default. If it is established that a paper published in *Psihijatrija danas* is a case of plagiarism, the author will be required to send a written apology to the authors of the original paper.

In case authors discover an important error in their manuscript after it has been published, they are required to notify the editor or publisher accordingly without delay, and cooperate with them in order to retract the paper or correct the errors.

Cover letter/file

- In the cover letter the author is required to confirm that the **study has not been published previously** and that the submitted paper is not submitted for review for publishing anywhere else. Copies of all required authorizations should be enclosed: for reprint of already published material, use of illustrations and information on public figures or acknowledgments to people who contributed to the study.
- **Authorship.** Authorized manuscript accepted for publication should be accompanied with a certificate of authorship. Each author should have participated in drafting of the manuscript sufficiently to be able to take over responsibility for the whole text and results presented. The authorship shall be based only on substantial contribution to the study concept, obtaining the results or analysis and interpretation of results, manuscript planning or its critical review of major intellectual importance, final drafting of the manuscript version prepared for publishing. Authors should submit description of contribution of each individual co-author. All others who contributed, but not to the authorship level, should be named in the Acknowledgment with description of their specific contribution, and their permission to include the name should be obtained.
- **Statement of conflict of interest.** Any manuscript should be accompanied with a signed statement in which the authors disclose any possible conflict of interest or the absence thereof – e.g. Financial gain, personal relations, political or religious beliefs, etc.. ("*Conflict of Interest Policy Statement*" on the website of the World

Association of Medical Editors – WAME, <http://www.wame.org>).

- **Ethics.** In papers reporting on human studies it should be highlighted that the procedure was conducted in compliance with ethical standards of the Committee on Human Studies or Helsinki Declaration. **Approval of the competent ethics committee** is mandatory. Names, initials or hospital file numbers should not be mentioned, particularly if the material is illustrated. Examples of ethics related statements:
 - All conducted procedures in the studies involving human subjects were fully compliant with institutional and/or ethical standards of the national research board and with provisions of 1964 Helsinki Declaration and its subsequent amendments or similar ethical standards. / *Statement of Human Wellbeing*
 - Formal consent is not required for this type of studies. / *Retrospective studies*
 - This article does not contain any studies with human or animal subjects performed by any of the authors. / *Statement if the paper does not involve human or animal subjects.*

Review

All submitted papers (except for editorials and invited contributions) shall be accepted for publishing after double anonymous expert review. Selection of reviewers is a discretionary right of the editor. Reviewers have to be competent in the subject matter of the manuscript. A reviewer should not have any conflict of interest with authors or sponsors of the study. If there is a conflict of interest, the reviewer is required to notify the editor accordingly without delay. A reviewer that finds him/herself incompetent for the subject matter of the paper is required to notify the editor accordingly without delay. Any review has to be unbiased. Comments relating to authors' personality are deemed inappropriate. Reviewer's opinion has to be clearly formulated and substantiated by argumentation. Reviewers shall not be paid for their service.

A review has to be submitted 30 days after receipt of the manuscript at the latest. Reviewer's comments and objections are forwarded to the author for correction.

After the author has corrected the manuscript the paper is re-submitted to reviewers in case of major correction, and after approval of the reviewer the final Proof is sent. At this stage (Proof) only the typos and other minor errors may be corrected. Any corrections have to be made within 2 days; otherwise, it shall be deemed that the author has no objections.

Manuscripts sent to reviewers shall be treated as confidential documents.

During the whole process, reviewers shall be independent of each other. A reviewer shall not know the name of the other reviewer of the same manuscript. If the opinions of reviewers differ (accept/reject), the editor-in-chief may ask for opinion of other reviewers.

The Editorial Board is obliged to provide solid control of the quality of review. In case authors have substantiated objections to the review, the Editorial Board shall check whether the review was objective / unbiased and whether it met academic standards. If objectivity or quality of review are questionable, the editor shall ask for opinion of other reviewers.

Retraction of already published papers.

Published papers will be accessible as long as possible in the format in which they were published, without any changes whatsoever. It may occasionally be required to retract a published paper (e.g. correction of error in order to preserve scientific integrity, in case of violation of publisher's rights, rights of copyright holders, or authors themselves; in case of violation of ethical codes, i.e. in case the same manuscript was submitted to several journals at the same time, false statement of authorship, plagiarism, data manipulation aimed at cheating, and the like). In some cases, a paper may be retracted to correct subsequently identified errors in the manuscript or published paper.

Standards for overcoming the situations when a paper has to be retracted are defined by libraries and scientific bodies, and the same principle are adopted by the journal *Psihijatrija danas*: in e-version of the original paper (the one to be retracted) an HTML link is established with pertinent information on retraction. The retracted paper is kept in the original for-

mat, but with water mark RETRACTED on the pdf. document at each page.

Open access

Psihijatrija danas is accessible openly. Papers published in the journal can be downloaded free of charge from the website <http://imh.org.rs/publikacije/psihijatrija-danas-2> or <http://scindeks.ceon.rs/journaldetails.aspx?issn=0350-2538> and may be distributed for educational and non-commercial purposes.

Copyrights

Authors will not be paid for the publication of their papers, and the copyright is transferred to the publisher. In case a manuscript is not accepted for publishing the authors keep all their rights. The manuscripts and appendices will not be returned. Approval of the publisher is required for any reproduction or re-publishing of any segment of a paper published in *Psihijatrija danas*.²

²The following rights to the manuscript are transferred to the publisher, including any additional material and all parts, excerpts or elements of the manuscript (The publisher may, but does not have to, take all of the rights listed below):

- Right to reproduce and distribute the manuscript in the printed format, including the reprints on request;
- Right to print galleyproof and reprints of special editions of the manuscript;
- Right to translate the manuscript into other languages;
- Right to reproduce the manuscript using photomechanical and other devices, including without limitation photocopies, and right to distribute the photocopies;
- Right to reproduce and distribute the manuscript electronically or optically using all data carriers or storage media, and in particular in machine readable/digitalized format on electronic data carriers such as hard disk, CD-ROM, DVD, Blu-ray Disc (BD), mini disk, data tapes, and the right to reproduce and distribute the manuscript from these data carriers;
- Right to store the manuscript in the databases, including on-line databases, and the right to transfer the manuscript in all technical systems and modes;
- Right to make the manuscript accessible to public or to closed groups of users on the basis of individual requests for use on a monitor or other readers (including e-book readers) and printed format for users, either via the Internet, on-line service or internal or external networks.

Submitting a manuscript

Any manuscript and all annexes thereto should be sent to the following e-mail address: psihi-jatrija.danas@imh.org.rs

Upon receipt, all manuscripts undergo preliminary checks in the office to see whether they fulfill the basic criteria and standards. Besides, plagiarism of the whole manuscript or parts thereof will also be checked. The authors will receive an acknowledgment of receipt of their manuscript by e-mail. Only manuscripts fulfilling the instructions will be forwarded for review. Conversely, the manuscript will be returned to authors with comments and objections.

Manuscript preparation

In manuscript preparation, instructions for authors ICMJE Uniform Requirements (Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals) should be followed.

Use text processing for the manuscript (Word for Windows), font Times New Roman 12 pt, Latin alphabet, double spacing, left alignment and 1 cm paragraph indentation, without hyphenation and without the use of tabs. Use the Symbol font for symbols and special marks.

The paper should be printed on one side of an A4 paper with a 3.5 cm margin. All pages should be paginated, including the cover. The printed text should be accompanied with e-version in one of the following formats: .doc, .docx or rtf (disk CD Windows compatible containing only the file to be printed, or sent by e-mail). The printed copy should correspond to the e-version. Quite frequently, tables, graphs and figures have to be made again, so that their printed version is required, as well.

The cover page should spell out the paper title (no more than 12 words), first names and surnames of authors, their academic titles and affiliating institutions, as well as particulars of the corresponding author (first name, surname, address, phone # and e-mail).

Abstract (up to 300 words) should be provided on page 2, separately. The Abstract should contain the main facts from the paper as well as 3-6 key words. In the selection of key words, refer to Medical Subject Headings – MeSH (<https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>). No references should be included in the

Abstract. The Abstract and keywords should be submitted in both Serbian and English.

The text should be divided into parts (e.g. for research papers: Introduction, Method, Results, Discussion). Results presented in the tables should not be repeated in detail.

Footnotes are not allowed in articles.

Tables, graphs, and figures should be submitted on separate pages (in a separate file) with pertinent title, number (e.g. Table 1) and their place in the text should be marked. Avoid vertical and horizontal lines in the tables. Figures, drawings and other illustrations should be of good quality in one of the following formats: TIFF, JPEG, EPS.

Abbreviations should be used only when absolutely necessary. Specify the full wording first time it is mentioned in the text. Abbreviations used in tables and graphs should be explained in the legend.

Acknowledgment: All other persons who have made substantial contributions to the work reported in this manuscript (e.g., technical assistance, writing assistance, etc.) but who do not fulfill the authorship criteria should be named. Financial and other assistance should also be acknowledged (sponsorship, grants, research projects, equipment, medicines, etc.).

References: The list should include only the publications quoted in the text. References are numbered consecutively in the order they are first used in the text and identified with a number in square brackets. (Vancouver style – http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), e.g. Kernberg [1] claims that...

Journal titles should be shortened according to the Index Medicus (the list of journals can be found at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>).

Abbreviations should not be used for journals not listed in the Index Medicus. A dot should be placed after a journal's name. Pages are cited by specifying the first page and the last page, which specified without the repeated numbers (e.g. from page 274 to page 278 is cited as 274-8).

For papers with up to six authors, names of all authors should be given. For papers with more than six authors, only the first six should be named, after which “et al.” should follow.

Examples:

- 1) An article in a journal: Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284-7.
- 2) A book chapter: Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGrawHill; 2002. p. 93-113.
- 3) A bBook: Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
- 4) A dissertation: Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
- 5) Unpublished material (in press): Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in *Arabidopsis*. *Proc Natl Acad Sci U S A.* Forthcoming 2002.
- 6) An article from e-journal: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>.

**PRETPLATITE SE NA
PSIHIJATRIJU DANAS Vol. 57/2025 ISSN-0350-2358**

Godišnja pretplata za

- ☐ pojedince 800,00 din.
☐ ustanove 1600,00 din.
☐ pojedinačni primerak 400,00 din.

Ime i prezime

Adresa

Pretplata se može izvršiti u Institutu za mentalno zdravlje ili na žiro račun Instituta broj 840-454667-44, sa naznakom – pretplata na Psihijatriju danas za 2025. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Milana Kašanina br. 3, 11 000 Beograd.

✂
.....

**SUBSCRIBE TO
PSYCHIATRY TODAY Vol. 57/2025 ISSN-0350-2358**

Subscription rates

- ☐ Individual 60 USD
☐ Institutional 120 USD

Name

Address

Postal code/City/Country

Return coupon to:

Institute of Mental Health, Milana Kasinina 3, 11000 Belgrade, Serbia,



CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд
616.89(497.11)

PSIHIJARIJA danas : časopis Udruženja psihijatara
Srbije = Psychiatry today : Official Journal of the Psychiatry
Association of Serbia. – God. 8, br. 1/2 (1976)– . – Beograd:
(Palmotićeve 37) Institut za mentalno zdravlje, 1976– (Beo-
grad : Dosije). – 24 cm

Polugodišnje. – Nastavak publikacije : Anali Zavoda za
mentalno zdravlje = ISSN 0350-1442

ISSN 0350-2538 = Psihijatrija danas

COBISS.SR-ID 3372546

Institut za mentalno zdravlje
Milana Kašanina 3, 11000 Beograd, Srbija
Tel. 3238 160
e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs

Institute of Mental Health
Milana Kasanina 3, 11000 Belgrade, Serbia
Tel. 3238 160
e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs