

# PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89  
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.  
2021/LIII/2/5-91/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.  
2021/LIII/2/5-91/BEOGRAD

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

# PSIHIJARIJA 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 PSIHIJARIJA DANAS osnovala je prof. dr Slavka Morić Petrović 1969.**

**Radovi sa ČETVRTOG SIMPOZIJUMA KLINIKE ZA DECU I OMLADINU  
„Izazovi odrastanja tokom pandemije“**

## **Redakcija / Editorial Office**

**Glavni urednik / Editor-in-Chief**

Olivera VUKOVIĆ

**Urednički odbor / Editorial Board**

Milica PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ

Nađa MARIĆ BOJOVIĆ

Čedo D. MILJEVIĆ

Bojana PEJUŠKOVIĆ

Maja MILOVANOVIĆ

Milutin KOSTIĆ

Maja MILOSAVLJEVIĆ

Vanja MANDIĆ-MARAVIĆ

Ana MUNJIZA

## **Izdavački savet / Advisory Board**

Salman Akhtar (Philadelphia), Svetomir Bojanin (Beograd), Michel Botbol (Paris),  
Jovan Bukelić (Beograd), George N. Christodoulou (Athens), Robert Cloninger (St. Louis),  
Aleksandar Damjanović (Beograd), Slavica Đukić-Dejanović (Kragujevac),  
Saveta Draganić Gajić (Beograd), Mira Divac Jovanović (Beograd),  
Marko Ercegovac (Beograd), Kostas Fountoulakis (Thessaloníki), Xenia Gonda (Budapest),  
Olivera Žikić (Niš), Lidija Injac (Podgorica), Maja Ivković (Beograd),  
Veronika Išpanović-Radojković (Beograd), Miroslava Jašović-Gašić (Beograd),  
Vladimir S. Kostić (Beograd), Milan Latas (Beograd), Dušica Lečić Toševski (Beograd),  
Zorka Lopičić (Beograd), Gordana Mandić (Beograd), Juan E. Mezzich (New York),  
Goran Mihajlović (Kragujevac), Srđan Milovanović (Beograd), Marko Munjiza (Beograd),  
Igor Pantić (Beograd), Mirko Pejović (Beograd), Stefan Pribe (London), Michelle Riba (Ann Arbor),  
Norman Sartorius (Geneva), Miodrag Stanković (Niš), Vladan Starčević (Sidney),  
Nevenka Tadić (Beograd), Ivana Timotijević (Beograd),  
Sanja Totić Poznanović (Beograd), Dragan Švrakić (St. Louis)

**Tehnički urednik / Assistant to the Editor**

Ivana Gavrilović

## PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 53

BEOGRAD

BROJ 2, 2021

## SADRŽAJ

Ožiljci pandemije – kako ih zalečiti? <i>/M. Pejović Milovančević</i> .....	5
Uticaj COVID-19 pandemije na razvoj dece <i>/E. Garibović</i> .....	15
Podrška negovateljima dece sa teškoćama u razvoju u vreme pandemije <i>/S. Stupar, R. Grujičić, N. Srećković Milenković, N. Novaković</i> .....	23
Lečenje dece i mladih u obruču pandemije <i>/N. Ljubomirović, J. Bogdanović</i> .....	31
Podrška i antistres metode i tehnike roditeljima kod dece sa psihosocijalnim poteškoćama u vreme COVID pandemije <i>/D. Ilić, N. Ljubomirović, O. Aleksić Hil</i> .....	41
Psihodinamika velike grupe u razumevanju grupnog funkcionisanja tokom pandemije korona virusa <i>/D. Pešić</i> .....	49
Uticaj COVID-19 pandemije na LGBTQ+ populaciju adolescenata <i>/J. Maslak, N. Ljubičić, D. Todorović</i> .....	57
Žalost u pandemiji kao izazov za odrastanje i roditeljstvo <i>/M. Mitković Vončina, M. Lero, Ž. Košutić, A. Munjiza Jovanović</i> .....	65
<b>Obaveštenje</b> Uputstva saradnicima.....	83

**PSYCHIATRY TODAY**

YEAR 53	BELGRADE	NUMBER 2, 2021
---------	----------	----------------

**CONTENTS**

Pandemic scars – How to heal them? <i>/M. Pejovic Milovancevic .....</i>	5
The influence of the COVID-19 pandemic on children's development <i>/E. Garibovic.....</i>	15
Support for caregivers of children with developmental difficulties during the pandemic <i>/S. Stupar, R. Grujicic, N. Sreckovic Milenkovic, N. Novakovic.....</i>	23
Treatment of children and young people in the hoop of the pandemic <i>/N. Ljubomirovic, J. Bogdanovic .....</i>	31
Support, antistress methods and techniques for parents of children with psychosocial difficulties during the covid pandemic <i>/D. Ilic, N. Ljubomirovic, O. Aleksic Hil .....</i>	41
Large group psychodynamics in understanding group functioning during the coronavirus pandemic <i>/D. Pesic.....</i>	49
Influence of COVID-19 Pandemic on LGBTQ+ population of adolescents <i>/J. Maslak, N. Ljubicic, D. Todorovic.....</i>	57
The pandemic grief as a challenge for growing up and parenting <i>/M. Mitković Vončina, M. Lero, Z. Kosutic, A. Munjiza Jovanovic.....</i>	65
<b>Announcement</b> Instruction to contributors.....	83

UDK 613.86-053.5/6(497.11)

159.922.8(497.11)

616.98:578.834(497.11)

## **OŽILJCI PANDEMIJE – KAKO IH ZALEČITI?**

**Milica Pejović Milovančević**

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija  
Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

**Abstrakt:** U neposrednoj prošlosti svet se suočio s izazovom globalne pandemije uzrokovane nedovoljno poznatim virusom. Pandemija je u značajnoj meri uticala na živote, kako odraslih, tako i dece i mladih širom sveta. I ako se radi o respiratornom virusu, posledice su se odražavale posredno i neposredno i na mentalno zdravlje – anksioznost usled neizvesnosti, strah od nepoznatog, nedostatak vršnjačkih kontakata kod dece i mladih, snižena sposobnosti regulacije stresa, povećana stopa zlostavljanja i zanemarivanja su samo od nekih problema s kojim smo se suočili. Najveću posledicu su svakako pretrpela, kao i uvek, najvulnerabilniji – deca i mladi s smetnjama u razvoju. Pandemija je ostavila traga na živote ljudi globalno, međutim stečena iskustva tokom pandemije mogu biti šansa da se prakse unaprede. Naučene lekcije mogu da budu iskorišćene za neke buduće pandemije ali i generalno unapređenje aktivnosti vezanih za mentalno zdravlje dece i mladih.

**Ključne reči:** *deca, mladi, pandemija, mentalno zdravlje*

*Prodirući u živu ćeliju stranog tela, virus njenu sadržinu zamenjuje svojom i pretvara je u fabriku za proizvodnju novih virusa... Virus je najsavršeniji stvorenje u kosmosu. Njegova biološka organizacija nije ništa drugo nego mašina za proizvodnju života u njegovom najčistijem smislu.*

*Borislav Pekić, Besnilo, 1983.*

Tokom 2020. godine svet se suočio s izazovom o kojem je do tada samo saznavao iz knjiga i filmova. Umetnici su predviđali mogućnost pojave globalne pandemije, ali se čini da niko nije verovao da se ona zaista i može desiti. Brojne teorije zavere, političke igre, ideje da su neki tamo namerno, ili slučajno izazvali pandemiju, doveli su do toga da suočeni s izazovom nevidljive partikule čovečanstvo je minimum dve godine živelo „novu normalnost”. Istraživanja su na početku bila usmerena na patofiziologiju virusa, na pronalaženje vakcine odnosno lekova, a kako je pandemija trajala bilo je veoma značajno proučavati efekte iste kao socijalne situacije i uticaje na mentalno zdravlje pojedinaca, pogotovo dece i mladih.

Prema dostupnim podacima 13% svih COVID infekcija su zabeleženi kod dece i mladih do 20 godina i ako su na početku pandemije preovladavala i verovanja da su deca „imuna“ na COVID [1]. Prvi potvrđeni slučaj akutnog respiratornog sindroma izazvanog SARS-CoV-2 kod dece je zabeležen u pokrajini Šenzen u Kini početkom 2020. godine [2]. Druga studija sprovedena u Kini utvrđuje 2% zaraženih kod osoba mlađih od 19 godina [3]; preko 90% pacijenata je bilo bez ikakvih simptoma ili sa blagom kliničkom slikom, 5,2% pacijenata je imalo ozbiljnu kliničku prezentaciju, a 0,6% je bilo u kritičnom stanju [4]. Kod veoma malog broja deca opisan je i „multisistemski infalmatorni sindrom kod dece” poznat kao Kavasakijeva bolest [5].

I ako je kod dece COVID infekcija uglavnom blaga, promena načina života koju je pandemija diktirala dovela je do narušavanja svakodnevnih životnih rutina. Privremena zatvaranja vrtića i škola, povremene zabrane kretanja usled proglašenja vanrednog stanja, značajno više zajedničkog vremena u zatvorenom prostoru članova porodice nego pre pandemije, bile su promene koje niko nije očekivao i koje su zahtevale reorganizaciju života. Za ovakve promene, deca su tražila odgovore i objašnjenja od svojih roditelja ili primarnih negovatelja. Međutim, i sami roditelji su bili zatečeni postojećom situacijom, preplavljeni različitim, često neproverenim i kontradiktornim informacijama [6].

Anksioznost usled neizvesnosti, strah od nepoznatog, nedostatak vršnjačkog kontakta kod dece i mladih, snižena sposobnosti regulacije stresa su bili samo neki od problema s kojima su se deca i mladi suočavali. Tako u periodu april – oktobar 2020. CDC (*Center for Disease Control*) konstatuje za 31% više zahteva dece uzrasta 12-17 godina za uslugama u službama mentalnog zdravlja zbog problema mentalnog zdravlja, odnosno za 24% više kod dece uzrasta 5-11 godina [7]. U periodu februar – mart 2021. CDC zaključuje da je za 50% bilo više pokušaja suicida među devojkicama



nego u istom periodu 2019. [7]. Osim toga, prolongiranim boravkom u kući, pogotovo u porodicama gde je i ranije bilo prisutno neadekvatno postupanje prema deci, povećao se i rizik od zlostavljanja i zanemarivanja dece. Vanredno stanje je pokazalo bar dva ozbiljna faktora rizika za zlostavljanje i zanemarivanje [8]:

1. duža izloženost potencijalnim zlostavljačima i
2. smanjena mogućnost samozaštite.

### **Faktori vulnerabilnosti koji utiču na mentalno zdravlje dece i mladih**

I ako je pandemija utiče na sve, neće sva deca i mladi podjednako odojavati na pandemiju, jer način na koji se suočavamo s stresom je vrlo individualan. Postoje faktori rizika koji udruženi s pandemijom uzrokuju probleme mentalnog zdravlja. Tako deca s neurorazvojnim smetnjama su imala više teškoća nego deca se ponašajnim problemima tokom pandemije [9]. Razlozi najverovatnije leže u tome, da nisu bili dostupni tretmani kao i da nisu radile škole, što je posebno štetno za decu kojima je kontinuirana stimulacija neophodna.

Takođe, deca i mladi koji potiču iz sredina u kojima su značajno lošiji socioekonomski faktori, pre svega usled siromaštva i nezaposlenost roditelja, češće imaju probleme koji se mogu povezati i s pandemijom. Deca poreklom iz manjinskih etničkih grupa su potencijalno ranjivija tokom pandemije [10]; isto se odnosi za decu na hraniteljstvu odnosno u domovima za decu lišenu roditeljskog staranja, decu sa hroničnim fizičkim zdravstvenim problemima i LGBT decu i mlade [11].

U porodicama u kojima postoje porodični konflikti, kao i u porodicama s samohranim roditeljima češće su se tokom pandemije javljali problemi mentalnog zdravlja među decom [12]. Nasilje u porodici, zlostavljanje i zanemarivanje kao faktor rizika za mentalno zdravlje deteta su posebno prisutni tokom pandemije – zbog posledica zatvaranja članovi porodice su bili usmereni jedni na druge, što se naročito može odraziti na mentalno zdravlje dece [13].

Deca osnovnoškolskog uzrasta s već evidentiranim problemima mentalnog zdravlja imala su veće promene u simptomima tokom pandemije, dok su psihijatrijski simptomi kod dece srednjoškolskog uzrasta bili stabilniji [14]. Stariji adolescenti (16 i više godina) su procenjeni kao najvulnerabilnija grupa [14]. Devojčice su češće imale emocionalne poteškoće, a dečaci su imali više šanse da ispolje probleme ponašanja tokom pandemije. Ovo odražava uobičajene rodne obrasce u simptomima i poremećajima [15].

Pandemija COVID-19 predstavlja naročito izazov za decu sa smetnjama u razvoju i njihove porodice [16, 17]. Došlo je do promene tradicionalnog puta pružanja usluga kroz direktne interakcije s terapeutom ka korišćenju virtuelnih interakcija putem različitih aplikacija, uključujući onlajn intervencije [18]. I ako smo svesni da ništa ne može da zameni direktan kontakt s terapeutom, čini se da je pandemija pokazala da u nekim situacijama, posebno kad je pacijentima i njihovim roditeljima teritorijalno udaljena pomoć, online podrška može biti korisna.

Kako bi doprineo temeljnom ispitivanju efekata pandemije na porodice sa decom od 0 do 17 godina starosti u Srbiji, UNICEF je sproveo longitudinalno istraživanje takvih porodica koje žive na teritoriji Srbije u periodu 2020-2021. Prvi talas istraživanja sproveden je u aprilu 2020. godine, drugi talas u julu 2020. godine,

a treći i poslednji talas u martu 2021. godine. Istraživanje je rađeno putem ankete s roditeljima, i ispitivano je u poslednjem talasu 745 domaćinstava [19].

Na pitanja koja se tiču mentalnog zdravlja dece roditelji izveštavaju da je kod skoro petine dece (17%) pandemija imala uticaj na pogoršanje mentalnog stanja, pa se ono sada ocenjuje kao lošije nego pre pandemije. To se naročito u većem procentu odnosi na decu starijeg uzrasta (13-17 godina), koja žive u domaćinstvima sa nižim primanjima, i koja su iz Beograda i drugih gradskih područja [19].

Pogoršanje mentalnog zdravlja u bar jednom talasu istraživanja zabeleženo je kod 23% dece starosti 13-17 godina, 19% dece starosti 7-12 godina i 12% dece starosti 0-6 godina. Primetan je i porast dece koja imaju poteškoće koncentracije, u trećem talasu ovaj problem je registrovan kod 29% dece, a u drugom talasu 22% dece. Poteškoće sa koncentracijom su značajno zastupljene među decom školskog uzrasta; 43% dece uzrasta 7-12 godina i 44% dece uzrasta 13-17 godina – bar jednom talasu istraživanja. Od pojedinačnih poteškoća koje su primećene u bar jednom talasu su nervoza i razdražljivost; 36% dece uzrasta do 6 godina, 42% dece uzrasta 7-12 godina i 44% dece uzrasta 13-17 godina [19].

### **Da li su mladi najviše pogođeni pandemijom?**

Mladi su posebno vulnerabilni i pokazuju inače najveći rizik od poremećaja mentalnog zdravlja [20]. Tokom pandemije usled opisanih promena rutina mladi s većim prisutnim problemima mentalnog zdravlja su reagovali različito: jednima je odgovarala pozicija da ne moraju da odlaze nigde – čak ni na terapiju; drugi su prijavljivali da bolje funkcionišu – veoma brzo su se adaptirali na online školovanje, imali bolji uspeh, imali više vremena za spavanje, provodili više vremena s svojim porodicama, a opet preko društvenih mreža komunicirali s prijateljima; treći da im je to najgori period u životu.

Istraživanje sprovedeno na 2.438 mladih 13-25 godina, tokom 2021. pokazuje da se 75% ispitanika složilo da im je svaki novi karantin bio teži od prethodnih, uključujući 44% koji su rekli da im je bilo mnogo teže [21]. Takođe, 67% veruje da će pandemija imati dugoročne negativne posledice na njihovo mentalno zdravlje. Ovo uključuje mlade ljude koji su bili ožalošćeni ili pretrpeli traumatična iskustva tokom pandemije, koji su bili zabrinuti da li će im prijateljstva opstati, ili koji su bili zabrinuti zbog teškoća obrazovanja ili mogućnosti da nađu posao. Na kraju, 79% ispitanika se složilo da će njihovo mentalno zdravlje početi da se poboljšava kada se većina ograničenja ukine, ali su neki izrazili oprez zbog prebrzog ukidanja ograničenja i izglede za novo zatvaranje u budućnosti [21].

Istraživanje sprovedeno na 10.000 mladih Srbije putem platforme *U Report – Srbija – tvoje glas je važan* pokazuje da se kod 50% nivo anksioznosti povećao tokom pandemije (38% – malo, 14% – mnogo); 46% mladih tvrdi da nema pozitivan pogled na svoju budućnost – 29% prijavljuje da je zbunjeno, 18% uplašeno, 7% pesimistično, a svega 18% je optimistično. Najviše su zabrinuti za svoje i zdravlje svojih bližnjih (55%) [22].

## **Priroriteti u zaštiti mentalnog zdravlja dece i mladih kao posledica COVID pandemije**

I bez pandemije, mentalno zdravlje dece i mladih bi trebalo da bude jedan od prioriteta zdravstvene zaštite. Investiranje u visokokvalitetna istraživanja mentalnog zdravlja dece, uključujući nacionalna istraživanja, studije intervencija i procenu zdravstvene zaštite mogu dati mnoge odgovore i pomoći u kreiranju politika za zaštitu mentalnog zdravlja dece i mladih.

Pandemija je pokazala da je potrebno poboljšati integraciju podataka, uključujući podatke iz istraživanja, zdravstvene zaštite, obrazovanja i drugih okruženja. Posebno je važno unaprediti prevenciju u populaciji tako što bi prioritet bilo poboljšanje pristupa dece i mladih obrazovnim, društvenim i rekreativnim aktivnostima. Preporučeno je da se i u okviru škola radi na unapređenju mentalnog zdravlja dece i mladih kroz edukaciju nastavnog osoblja za pravovremeno prepoznavanje faktora rizika, zatim kroz unapređenje podrške od strane vršnjaka i sl. [23]

Intervencije za decu sa smetnjama u razvoju podrazumevaju poboljšanje resursa i rešavanje nedostataka osoblja u službama koje brinu o mentalnom zdravlju dece, od primarne zaštite do specijalističkih službi. To direktno može imati veze i s proširenjem usluge ranih intervencija u zajednice, koje imaju za cilj da se intervenišu pre nego što simptomi postanu ozbiljni. Tokom COVID19 pandemije postalo je još jasnije da je neophodno povećati dostupnost psiho-socijalne podrške i za roditelje (ne mora biti usko specijalizovana psihijatrijska pomoć, već npr. krizno savetovanje) [24].

### **Aktivnosti Instituta za mentalno zdravlje tokom pandemije**

Od početka proglašenja vanrednog stanja Institut za mentalno zdravlje je kao jedna od vodećih ustanova u oblasti zaštite mentalnog zdravlja preduzimao različite aktivnosti. Aktivnosti su se sprovodile u kontinuiranom direktnom radu s pacijentima i njihovim porodicama (učinjeni su svi naponi da se opsega rada ne remeti, s pacijentima je komunicirano ne samo u direktnom kontaktu već su korišćeni i drugi vidovi komunikacije kao što su online savetovanje, savetovanje putem telefona i sl.). Stručnjaci Instituta su redovno saradivali s medijima, davali su korisne savete za suočavanje s izazovima pandemije, objavljivali iste kroz pisanje kratkih tekstova u dnevnim novinama prilagođene stanovništvu. Sajt Instituta je redovno ažuriran brojnim informacijama namenjenim kako pacijentima tako i svim građanima. Uspostavljane je i psihosocijalna podrške stručnjaka putem telefona. Otvorene su linija za decu i adolescente i linija za odrasle.

### **Umesto zaključka**

Verovatno svet neće biti isti kao pre pandemije. Na žalost, pandemija je povezana i s drugim krizama – ekološkom i klimatskom – i predstavlja destruktivni odnos ljudi prema neljudskim vrstama [25]. Porast širenja globalnog kapitalizma i našeg zadiranja u planetu doprinosi bržem širenju virusa, a pandemija ove vrste biće sastavni deo mnogo većih katastrofalnih događaja.

Međutim, pandemija može biti nova šansa za reorganizacijom zdravstvene zaštite i još jednom osveščivanje neophodnosti pokretanja preventivnih programa vezanih za mentalno zdravlje. Ukoliko deca i mladi imaju mogućnosti da se na vreme obrate za pomoć, ukoliko ima više mogućnosti za pružanjem podrške i pomoći kroz veći broj stručnjaka koji se bave mentalnim zdravlje dece i mladih, ukoliko kao društvo budemo više brinuli o mentalnom zdravlju nacije, virusi i druge globalne krize nas neće iznenaditi već možda i ojačati.

## **PANDEMIC SCARS – HOW TO HEAL THEM?**

**Milica Pejovic Milovancevic**

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia  
School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

**Abstract:** In the recent past, the world faced the challenge of a global pandemic caused by an insufficiently known virus. The pandemic has significantly affected the lives of both adults and children and young people around the world. And if it is a respiratory virus, the consequences are directly and indirectly reflected on mental health – anxiety due to uncertainty, fear of the unknown, lack of peer contact in children and young people, reduced ability to regulate stress, increased rate of abuse and neglect are just a few the problem we faced. As always, the most vulnerable – children and youth with developmental disabilities – suffered the greatest consequences. The pandemic has left its mark on people's lives globally, however the experiences gained during the pandemic can be an opportunity to improve practices. The lessons learned can be used for some future pandemics, but also for the general improvement of activities related to the mental health of children and young people.

**Key words:** *children, youth, pandemic, mental health*

## Literatura

1. Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. COVID-19 Trends Among Persons Aged 0-24 Years – United States, March 1-December 12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2021;70:88-94.
2. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KKW, Chu H, Yang J. et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet.* 2020;395(10223):514-23.
3. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19: An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatr Infect Dis J.* 2020;39(5):355-68.
4. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Pediatrics.* 2020;145:e20200702.
5. Chiotos K, Bassiri H, Behrens EM, Blatz AM, Chang J, Diorio C, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in Children During the Coronavirus 2019 Pandemic: A Case Series. *J Pediatric Infect Dis Soc.* 2020;9(3):393-8.
6. Fischer HT, Elliot L, Bertrand SL. Guidance Note : Protection of Children During Infectious. Alliance Child Prot Humanit Action. 2018. Dostupno na [https://alliancecpa.org/sites/default/files/technical/attachments/cp\\_during\\_ido\\_guide\\_0.pdf](https://alliancecpa.org/sites/default/files/technical/attachments/cp_during_ido_guide_0.pdf)
7. Leeb RT, Bitsko RH, Radhakrishnan L, Martinez P, Njai R, Holland KM. Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Children Aged <18 Years During the COVID-19 Pandemic – United States, January 1/ October 17, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69:1675-80.
8. Peterman A, Potts A, Donnell MO, Shah N, Oertelt-prigione S, Gelder N Van, et al. Working Paper 528, 2020 Pandemics and Violence Against Women and Children. *Cent Glob Dev.* 2020;(528):43.
9. Magson NR, Freeman JYA, Rapee RM, Richardson CE, Oar EL, Fardouly J. Risk and Protective Factors for Prospective Changes in Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic. *Youth Adolesc.* 2021;50(1):44-57.
10. <https://cypmhc.org.uk/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-CYP-MH.pdf>
11. Salerno JP, Devadas J, Pease M, Nketia B, Fish JN. Sexual and Gender Minority Stress Amid the COVID-19 Pandemic: Implications for LGBTQ Young Persons' Mental Health and Well-Being. *Public Health Rep.* 2020;135(6):721-7.
12. Meade J. Mental health effects of the COVID-19 pandemic on children and adolescents: A review of the current research. *Pediatr Clin N Am.* 2021;68:945-59.
13. Lewis SJ, Koenen KC, Ambler A, Arseneault L, Caspi A, Fisher LH et al. Unravelling the contribution of complex trauma to psychopathology and cognitive deficits: a cohort study. *Br J Psychiatry.* 2021;(219):448-55.
14. Shum A, Skripkauskaitė S, Pearcey S, Waite P, Creswell C. Report 10: Children and adolescents' mental health: One year in the pandemic, 2021. [https://cospaceoxford.org/wp-content/uploads/2021/04/Report-10\\_05May2021.pdf](https://cospaceoxford.org/wp-content/uploads/2021/04/Report-10_05May2021.pdf)
15. Wright N, Hill J, Sharp H, Pickles A. Interplay between long-term vulnerability and new risk: Young adolescent and maternal mental health immediately before and during the COVID-19 pandemic. *CPP Adv* 2021 Jan;1(1):e12008.
16. Lawson M, Piel MH, Simon M. Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: Consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. *Chil Abuse Negl.* 2020;110(Pt 2):104709.

17. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl.* 2020;110(Part 2).
18. Rodriguez CM, Lee SJ, Ward KP, Pu DF. The Perfect Storm: Hidden Risk of Child Maltreatment During the Covid-19 Pandemic. *Child Maltreat.* 2021;26(2):139-51.
19. Istraživanje o uticaju pandemije kovida-19 na porodice sa decom u Srbiji, Treći talas istraživanja. UNICEF, 2021.
20. Sadler K. et al. (2018). Mental health of children and young people in England, 2017: Trends and characteristics. NHS Digital. <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/23650/>
21. <https://www.youngminds.org.uk/about-us/reports-and-impact/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs/https://serbia.ureport.in/>
22. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood coming of age. *science through the life-course.* *Lancet* 2016; published online Oct 4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7)
23. Britto PR, Lye S, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet* 2016; published online Oct 4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
24. Horvat S. Posle apokalipse, 2021, Laguna.

---

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

**Milica PEJOVIC MILOVANČEVIC, MD, PhD, Associate Professor**, Institute of Mental Health, School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

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





## UTICAJ COVID-19 PANDEMIJE NA RAZVOJ DECE

**Emina Garibović**

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

**Abstrakt:** U svetu postoji više od 2,2 milijarde dece što čini oko 28 % svetske populacije. Ukazano je da u poređenju sa odraslima, ova pandemija može nastaviti da ima povećane dugoročne štetne posledice na decu i adolescente. Priroda i obim uticaja na ovu grupu zavisi od mnogih faktora vulnerabilnosti kao što su: uzrast, edukativni status, posebne potrebe, mentalno zdravlje samog deteta kao i roditelja/staratelja, ekonomski status, da li su tokom pandemije roditelj/dete bili u karantinu i da li je postojao strah od infekcije. Jedno od šestoro dece u uzrasnoj grupi od 2-8 godina ima neki od neurorazvojnih poremećaja, emocionalnih ili bihevioralnih teškoća. Deca sa posebnim potrebama (ASD, ADHD, teškoće učenja, cerebralna paraliza, razvojna kašnjenja, emocionalni poremećaji kao i poremećaji ponašanja), susreću se sa izazovima *lockdown*-a tokom aktuelne pandemije. Oni teško podnose neizvesnost i dolazi do pogoršanja simptoma zbog nametnutih ograničenja i promena u okruženju koje ne odgovara njihovoj uobičajenoj rutini.

**Ključne reči:** *deca, razvoj, pandemija Covid-19, obrazovanje*

Svet se menja vrtoglavom brzinom od marta 2020. godine kada je SZO proglasila da je Covid-19 dostigao pandemijski status i tako doveo planetu do stanja maksimalne pripravnosti, drastično promenivši način na koji se organizujemo kao društvena bića. U svetu postoji više od 2,2 milijarde dece što čini oko 28 % svetske populacije [1]. Iako su deca pod manjim rizikom za razvoj teških oblika bolesti izazvanih Korona virusom kao i potrebom za bolničkim lečenjem i mehaničkom respiracijom, kod njih se uticajem virusa može razviti multi-sistemska inflamatorni sindrom [2, 3, 4]. Studije su pokazale da kod neke dece i adolescenata novootkriveni virus može izazvati leziju kože i Kawasaki sindrom (inflamatorni vaskulitis). Iako su najmlađi manje osetljivi na efekte Korona virusa u odnosu na odraslu populaciju, efekti same pandemije na ovu populaciju mogu biti razarajući. Deca i adolescenti mogu biti intenzivnije izloženi biopsihosocijalnim stresorima, prouzrokovani pandemijom. Suštinski modus prevencije od infekcije Covid-19 su izolacija i strategija socijalnog distanciranja radi zaštite od rizika infekcije [4]. Potrebne mere u suzbijanju širenja virusa potencijalno ugrožavaju njihove dnevne rutine i socijalnu interakciju. Njihove nedovoljno razvijene sposobnosti da razumeju kratkoročne i dugoročne posledice socijalnog sloma nastalog pandemijom su faktor vulnerabilnosti ove populacije.

Postoje indikatori koji ukazuju da u poređenju sa odraslima efekti pandemije na decu i adolescente su dalekosežniji i intenzivniji. Priroda i obim uticaja na ovu grupu zavisi od mnogih faktora vulnerabilnosti kao što su: uzrast, edukativni status, posebne potrebe, mentalno zdravlje samog deteta kao i roditelja/staratelja, ekonomski status, da li su tokom pandemije roditelj/dete bili u karantinu i da li je postojao strah od infekcije.

Stres pokazuje negativne efekte na decu, čak i pre njihovog rođenja. Tokom stresa, roditelji, posebno trudne majke, su vulnerabilniji da dožive anksioznost i depresiju koja je biološki povezana sa dobrobiti fetusa [5, 6]. Tokom detinjstva, štetna iskustva kao što je trauma mogu izazvati dugoročni uticaj na razvoj mozga kao i pojavu mentalnih i poremećaja ponašanja zbog nastalog disbalansa u neuro-imuno-endokrinim regulatornim mehanizmima [7]. Heterogenost i mnoštvo biopsihosocijalnih stresora zahtev je za multifaktorijalni pristup COVID-19 pandemiji, a jedan od njih je predviđanje posledica na mentalno zdravlje dece i adolescenata. Kod njih pandemija i *lockdown* ima veći uticaj na emocionalni i socijalni razvoj u odnosu na odrasle.

Čovek je nepobitno socijalno biće i od ranog razvoja postoji motivacija i težnja za komunikacijom sa drugima. Kroz evoluciju formiranje socijalnih veza je bilo fundamentalno u ljudskom preživljavanju kao i garancija za zdrav kognitivni, emocionalni, endokrini i imuni razvoj [8, 9]. Zapravo biti blizak sa značajnim drugima je esencija u kreiranju i održanju socijalnih veza kod ljudi [10]. U normalnim okolnostima prostorna distanca je neprirodna za ljudska bića. Dakle, proglašenje iste je u pretećem kontekstu, kao što je pandemija Covida-19, gde su naše afilijativne tendencije i želje u traženju fizičkog kontakta postale čak snažnije [11]. U tom duhu nedavni rad je pokazao da žudnja za društvenim kontaktima je slična žudnji za hranom [12]. Adolescencija je period ključnog saznanja o socijalnom okruženju kad važni aspekti socijalne kognicije doživljavaju svoj procvat u

razvoju uključujući razumevanje ljudskih emocija, namera i verovanja [13, 14]. To je vreme psihosocijalnih promena između detinjstva i odraslog doba, period povećane osetljivosti na društvene kontekste tokom koga su adolescenti više upućeni na svoje vršnjake sa kojima provode više vremena [15, 16]. Škola je zapravo najvažnije socijalno okruženje za većinu tinejdžera, gde vršnjaci sve više utiču na adolescentni *self concept*, dobro stanje i ponašanje.

Na žalost mnoga deca i adolescenti tokom pandemije COVID-19 nisu bili u mogućnosti da pohađaju školu čiji rezultat su limitirane interakcije sa vršnjacima, nametnut je procep u njihovoj socijalnoj mreži [17] koji je uslovno premošćen virtualnom interakcijom. Skorašnja studija je pokazala da su školske rutine važan *copying* mehanizam naročito za mlade sa mentalnim problemima [18]. Takođe, pokazano je da je period bez škole doveo do opadanja fizičkih aktivnosti; povećanja vremena provedenim ispred kompjutera, iregularnost spavanja i problema vezanih za ishranu tj. manje odgovarajućih dijeta (19). Negativan uticaj povećane upotrebe medija i interneta tokom pandemije analizirana je kod dece (4-8 godina), predpubertetske dece (9-12) i tinejdžera (13-18). Čini se da povećanje vremena ispred ekrana pozitivno korelira sa nezdravom ishranom, nedostatkom fizičke vežbe, češćih somatskih tegoba kao i problemima pažnje [20]. Pregled meta-analize pokazao je negativnu korelaciju između količine korišćenja ekrana i razvoja jezika kod mlađe dece. Socijalni dodir je neophodan za razvoj emocija, kognicije, atačmenta i odnosa [21]. Gallace and Spence [22] naglašavaju značaj socijalnog dodira za ljudski razvoj u različitim aspektima. Diskutovano je da čak virtualni odnosi koji se uspostavljaju ne mogu zadovoljiti fizičke potrebe koje su neophodne u unapređenju međuljudskih veza i koji doprinose globalnom razvoju pojedinca.

Drastična promena rutina, naročito tokom *lockdown*-a kada su bile zatvorene škole, i obustavljene vanškolske aktivnosti, nije nužno značila kompletnu izolovanost. U većini slučajeva roditelji su bili kod kuće. U ovim slučajevima, neki od najmlađih nemaju u iskustvu osećaj usamljenosti ukoliko su socijalnu izolovanost mogli da kompenzuju sa više vremena provedenog sa članovima porodice. Kao i uvek, ove situacije mogu doneti i teškoće. Do sada je poznato da deca čiji roditelji imaju neke psihijatrijske poremećaje su u predikciji da razviju psihopatologiju. U kontekstu aktuelne pandemije Covida-19, mnogi roditelji su morali da reorganizuju svoje radne obaveze i da rade od kuće pored obaveze da se bave svojom decom. Ove situacije su kao rezultat imale preopterećenost roditelja stresnim stanjem i potencijalnim rastućim rizikom u suočavanju sa emocionalnim i ponašajnim problemima kod dece. Nedavne studije kojima je izvršena evaluacija 1036 dece i adolescenata u karantinu u Kini uzrasta od 6 do 15 godina od kojih su 112,196 i 68 prezentovali depresiju, anksioznost i oboje redom (23). Druga studija dece i adolescenata koja su bila u karantinu u Indiji demonstrira visoku prevalencu distresa. Ta deca imaju iskustvo bespomoćnosti (66,11%), zabrinutosti (68,59%) i straha (61,8%) u odnosu na decu koja nisu bila u karantinu [24].

U jednoj od preliminarnih studija tokom aktuelne pandemije, otkriveno je da mlađa deca (3-6 godina) imaju veću verovatnoću da ispoljavaju simptome anksiozne privrženosti i strah od infekcije članova porodice nego starija deca (6-18 godina). Studije su pokazale da su starija deca češće imala probleme pažnje. Iako su

teža psihička stanja u vidu povećane razdražljivosti, nepažnje i „prilepljenosti“ uočena kod sve dece bez obzira na uzrast [25]. Na osnovu upitnika koji su popunjavali roditelji, nalazi ukazuju da su se deca u toku pandemije osećala nesigurno, uplašeno i izolovano. Takođe je pokazano da deca imaju poremećen san, noćne more, loš apetit, uznemirenost [26].

### **Uticaj na decu i adolescente sa posebnim potrebama**

Jedno od šestoro dece u uzrasnoj grupi od 2-8 godina ima neki od neuro-razvojnih poremećaja, emocionalnih ili bihevioralnih teškoća [27]. Deca sa posebnim potrebama (ASD, ADHD, teškoće učenja, cerebralna paraliza, razvojna kašnjenja, emocionalni poremećaji kao i poremećaji ponašanja), susreću se sa izazovima *lockdown-a* tokom aktuelne pandemije. Oni teško podnose neizvesnost i dolazi do pogoršanja simptoma zbog nametnutih ograničenja i promena u okruženju koje ne odgovara njihovoj uobičajenoj rutini. Takođe pokazuju teškoće u sledu neophodnih instrukcija i razumevanju kompleksnosti situacije pandemije, kao i u nezavisnom radu.

Zatvaranje specijalnih škola i Dnevni centara, dovelo je da deca sa posebnim potrebama gube važan resurs za edukaciju, učenje socijalnih i ponašajnih veština, što može dovesti do regresije i vraćanje na ranija manje funkcionalna stanja [18]. Ovakva stanja su često praćena i izlivima besa kao i sukobima između roditelja i adolescenata. Iako su i ranije ispoljavala teškoće u socijalnim i školskim veštinama ova deca su vremenom naučila da razviju raspored koga su se pridržavala veći deo dana što je doprinelo strukturaciji vremena i rasterećenju porodičnog sistema. Roditeljima je teško da se nose sa decom i adolescentima koji imaju razvojni poremećaj jer im nedostaje profesionalna stručnost i oslanjanje na terapeute sa kojima su deca radila [28]. Svaki poremećaj je specifičan i svako dete ima različite potrebe koje treba zadovoljiti. Deca sa autizmom se veoma teško prilagođavaju promenama u okruženju i narušavanjem svakodnevnih rutina, te postaju zbog toga veoma uznemirena. Za same roditelje je veliki izazov da se bave svojim autističnim detetom tokom izolacije. Obustava logopedskih tretmana može imati negativne posledice u razvoju govora jer postoje teškoće da se uči putem online sesija [29].

Deci sa poremećajem pažnje i hiperaktivnošću je teško da ostanu zatvorena na mestu i da ne dodiruju stvari od kojih bi se mogli zaraziti. Zbog zatvorenosti i ograničenog kretanja tokom *lockdown-a*, teškoće zbog hiperaktivnosti i impulsivnosti se povećavaju, uključujući i iscrpljenost roditelja da organizuju decu sa ovim problemom u smislene aktivnosti [30]. Opsesivno kompulzivni poremećaj (OKP) među decom i adolescentima se procenjuje na oko 0,25%-4% [27]. Sumnja se da su deca sa OKP-om najteže pogođena ovom pandemijom. Zbog opsesija i kompulzija vezanih za kontaminaciju, od njih se očekuje da dožive pojačan stres (unutrašnji strah se podudara sa realnom opasnošću). Čistoća je ključna zaštitna mera protiv širenja COVID-19. Prema smernicama politike Ujedinjenih nacija za borbu protiv infekcije, pranje ruku tokom pandemije treba da se obavlja najmanje 6 puta dnevno i kad se bilo šta dodirne [31, 32].

## **Zaključak**

Mada su studije vezane za problem mentalnog zdravlja i psihosocijalnog razvoja kod dece i adolescenata limitirane dosadašnja istraživanja govore u prilog tome da su aktuelnom pandemijom pogođena na svakom životnom planu sva deca, a naročito deca sa posebnim potrebama, te se kao zahtev stavlja pred stručnjake iz oblasti mentalnog zdravlja, paralelno i kao izazov, kako rad sa ovom decom tako i prevencija nastanka *de novo* poremećaja kod preostale populacije dece.

## **THE INFLUENCE OF THE COVID-19 PANDEMIC ON CHILDREN'S DEVELOPMENT**

**Emina Garibovic**

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

**Abstract:** There are more than 2.2 billion children in the world who constitute approximately 28% of the world's population. It has been indicated that compared to adults, this pandemic may continue to have increased long term adverse consequences on children and adolescents .The nature and extent of impact on this age group depend on many vulnerability factors such as the developmental age, current educational status, having special needs, pre-existing mental health condition, being economically under privileged and child/ parent being quarantined due to infection or fear of infection. There are about 1 in every 6 children within the age group of 2-8 years who have some or the other neurodevelopmental, behavioural or emotional difficulty (CDC, 2019). These children with special needs [autism, attention deficit hyperactivity disorder, cerebral palsy, learning disability, developmental delays and other behavioural and emotional difficulties] have intolerance for uncertainty and there is an aggravation in the symptoms due to the enforced restrictions and unfriendly environment which does not correspond with their regular routine.

**Key words:** *children, development, pandemic Covid-19, education*

## **Literatura**

1. UNICEF. Global population of children 2100. Statista. 2019. <https://www-statista.com/statistics/678737/total-number-of-children-worldwide/>.
2. Jones VG, Mills M, Suarez D. et al. COVID19 and Kawasaki disease: novel virus and novel case. *Hosp Pediatr*. 2020;10(6):537-40.
3. Harahsheh AS, Dahdah N, Newburger JM. et al. Missed or delayed diagnosis od Kawasaki disease during the 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *J Pediatr*. 2020;222:261-2.
4. Shen K, Yang Y, Wang T. et al. Global Pediatric Pulmonology Alliance. Diagnosis, Treatment, And Prevention Of 2019 Novel Coronavirus Infection In Children: Experts' Consensus Statement. *World Journal of Pediatrics*. 2020:1-9. doi.org/10.1007/s12519-020-00343-7.
5. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77.
6. Kinsella MT, Monk C. Impact of maternal stress, depression and anxiety on fetal neurobehavioral development. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):425-40.
7. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014;23(2):185-222.
8. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. *Am J Public Health*. 2008;98(7):1215-20.
9. Miyazaki T, Ishikawa T, Nakata A. et al. Association between perceived social support and Th1 dominance. *Biol Psychol*. 2005;70(1):30-7.
10. Dunbar RIM. The social role of touch in humans and primates: behavioural function and neurobiological mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010;34:260-8.
11. Mawson RA. *Mass Panic and Social Attachment: The Dynamics of Human Behavior*. Routledge, London. 2017:1-330.
12. Tomova L, Wang K, Thompson T. et al. The need to connect: acute social isolation causes neural craving responses. Preprint from bioRxiv.2020. doi.org/10.1101/2020.03.25.006643.
13. Bonnavion P, Jackson AC, Carter ME, de Lecea L. Antagonistic interplay between hypocretin and leptin in the lateral hypothalamus regulates stress responses. *Nat Commun*. 2015;6:6266.
14. Blakemore SJ. The social brain in adolescence. *Nat Rev Neurosci*. 2008;9(4):267-77.
15. Larson R, Richards MH. Daily companionship in late childhood and early adolescence: changing developmental contexts. *Child Dev*. 1991;62(2):284-300.
16. Burnett S, Sebastian C, Cohen Kadosh K, Blakemore SJ. The social brain in adolescence: evidence from functional magnetic resonance imaging and behavioural studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(8):1654-64.
17. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' stress and Children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*. 2020;11:1713.
18. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet. Child Adolesc Health*. 2020;S2352-4642(20)30109-7.
19. Wang W, Xu Y, Gao R. et al. Detection of SARS-CoV2 in different types of clinical specimens. *JAMA*. 2020;323(18):1843-4.
20. Rosen LD, Lim AF. et al. Media and technology use predicts ill-being among children, preteens and teenagers independent of the negative health impacts of exercise and eating habits. *Comput Hum Behav*. 2014;35:364-75.

21. Casio CJ, Moore D, McGlone F. Social touch and human development. *Dev Cogn Neurosci*. 2019;35:5-11.
22. Gallace A, Spence C. The science of interpersonal touch: an overview. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010;34(2):246-59.
23. Chen F, Zheng D, Liu J. et al. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: a cross-sectional study. *Brain Behav Immun*. 2020;88:36-8.
24. Saurabh K, Ranjan S. Compliance and psychological impact of quarantine in children and adolescents due to Covid-19 pandemic. *Indian J Pediatr*. 2020;87(7):532-6.
25. Viner RM, Russell SJ, Croker H. et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(5):397-404.
26. Jiao WY, Wang LN, Liu J. et al. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *J Pediatr*. 2020;S0022-3476(20)30336.
27. CDC. Data and statistics on children's mental health CDC. Centers Dis. Control Prevent. 2019. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>.
28. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(5):346-7.
29. UNICEF Children with autism and COVID-19. 2020. <https://www.unicef.org/serbia/en/children-autism-and-covid-19>.
30. Cortese S, Asherson P, Sonuga-Barke E. et al. ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD guidelines group. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30110-3.
31. APA. Managing COVID-19 concerns for people with OCD. 2020. <https://www.apa.org/topics/covid-19/managing-ocd>.
32. WHO Healthy parenting. 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/advice-for-public/healthy-parenting>.

---

**Dr Emina GARIBOVIĆ, spec. dečje psihijatrije, supspecijalista psihoterapije,**  
Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija,

**Emina GARIBOVIC, MD, PhD, spec. child psychiatry, sub. medical psycho-**  
**therapy,** Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

**E-mail:** [egaribovic@gmail.com](mailto:egaribovic@gmail.com)



## PODRŠKA NEGOVATELJIMA DECE SA TEŠKOĆAMA U RAZVOJU U VREME PANDEMIJE

**Sanja Stupar, Roberto Grujičić,  
Nataša Srećković Milenković, Neda Novaković**

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

**Apstrakt:** Deca sa razvojnim teškoćama i njihovi roditelji zahtevaju kontinuiranu podršku, a najviše podršku zdravstvenog, obrazovnog i sistema iz oblasti socijalne zaštite. COVID-19 pandemija je svojim negativnim uticajem na skoro sve aspekte društva, dovela i do značajnog povećanja već postojećih teškoća u funkcionisanju dece koja imaju teškoće i kašnjenja u razvoju. Ove poteškoće su se najviše ogledale u sledećim domenima: edukativne i školske aktivnosti, pohađanje vrnjačkih grupa, otežane dostupnosti defektološko-logopedskih i drugih habilitacionih tretmana, a ponajviše pristupa ustanovama zdravstvene i socijalne zaštite. Usled neophodnosti kontinuirane stimulacije razvoja kod ove dece u vreme pandemije značajno je porasla potreba za uslugama koje obezbeđuju rad sa decom „na daljinu“ (npr. usluge telepsihijatrije), kao i edukacijom roditelja da rade sa svojom decom u kućnim uslovima tj. u njihovom prirodnom okruženju. Tokom aktuelne pandemije u Srbiji je sproveden Trening veština negovatelja (CST), program koji su razvili SZO i *Autism Speaks*, posebno dizajniran za porodice i decu sa smetnjama u razvoju. Trening je pružio značajnu podršku porodicama dece sa smetnjama u razvoju, uticao je na podizanje roditeljskih kompetencija i na kvalitet interakcija između roditelja i dece, a samim tim i na poboljšanje komunikacije i igre kod dece, veću angažovanost dece u kućnim rutinama, kao i na prevazilaženje problematičnih ponašanja. Osim podrške u stimulaciji razvoja deteta, roditelji su putem ovog treninga dobili i značajnu podršku u vidu poboljšanja veština savladavanja i rešavanja problema i njihovoj ličnoj dobrobiti koja uglavnom izostaje u uobičajenim edukacijama a sve navedeno rezultira u bolje funkcionisanje porodice kao celine.

**Ključne reči:** razvojne teškoće, deca, podrška, CST trening, roditelji, Covid-19

## Uvod

Svetska zdravstvena organizacija (SZO) je 11. marta 2020. godine proglasila globalnu pandemiju virusa teškog respiratornog sindroma (engl. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*, SARS-CoV-2) poznatog kao Korona virusna bolest 2019 (COVID-19) [1]. Briga za sopstveno zdravlje i zdravlje sebi bližnjih, neizvesna budućnost, strah od smrti i gubitka kontrole u kombinaciji sa neprekidnim prilivom novih informacija potencijalni su doprinosni faktori razvijanju novih ili egzacerbaciji postojećih mentalnih poremećaja [2]. Tokom stanja pandemije, najblaže rečeno, dolazi do narušavanja svakodnevne životne rutine; deca i njihove porodice moraju da dele ograničen zajednički prostor, ograničene resurse, kao i da se u velikoj meri reorganizuju kako bi se nosili sa brojnim izazovima [3]. U kriznim vremenima su posebno ugrožena deca sa retkim i hroničnim bolestima, kao i deca sa poteškoćama u razvoju. Važno je pomenuti da je deci sa poremećajima iz spectra autizma (PAS) potrebna dodatna podrška zbog teškoća u komunikaciji, stereotipnih obrazaca ponašanja i drugih specifičnosti povezanih sa njihovim stanjem [4].

Deca sa razvojnim teškoćama i njihovi roditelji/staratelji zahtevaju kontinuiranu podršku, stoga je globalni prioritet javnog zdravlja zaštita i dobrobit dece sa razvojnim teškoćama [5]. Međutim, pored nebrojenih negativnih uticaja na sve aspekte društva, COVID-19 pandemija je dovela do svojevrstne promene paradigme u pružanju usluga podrške svih sistema, ali i učinila da se uključe nove prakse u sprovođenju mera prevencije, lečenja i ublažavanja razvojnih teškoća [5]. Istovremeno dovela je do ublažavanja i uklanjanja ograničenja nametnuta od strane zdravstvenog osiguranja za dostupnost telezdravstvu [6]. Usled neophodnosti kontinuirane stimulacije razvoja kod ove dece u vreme pandemije značajno je porasla potreba za uslugama koje obezbeđuju rad sa decom „na daljinu“ (npr. usluge telesihijatrije), kao i edukacijom roditelja da rade sa svojom decom u kućnim uslovima tj. u njihovom prirodnom okruženju.

## Nove tehnologije u uslovima pandemije COVID-19 / neophodna podrška bez odlaganja u budućnosti?

U Sjedinjenim Američkim Državama ispitivano je 3502 roditelja/negovatelja dece sa PSA uključenih u *Simons Powering Autism Research for Knowledge* (SPARK) [7]. Pokazano je da su neke usluge bile prilagođene formatu telezdravstva, ali da je većina imala teškoće u dostupnosti tretmanima, posebno deca ispod 5 godina [7].

Italija je do sada bila evropska zemlja koja je najviše pogođena pandemijom COVID-19 i najduže je bila u društvenoj blokadi. U toj zemlji sproveden je **dinamičan i holistički protokol** koji se odnosio na strukturisanje dana za celu porodicu. Uz podršku svojih ABA konsultanata, roditelji su uspeli da dovedu red u svoje domove i pomognu svojoj deci da budu mirna, produktivna, angažovana i srećna. Istraživači ističu izuzetnu hrabrost i posvećenost koju su pokazale porodice [8].

U Kini, gde su inače ograničene usluge i resursi za porodice dece sa PSA, prikazan je model *online* programa obrazovanja i obuke roditelja ***online parent education and training (PET)*** koji je razvijen tokom pandemije. Kroz interaktivne

virtuelne sesije obuke, roditelji su bili podržani stalnim povratnim informacijama o intervenciji u kućnim uslovima, takođe podstaknuti su da neguju mreže podrške među sobom. Ovaj program je postao središte mreža podrške za učenje za roditelje dece sa PSA u različitim regionima u Kini tokom pandemije [9].

Mnoge zemlje razmatrale su razvijanje novih tehnologija koje bi pružile neophodnu procenu a samim tim i podršku porodicama i deci sa razvojnim teškoćama. Pregledni rad u Sjedinjenim Američkim Državama obuhvatio je 16 studija u kojima su korišćene nove tehnologije za procenu dece za koje se sumnja da imaju PSA [10]. Izdvaja se nekoliko vrsta teleprocene:

- **In vivo teleprocene – video posmatranja uživo** – imale su zadovoljavajuću senzitivnost i specifičnost.
- **Odložena video posmatranja – snimljeni video zapisi** – u skladu sa ranijim istraživanjima pokazano je da je ova metoda retrospektivnog posmatranja video materijala adekvatna prilikom procene dece sa sumnjom na PSA.
- **Web i mobilni alati i telefonski intervjui za skrining** – *online* i veb aplikacije za skrining PSA [10].

Rezultati pregleda literature sugerišu da dok je skrining i procena PSA zasnovana na tehnologiji u povoju. S tim u vezi, ove metode obećavaju da će se u budućnosti poboljšati pristup dijagnostičkim uslugama, te i da će ove metode imati svoje mesto u proceni razvoja i van pandemije [10]. Veće studije koje se bave procenom sličnih tehnoloških metoda su u toku. Barbaro i Yaari ispituju mobilnu aplikaciju pod **nazivom ASDetect** na uzorku od 1000 dece, kako bi procenili potencijalnu upotrebu ove aplikacije u detekciji PSA [11]. Kombinacije video zapisa u kući i opcija telezdravstva mogli bi da budu prvi korak u proceni razvoja, omogućavajući deci da dobiju neophodnu podršku bez odlaganja [12].

### **Trening veština negovatelja – (Caregivers Skills Trening – CST)**

Oko 250 miliona dece, ili 43% sve dece mlađe od 5 godina, u zemljama sa niskim i srednjim prihodima (eng. *low and middle income countries* – LMIC su u većem riziku da ne dostignu svoj razvojni potencijal zbog zaostajanja u razvoju, siromaštva i nepovoljnog položaja u društvu [13]. Tokom 2016. godine procenjeno je da je globalno 52,9 miliona dece mlađe od 5 godina imalo određene smetnje u razvoju, kao što su senzorna oštećenja, intelektualni invaliditet i PSA, a 95% njih je živelo u LMIC [14]. Većina ove dece nema pristup adekvatnoj nezi. Ubedljivi dokazi pokazuju da su roditelji u stanju da nauče veštine kako bi efikasno promovisali razvoj i pozitivno ponašanje svoje dece [15]. CST je program koji je razvila SZO u saradnji sa organizacijom *Autism Speaks* (AS). Program je osmišljen tako da uključuje kombinaciju grupnih sesija u društvenim centrima, domovima zdravlja ili školama i individualnih sesija u domovima staratelja. Što se tiče izbora ciljeva intervencije, program je osmišljen tako da cilja (a) razvoj deteta, posebno u pogledu promovisanja društvene komunikacije i veština prilagođavanja i smanjenja ometajućeg i izazovnog ponašanja; (b) odnos staratelj-dete; (c) učešće i uključivanje deteta u svakodnevne aktivnosti kod kuće i u

zajednici; i (d) uloga i funkcionisanje negovatelja, promovisanjem samopouzdanja, roditeljskih veština i znanja, veština suočavanja i psihološkog blagostanja [16]. Program je osmišljen tako da uključuje devet osnovnih modula za grupne sesije koje imaju za cilj obuku negovatelja u korišćenju strategija koje ciljaju na ključne domene funkcionisanja deteta i staratelja, dopunjenih sa tri kućne posete; takođe su razvijena tri opciona modula grupnih sesija. Kućne posete se zakazuju pre prve grupne sesije, pre sredine programa i posle poslednje grupne sesije, sa ciljem da se intervencija prilagodi individualnom okruženju, ciljevima i potrebama porodice [16]. Principi zasnovani na dokazima podučavaju negovatelje koristeći pristupačan jezik kao ključne poruke (opšte psihoedukativne poruke o razvojnim poremećajima i kašnjenjima) i savete (praktične strategije i veštine za interakciju sa detetom) [16]. Sadržaj programa uključuje bihevioralni pristup za promovisanje uključivanja i komunikacije: Zajednička pažnja, simbolična igra, angažovanje i regulacija (eng. *Joint Attention Symbolic Play Engagement Regulation* – JASPER); Tretman sa ključnim odgovorom, (eng. *Pivotal Response Treatment* – PRT); Metoda učenja u pojednostavljenim i strukturiranim koracima (eng. *Discrete Trial Training* – DTT) [16].

Do danas postoji 30 aktivnih lokacija za testiranje na terenu, koje predstavljaju sve svetske regione SZO, Afriku (n = 4), Ameriku (n = 9), Istočni Mediteran (n = 6), Evropu (n = 4), Jugoistočnu Aziju (n = 2), i zapadni Pacifik (n = 5). Zvanične verzije paketa za testiranje na terenu su sada dostupne i na španskom, a prevodi su u toku na više drugih jezika [16].

### **Sprovođenje CST programa u Srbiji tokom pandemije COVID – 19**

CST kao usluga za decu sa razvojnim teškoćama i njihovim porodicama predstavlja deo celokupne inicijative za jačanje sistema Ranih intervencija (RI) u Srbiji. Ovaj projekat je razvijen zbog prepoznavanja potrebe za osnaživanjem porodica i važnosti da one potpuno učestvuju u njemu kako deca sa svojim porodicama provode ceo ili najveći deo života.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije (MZ RS) zajedno sa svojim partnerima (Društvo za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije DEAPS, Savez udruženja Srbije za pomoć osobama sa autizmom, UNICEF) iskazalo je zainteresovanost da se program SZO i Autism Speaks, CST sprovodi u Srbiji; da se obuču tim trenera i da se ove obuke sprovode sa roditeljima dece sa teškoćama i smetnjama u razvoju (posebno sa roditeljima dece sa poremećajima iz spektra autizma) što bi u budućnosti postala i regularna usluga sistema.

Ciljana populacija su negovatelji, roditelji dece uzrasta 2-9 godina sa razvojnim kašnjenjima, odstupanjima, smetnjama u razvoju, razvojnim poremećajima; porodice dece koja imaju odstupanja u razvoju, bez obzira da li su sa formalno postavljenom dijagnozom razvojnog poremećaja. Takođe ovim programom mogu biti obuhvaćeni i uži članovi porodice, svi zainteresovani, upućeni na dete i uključeni u život i odrastanje deteta.

Trening se sprovodi po fazama, SZO vrši obuku i superviziju budućih master trenera, master treneri vrše trening facilitatora koji sprovode CST obuku roditelja.

Trening za master trenere sproveden je u Institutu za mentalno zdravlje u decembaru 2019. godine. Aktuelno, u Srbiji obučeno je 8 master trenera i 16 fasilitatora u 4 grada (Beograd, Niš, Kragujevac i Novi Sad). Zbog aktuelne epidemiološke situacije program je sproveden uglavnom putem *online* platformi, te je samim tim prilagođen i korigovan.

### **Zaključak**

Sprovođenje CST treninga tokom pandemije pružio je značajnu podršku porodicama dece sa smetnjama u razvoju, uticao je na podizanje roditeljskih kompetencija i na kvalitet interakcija između roditelja i dece, a samim tim i na poboljšanje komunikacije i igre kod dece, veću angažovanost dece u kućnim rutinama, kao i na prevazilaženje problematičnih ponašanja. Osim podrške u stimulaciji razvoja deteta, roditelji su putem ovog treninga dobili i značajnu podršku o ličnom blagostanju koja uglavnom izostaje u uobičajenim edukacijama što vodi i sveukupnom boljem porodičnom funkcionisanju i unapređenju javnog zdravlja.

Rezultati drugih istraživanja ukazuju na poboljšanje adaptivnog funkcionisanja, izazovnog ponašanja, različitih karakteristika nege što može uticati na socijalni angažman, smanjenje stresa kod roditelja [16-18]. Rezultati takođe ukazuju na poboljšanje različitih karakteristika nege što može uticati na socijalni angažman, uključujući: znanje i poverenje u veštine CST, psihološko funkcionisanje, percipirano osnaživanje i kvalitet života [16-18].

Rezultati istraživanja ukazuju da intervencije posredovane negovateljima za porodice dece sa teškoćama u razvoju mogu efikasno da se sprovedu od strane nespecijalista u zajednici i da se poboljšanja u razvoju dece i regulisanju ponašanja kao i dobrobit porodice može postići čak i sa programima niskog intenziteta. Pored toga ovakvi programi koji su koristili kombinovani format grupnih i pojedinačnih sesija pokazali su veći uticaj od bilo kog formata koji se koristi izolovano na smanjenje izazovnog ponašanja [16].

## **SUPPORT FOR CAREGIVERS OF CHILDREN WITH DEVELOPMENTAL DIFFICULTIES DURING THE PANDEMIC**

**Sanja Stupar, Roberto Grujicic,  
Natasia Sreckovic Milenkovic, Neda Novakovic**

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

**Abstract:** Children with developmental disabilities and their parents require constant support of the systems, especially the support of the health system, education system and social protection system. The COVID-19 pandemic had a negative impact on almost all aspects of society. At the same time, the pandemic as led to a significant increase in the already existing difficulties in the functioning of children with developmental delays. These difficulties were mostly reflected in the following domains: educational and school activities, restricted access to special education and other habilitation treatments, restricted access to health and social care institutions. The need for continuous stimulation of development of these children during pandemic has increased the availability of telepsychiatric services as well as the need for programs that educate parents to work with their children in their home. During the pandemic in Serbia, the professionals who work with children with disabilities implemented and conducted Caregiver Skills Training (CST), a program specifically designed for families and children with disabilities. The training provided significant support to the families of children with disabilities, improved parental competencies and the quality of interactions between parents and children, and thus improved child skills emotional regulation and behavior. In addition to support in stimulating the child's development, parents received significant support in overcoming their own personal psychological-emotional difficulties and acquired problem-solving skills which are mostly lacking in regular parental education. All of these effects of the program of this results in better functioning of the family as a whole in the state of crisis due to the pandemic.

**Key words:** *developmental difficulties, children, support, CST training, parents, Covid-19*

## Literatura

1. Chatterjee P, Nagi N, Agarwal A, Das B, Banerjee S, Sarkar S. et al. The 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A review of the current evidence. *Indian J Med Res.* 2020 Feb;151(2 & 3):147-59.
2. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. Vol. 63, *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists.* 2020. p. e32.
3. Grujičić R, Bogdanović J, Stupar S, Maslak J, Milovančević MP. Covid-19 pandemija: uticaj na decu i mlade. *Psihijatrija danas.* 2020;99-111.
4. Narzisi A. Handle the Autism Spectrum Condition During Coronavirus (COVID-19) Stay At Home period: Ten Tips for Helping Parents and Caregivers of Young Children. *Brain Sci.* 2020 Apr 1;10:207.
5. Boyle CA, Fox MH, Havercamp SM, Zubler J. The public health response to the COVID-19 pandemic for people with disabilities. *Disabil Health J [Internet].* 2020;13(3):100943. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936657420300686>
6. Goldschmidt K. The COVID-19 Pandemic: Technology use to Support the Wellbeing of Children. *J Pediatr Nurs [Internet].* 2020/04/16. 2020;53:88-90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32317129>
7. White LC, Law JK, Daniels AM, Toroney J, Vernoia B, Xiao S. et al. Brief Report: Impact of COVID-19 on Individuals with ASD and Their Caregivers: A Perspective from the SPARK Cohort. *J Autism Dev Disord.* 2021 Oct;51(10):3766-73.
8. Degli Espinosa F, Metko A, Raimondi M, Impenna M, Scognamiglio E. A Model of Support for Families of Children With Autism Living in the COVID-19 Lockdown: Lessons From Italy. *Behav Anal Pract [Internet].* 2020 Jun 2;13(3):1-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837696>
9. McDevitt SE. While quarantined: An online parent education and training model for families of children with autism in China. *Res Dev Disabil.* 2021 Feb;109:103851.
10. Dahiya VA, DeLucia E, McDonnell GC, Scarpa A, Eapen V, Hiscock H, Williams K. Adaptive innovations to provide services to children with developmental disabilities during the COVID-19 pandemic: *J Paediatr Child Health* 2021 Jan;57(1):9-11. doi: 10.1111/jpc.15224. Epub 2020 Nov 6
11. Barbaro J, Yaari M. Study protocol for an evaluation of ASDetect - a Mobile application for the early detection of autism. *BMC Pediatr [Internet].* 2020;20(1):21. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1888-6>
12. Eapen V, Hiscock H, Williams K. Adaptive innovations to provide services to children with developmental disabilities during the COVID-19 pandemic. *J Paediatr Child Health.* 2021 Jan;57(1):9-11.
13. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C. et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet (London, England).* 2017 Jan;389(10064):77-90.
14. Olusanya BO, Davis AC, Wertlieb D, Boo N-Y, Nair M, Halpern R, et al. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Glob Heal.* 2018 Oct;6(10):e1100-1.
15. Oono IP, Honey EJ, McConachie H. Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2013 Apr 30 [cited 2018 Jan 20];(4):CD009774. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23633377>
16. Salomone E, Pacione L, Shire S, Brown FL, Reichow B, Servili C. Development

- of the WHO Caregiver Skills Training Program for Developmental Disorders or Delays. *Front psychiatry* [Internet]. 2019 Nov 11;10:769. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31780960>
17. Patel NM, Khajuria A, Khajuria A. Utility of a webinar to educate trainees on UK core surgical training (CST) selection – A cross sectional study and future implications amidst the COVID-19 pandemic. *Ann Med Surg* [Internet]. 2020/09/09. 2020 Nov;59:35-40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32922774>
  18. Tekola B, Girma F, Kinfu M, Abdurahman R, Tesfaye M, Yenus Z, et al. Adapting and pre-testing the World Health Organization's Caregiver Skills Training programme for autism and other developmental disorders in a very low-resource setting: Findings from Ethiopia. *Autism*. 2020 Jan;24(1):51-63.

---

**Dr Sanja STUPAR, spec. dečije i adolescentne psihijatrije**, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

**Sanja STUPAR, MD, child and adolescent psychiatrist**, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

**E-mail:** [sanja.stupar@imh.org.rs](mailto:sanja.stupar@imh.org.rs)



UDK 613.86-053.5/6(497.11)

159.922.8(497.11)

616.98:578.834(497.11)

## LEČENJE DECE I MLADIH U OBRUČU PANDEMIJE

<sup>1,2</sup>Nataša Ljubomirović, <sup>1</sup>Jasmina Bogdanović

<sup>1</sup>Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

<sup>2</sup>Visoka škola socijalnog rada, Beograd, Srbija

**Apstrakt:** Pandemija Korona virusa (COVID-19) i mere zaštite poput ograničenja kretanja, izolacije, socijalnog distanciranja i nošenja zaštitne opreme poremetili su živote dece, mladih i porodica širom sveta. Iako broj dece i adolescenata pogođenih virusom nije zanemarljiv, sprovedene striktno mere su značajnije uticale na njih. Što zbog hroničnih, što zbog novonastalih mentalnih poteškoća izazvanih pandemijom, mnoga deca i mladi su imali potrebu za podrškom stručnih lica iz oblasti mentalnog zdravlja. Mere zaštite propisane zbog ublažavanja širenja virusa uticale su i na rad zdravstvenih službi, pa samim tim i na rad službe za dečiju psihijatriju. Da bi se stvorio prostor za urgentnu pomoć osobama zaraženih virusom, dečija i adolescentna psihijatrijska odeljenja su smanjena, određene klinike su zatvorene, a sistemi psihijatrijske podrške skoro ukinuti. Najveći izazov je bio da psihijatrijska bolnica održi svoju osnovnu misiju pružanja pomoći deci i mladima sa mentalnim poteškoćama, a istovremeno da pruži olakšanje preopterećenim službama opšte medicine.

**Ključne reči:** *pandemija, deca i mladi, dečija psihijatrija*

## Uvod

U martu mesecu 2020. godine Svetska zdravstvena organizacija proglasila je panedmiju virusa COVID-19 [1]. Prema zvaničnim podacima, u trenutku proglašenja pandemije, 1 216 zemalja spadalo je u područje zaraženo slučajevima COVID-19, broj potvrđenih slučajeva zaraženih ovim virusom je bio iznad 4 miliona ljudi, a više od 300 hiljada ljudi je preminulo od ovog virusa [1].

Aktuelno, u novembru 2022. godine podaci ukazuju da je do sada zaraženo 646 miliona ljudi, a preminulo je 6,4 miliona [2]. Podaci Džons Hopkins Univerziteta pokazuju, da se do kraja 2022. godine, najviše ljudi zarazilo u SAD-u, više od 99 miliona, na drugom mestu po broju zaraženih je Indija sa 44 miliona slučajeva, te Brazil sa 33 miliona [3]. Najveći broj smrtnih slučajeva je zabeležen u SAD-u, više od 656.000, prema podacima Džons Hopkins Univerziteta. U Srbiji je od početka pandemije preminulo više 17 hiljada ljudi, a zaraženo je oko 2, 4 miliona [3].

U mnogim zemljama sveta, proglašenje pandemije je pratilo intenzivnije širenje informacija (o prirodi virusa, infekciji, merama samozaštite) kao i sprovođenje striktnih preventivnih mera koje uključuju **zabrane kretanja stanovništva** [4]. Deca i mladi su poštujući mere morali da provode više vremena zatvoreni u kućama. To je prouzrokovalo uskraćivanje uobičajnog načina provođenja vremena i provođenje vremena sa vršnjacima. Socijalne interakcije sa vršnjacima su jedan od delotvornih načina da deca i adolescenti prebrode strah, strepnju, zabrinutost i budu smirena, a u situaciji pandemije, deca i mladi su najviše vremena provodili pored kompjutera i mobilnih telefona, u igranju video igara i na Internetu. Dodatno, situacija pandemije je u našoj zemlji prouzrokovala brojne socijalne probleme, poput povećanja nezaposlenosti, siromaštva, promene radnih uslova što je dodatno otvaralo mogućnost za produblјivanje disharmonije na porodičnom nivou [5]. Svakodnevnicaroditelja i dece se u najvećem broju slučajeva, na našim prostorima, potpuno promenila, a neke porodice jednostavno nisu bile spremne na to [5].

Veliki broj službi usluge nije više pružao na isti način, te je veliki broj porodica, dece i mladih je ostalo bez primarne systemske podrške [5, 6]. Anksioznost, nedostatak vršnjačkog kontakta i snižene sposobnosti za regulacije stresa kod dece, uz povećani stres kod roditelja dodatno su uvećale rizik od zlostavljanja i zanemarivanja dece u periodu sprovođenja striktnih mera prevencije [6]. Poglašenjem vanrednog stanja zbog pandemije COVID-19, mnoge porodice su se suočile sa krizom [5]. Novonastale globalne okolnosti su zahtevale da se preporuke za ponašanje, propisane mere i svakodnevno funkcionisanje stalno menjaju, što je povećavalo neizvesnost kod ljudi.

Mere prevencije poput ograničene sloboda kretanja, socijalnog distanciranja, pojačanih higijenskih mera, smanjenja broja pruženih usluga različitih službi, zatvaranje škola i drugo su doprinele značajnom smanjivanju incidencije i prevalencije COVID-19, ali sa druge strane, psihičke posledice novonastale vanredne situacije, širenja infekcije i striktnih preventivnih mera, još uvek nisu potpuno razjašnjene. Do kraja 2022. godine utvrđeno je da osnovne mere za sprečavanje širenja COVID-19 imaju značajno negativan uticaj na psihičko blagostanje dece i odraslih [5, 7, 8]. U sistematskom pregledu i meta-analizi članka koji su se bavili stresom i anksioznošću među opštom populacijom tokom pandemije, u periodu do

maja 2020. godine, rezultati pokazuju da COVID-19 ne samo da izaziva zabrinutost za fizičko zdravlje kod ljudi već i dovodi do brojnih psihičkih poremećaja i može uticati na mentalno zdravlje ljudi u različitim zajednicama [8].

### **Dečja psihijatrija i COVID-19**

Mere zaštite propisane zbog ublažavanja širenja virusa COVID-19, su uticale na rad skoro svih službi, pa samim tim i na rad službe za dečiju psihijatriju.

Efekti krizne situacije ostavljaju posledice na svu decu međutim neka su rezilijentnija, te mogu bolje da se prilagode, dok druga deca promene podnose teže [9]. Pacijenti Instituta za mentalno zdravlje su neretko vulnerabilna deca, sa poteškoćama u razvoju ili iz disfunkcionalnih porodica. Ponekad, deca koja potraže stručnu pomoć u Institutu za mentalno zdravlje se već sukobljavaju sa poteškoćama mentalnog zdravlja, a kriza izazvana pandemijom virusa COVID-19 i način rada za vreme pandemije su mogle dodatno da utiču na njihovu stanje.

Lekari i zdravstveni saradnici, koji su imali kontakt sa pacijentima skoro svakog dana tokom trajanja vanrednog stanja, mogu iskustveno da potvrde da je pandemija virusom COVID-19 potpuno nova situacija koja nalaže nova i drugačija pravila rada. Izazovi se javljaju na svakodnevnom nivou, zbog toga je potrebno brzo reagovati, organizovati i reorganizovati rad službe u cilju pružanja potrebnih usluga pacijentima na adekvatan način i u njihovom najboljem interesu.

Efikasna komunikacija i saradnja su važni u radu sa decom i mladima koji imaju neku vrstu mentalnih poteškoća, kao i sa njihovim porodicama [10]. Terapijski odnosi, ili savez između osobe koja pruža pomoć i pacijenta je najjači prediktor dobrog ishoda lečenja, bez obzira na to koji se model intervencije ili pristup koristi [11]. Za mlade pacijente na psihijatrijskoj klinici značajan je uspostavljen terapijski odnos sa lekarom, a neometana neverbalna i verbalna komunikacija je uslov za njegovo zasnivanje [12]. Rad sa decom i mladima u psihijatriji se umnogome zasniva na čitanju ekspresije dečijeg lica, prepoznavanju osmeha, i praćenju facijalne ekspresije [12, 13]. Lekarima i zdravstvenim saradnicima je neophodno da razumeju pacijenta da bi definisali dobru medicinsku procenu i tako započeli zadovoljavajući odnos sa pacijentom. Jedna od najznačajnijih komponenti u izlečenju je odnos lekara i pacijenta, koji se bazira na verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, te je važno obratiti pažnju na način na koji se nešto kaže, a ne uvek samo šta pacijent govori [13]. Kod pacijenta je važan doživljaj uvažavanja, prihvatanja i razumevanja te će on već u prvih nekoliko momenata, nakon ulaska u ordinaciju steći impresiju koja se bazira i na onome što lekar pokazuje svojom neverbalnom komunikacijom. Usled mera zaštite (zaštitne maske, viziri) lekarima je otežano da neverbalnom komunikacijom, gestovima i facijalnom ekspresijom pokažu deci i mladima da ih slušaju i razumeju. Aktuelno, zbog mera zaštite, komunikacija u Institutu za mentalno zdravlje pacijenti pri ulasku u zgradu i lekarsku ordinaciju moraju da imaju zaštitne maske na licu. Maska na licu krije emocije deteta i nama profesionalcima, umanjuje mogućnost da osetimo na koji način dete ispoljava svoje emocije i govori o svom problemu. Takođe, iako mnoge studije pokazuju da deca dobro detektuju osećanja i emocije odraslih i pored maski na licu

[14], ponekad deca i mladi kada nisu u mogućnosti da sagledaju lice lekara sa kojim razgovaraju mogu ostati uskraćeni za doživljaj prihvatanja i razumevanja [13].

Institut za mentalno zdravlje je poznat kao prva socio-psihijatrijska ustanova u kojoj lekari nisu nosili bele mantile kako bi se na bolji način približili svojim pacijentima [15]. Nenošenje belog mantila doprinosi boljem odnosu između lekara i pacijenta, a imati usklađen odnos lekar-pacijent važno je u bilo kojoj specijalnosti, naročito u oblasti dečije psihijatrije [16]. U sadašnjoj situaciji pandemije mantil, klompe, rukavice, maska, kapa i vizir su obavezni u radu a svi ti dodaci koji su sada potrebni kao obavezna mera zaštite, kod dece izaziva ogromne strahove [17]. Pored velikog straha kod dece, dodatna oprema za rad izaziva nelagodnu i lekarima.

Deca u psihijatrijskoj ordinaciji žele da uspostave kontakt sa psihijatrom putem igre, posegnu da mu pruže neku igračku ili pak da iskažu emociju tako što zagrle lekara. Korišćenje osobnog prostora je neverbalno ponašanje koje uveliko varira među kulturama, a lekarima deca često narušavaju osobni prostor i to je dozvoljeno zarad boljeg terapijskog odnosa [18]. U ovoj situaciji pandemije kada je neophodno da pacijenti i lekari budu na socijalnoj distance važno je objasniti deci zašto ne bi smeli da imaju fizički kontakt sa vama. Deca sa određenim teškoćama to ne mogu da razumeju, što otežava rad lekarima i povećava zahteve od roditelja da pokušaju da svojoj deci postave granice, čak i u lecarskoj ordinaciji.

Tokom pandemije virusa COVID-19 mnoga deca su se obratila stručnim službama što zbog svojih hroničnih mentalnih poteškoća, što zbog potrebe podrške usled različitih traumatskih iskustava izazvanih pandemijom. Traumatsko iskustvo je za svakoga individualno, ono što za jednu osobu predstavlja traumatsko iskustvo, za drugu to ne mora biti [19]. Dakle, ono je individualno i definiše se kao subjektivni doživljaj objektivne stvarnosti. Često su traumatska iskustva jaka, i mogu biti pojedinačna ali može ih biti i više, što dovodi do kumulacije tj. traume. Evidentno je da traumatsko iskustvo i trauma ostavljaju traga na ponašanja, raspoloženje i razmišljanje deteta. Reakcije na traumu mogu biti različite i važno je prepoznati ih na vreme [19].

Mnogi pacijenti, terapeuti, zdravstveni radnici su proživeli traumu tokom pandemije. Stresne okolnosti uzrokovane pandemijom za mnoge postaju traumatične i posebno se negativno odražavaju na pacijente sa istorijom traumatičnih gubitaka. Dolazi do povezivanja individualnih trauma sa kolektivnim, kod pacijenta koji već u svom iskustvu imaju traumatične događaje javlja se anksioznost, šok i strah usled gubitaka i promena uzrokovanih pandemijom COVID-19. Posledice pandemije u vidu nemogućnosti antcipiranja budućnosti, neizvesnosti, suočavanja sa smrću i stanja ugroženosti dovode do retraumatizovanja i kreiranja traumatskog iskustva kod ljudi [20].

Jedan od izazova predstavljao je prijem dece na Kliničko odeljenje za decu i omladinu. S obzirom na lošu kliničku sliku, određeni broj dece je zahtevao hitan prijem na hospitalno lečenje. Prilikom prijema pacijenta na Kliničko odeljenje za decu i omladinu važno je preuzeti mere opreznosti jer potencijalno svaki pacijent može biti COVID-19 pozitivan. Ukoliko se dogodi da jedna zaražena osoba boravi

na Kliničkom odeljenju to bi moglo dovesti u opasnost sve hospitalizovane pacijente kao i zaposlene ne samo na Odeljenju, već u ustanovi. Zbog toga je važno pridržavati se propisanih mera zaštite i procedura, a šefovi odeljenja u datoj situaciji imaju zadatak da uspostave potpunu kontrolu nad dešavanjima. Sve to usložnjava dinamiku posla, otežava funkcionisanje službe i pred osoblje postavlja nove, drugačije i dodatne zahteve, na koje većina nije bila pripremljena.

### **Ilustrativni primeri iz prakse**

#### *Prikaz br 1.*

Devojčica 15 godina se javlja se za pomoć jer je u stalnom sukobu sa majkom i sestrom. Porodica nije potpuna, i roditelji su razvedeni. Majka pet godina unazad živi sa dve ćerke. Od početka vanrednog stanja sestre imaju pogoršane odnose, a stalno su upućene jedna na drugu. Tri nedelje unazad, njihovi konflikti eskaliraju, a pacijentkinja je jednom prilikom polupala sve po kući. Komšije su pozvale policiju i hitnu pomoć te je devojčica odvežena u hitnu psihijatrijsku ustanovu odakle je otpuštena istog dana. Devojčica odbija razgovor sa lekarom u pratnji majke i sestre. Kada je ostala nasamo sa lekarom, pitala je da li može da skine masku i da li bi lekar mogao da skine masku. Posle dužeg pregovaranja devojčica je dala podatke da je jako ljuta i napeta jer već duže vreme ne viđa nikoga od svojih drugara, kao i da je prekinula kontakt sa dečakom koji joj se dopadao. To nije mogla da razmeni sa sestrom i majkom, a bila je ljuta na njih jer je ne razumeju. Činjenica da je devojčica izolovana sticajem okolnosti COVID19, reducirani su bili socijalni kontakti i to je pojačalo njeno nezadovoljstvo i akumuliralo agresivne pulzije. U razgovru sa pedagogom razvila je socijalne veštine koje je adaptirala i pronašla druge mehanizme izlaska iz kriznih situacija, kao što su šetnja, slušanje muzike, crtanje, gledanje filmova, i neke druge kreativne aktivnosti.

#### *Prikaz br 2.*

Za pomoć psihijatra javlja se dečak od 10 godina, u pratnji majke. Otac je lekar, i aktuelno je odsutan od kuće zbog boravka u COVID centru. Majka radi od kuće, ali zbog ozbiljnosti posla ne može sve vreme da posveti pažnju dečaku. Dečak je izložen stalnim vestima sa televizija i jako je zabrinut za svog oca. Usled svih okolnosti dečak je razvio strahove, panične napade, i suicidalne misli. Stalno crta crteže koji bi mogli biti povezani sa smrću, odbija da uči, odbija da izađe iz kuće, i ne želi da im iko dođe u posetu. Po savetovanju sa roditeljima, predloženo je da roditelji budu uz dete jedan vremenski period kako bi manje bio izložen vestima sa televizije i spoljnim obaveštenjima koja mogu biti uznemiravajuća. Činjenica da je jedan roditelj bio uz dete u slobodnom vremenu bio je dobar faktor da se klinička slika stiša.

### **Lečenje u obruču pandemije**

Broj slučajeva zaraženih virusom COVID-19 u svetu je još uvek u porastu [1]. Sprovođenje preventivnih mera poput izolacije, socijalnog distanciranja i nošenja zaštitne opreme je još uvek je u nekim zemljama na snazi, u nekima je prestalo [1]. Iako je sprovođenje navedenih mera u cilju smanjenja širenja virusa

i osiguravaju fizičkog zdravlja našeg društva neophodno, veliki teret ovih mera mogu snositi deca, adolescenti i njihove porodice. Izostanak usluga podrške porodicama, kriza zdravstvenog sistema, socijalna izolacija i ekonomska recesija umnogome mogu pogoršati već postojeće probleme mentalnog zdravlja kod dece i dovesti do dodatnog pogoršanja [21].

Pored potrebnih sistemskih odgovora na kriznu situacije pandemije, ne smemo zaboraviti niz veština koje mogu pomoći našim pacijentima da se osećaju bolje [13].

U ovoj situaciji nije preporučeno da pacijenti dolaze u lekarsku ordinaciju, ali sigurnost može pružiti i telefonski razgovor. Telefonski pozivi, linije za pomoć ili prepiska putem mail-a mogle bi da igraju ključnu ulogu u prevenciji mentalnih poteškoća u ovom periodu koji zahteva fizičko distanciranje [22]. Važno je da telefonski poziv bude unapred dogovoren, kako bi pokazali pacijentima da smo i dalje tu za njih. Podjednako je važno pažljivo slušati pacijenta i preko telefona, kako pacijent ne bi stekao utisak da niste prisutni. Javno informisanje često može dovesti do nepovoljnih psihosocijalnih posledica, stvaranjem osećaja konfuzije i nepoverenja, i širenjem neproverenih informacija zbog toga je važno pacijentima pružiti informacije od značaja kako bi se osećali sigurnije. Stručno lice treba da pruži informacije pacijentu, u cilju stvaranja osećaja sigurnosti i pripremljenosti za dalje postupanje. Međuljudski kontakt, čak i telefonskim putem, trebalo bi da bude ispraćen ljubazanim glasom i stavom [13]. Razgovor o temi od značaja koji uključuje strah i strepnju mnogo je delotvorniji od pasivnog preživljavanja traume [19].

U direktnom kontaktu ljubazanost može pomoći čak i pod celokupnom zaštitnom opremom. Prijatan pogled, pun razumevanje čak i ispod maske neretko može dati preko potreban prostor za ventiliranje emocija. Saveti za lekare i zdravstvene saradnike su da oni moraju biti pripremljeni na svakog pacijenta. Takođe, važno je da sa pacijentom naprave kontakt očima, razgovaraju o nekim neformalnim temama i zauzmu položaj u istoj ravni sa njim. Prilikom vođenja intervjuja treba da budu u ulozi aktivnog slušaoca, da motivišu pacijenta otvorenim pitanjima i nikad umesto njega ne završavaju rečenicu, i ne sugerišu odgovore [13]. Na ljude koji traže pomoć će delovati umirujuće to da se jasno definiše šta su sledeći koraci i da se obezbedi predvidljivost. Lekarska ordinacija čak i u ovim vremenima mora biti mesto gde se pacijent oseća sigurnim.

Zadatak struke koja se bavi mentalnim zdravljem je:

- Da bude otvoren za sve razlike u načinu mišljenja, stavovima i pogledima na svet i situaciju.
- Da bude strpljiv u odnosu na ritam i intenzitet očekivanih promena.
- Odmeren u svom stavu aktivno-pasivno, direktno-nedirektno. Obe opcije su poželjne u repertoaru rada, bira se jedna ili druga uloga u zavisnosti od situacije.
- Da imaju sposobnost da izdrže i prime moguće agresivne projekcije i provokacije. Umesto konfrontacije i naglaska na postojeća neadekvatna rešenja, da ponude druge mogućnosti za rešavanje problema.

Da bi ovo bilo primenljivo u praksi, jako je važno u krizama profesionalci imaju grupu kolega sa kojom su na istom zadatku i sa kojim će deliti dileme i nedoumice iz kojih će crpeti snagu i podršku [20].

### **Zaključak**

Krizne i konfliktne situacije zahtevaju istovremenu organizaciju kriznih i preventivnih programa. Pomoć je potrebna deci kako bi se ublažile akutne posledice krizne situacije, a preventivni programi da spreče dodatne prateće posledice kao što je npr. slabija briga i nega dece, jer roditelji bivaju zauzeti i zaokupljeni brigama, neko poslom, neko starijim članom porodice, neko obolelim članom. Roditelje bi trebalo podsticati da uče kako da se deca zaštite od nepovoljnih uticaja.

Najveći izazovi ovog perioda predstavljaju redovno psihijatrijsko lečenje dece i mladih, sveobuhvatnije i efikasnije pružanje usluga socijalne zaštite i adekvatan odgovor na probleme dece i mladih. Potrebno je uraditi istraživanja na temu razumevanje efekata socijalnog distanciranja i ekonomskog pritiska na mentalno zdravlje, identifikovanje faktora rizika i otpornosti i sprečavanje dugoročnih posledica, uključujući – ali ne ograničavajući se na – zlostavljanje dece. Prema tome, u trenutnoj situaciji potrebna je analiza rizika i koristi striktnih preventivnih mera. Iako se trenutno znanje o rizicima temelji na studijama koje su vršene u ograničenim sličnim situacijama ili se zasnivaju na onome što vidimo da se dešava oko nas, sve informacije moraju biti uzete u obzir.

## TREATMENT OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE IN THE HOOP OF THE PANDEMIC

<sup>1,2</sup>Natasa Ljubomirovic, <sup>1</sup>Jasmina Bogdanovic

<sup>1</sup>Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

<sup>2</sup>College of Social Work, Belgrade, Serbia

**Abstract:** The Corona Virus pandemic (COVID-19) and protection measures such as restrictions on movement, isolation, social distancing and the wearing of protective equipment have disrupted the lives of children, young people and families around the world. Although the number of children and adolescents affected by the virus is not negligible, the implemented strict measures have had a significant impact on them. Due to chronic and new mental difficulties caused by the pandemic, many children and young people needed the support of mental health professionals. The protection measures prescribed to mitigate the spread of the virus also affected the work of health services, and thus the work of the child psychiatry service. In order to create space for emergency care for people infected with the virus, children's and adolescent psychiatric wards have been reduced, certain clinics have been closed, and psychiatric support systems have been almost abolished. The biggest challenge was for the psychiatric hospital to maintain its basic mission of providing assistance to children and young people with mental disabilities, and at the same time to provide relief to overburdened general medicine services.

**Key words:** *pandemic, children and youth, child psychiatry*



## Literatura

1. World Health Organization. WHO COVID-19 dashboard [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2022. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. Covid19.who.int. Available from: <https://covid19.who.int/?mapFilter=cases>
3. See the latest data in your region [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/region>
4. Güner R, Hasanoğlu I, Aktaş F. COVID-19: Prevention and control measures in community. *Turk J Med Sci.* 2020;50(SI-1):571-7.
5. UNICEF. Istraživanje o uticaju pandemije kovida-19 na porodice sa decom u Srbiji. Treći talas istraživanja. Beograd: Unicef u Srbiji; 2021.
6. Grujičić R, Bogdanović J, Stupar S, Maslak J, Pejović-Milovančević M. COVID-19 pandemija – uticaj na decu i mlade. *Psihijatrija danas.* 2020;52(1-2):99-111. doi: 10.5937/PsihDan2001099G
7. Marinković I. Regionalna analiza smrtnosti od COVID-19 u Srbiji 2020. *Demografija.* 2021;(18):39-55. doi: 10.5937/demografija2118001M
8. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammedi M. et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Ljubomirović Ceribašić N. Stres i mladi.* Beograd: Zadužbina Andrejević; 2000.
9. Globalization and Health [Internet]. 2020 Jul 6;16(1):1-11.
10. Hartley S, Redmond T, Berry K. Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff. O'Connor C, editor. *PLOS ONE.* 2022 Jan 14;17(1):e0262070.
11. Duncan BL. American Psychological Association. *The heart & soul of change: delivering what works in therapy.* Washington, Dc: American Psychological Association; 2010.
12. Ljubomirović N, Srećković N, Rangelov A. Dečiji izraz kroz terapiju igrom. *Psihijatrija danas.* 2015;47(2):93-103.
13. Bojanin S. *Tretman pokretom i savetovanje.* II izdanje. Beograd: Pomoć porodici; 2016.
14. Carbon C-C, Serrano M. The Impact of Face Masks on the Emotional Reading Abilities of Children – A Lesson From a Joint School – University Project. *i-Perception* [Internet]. 2021 Aug 19;12(4):20416695211038265. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8383324/>
15. Lečić Toševski D, urednik. *Institut za mentalno zdravlje, prvih 55 godina.* Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2018.
16. Farraj R, Baron JH. Why Do Hospital Doctors Wear White Coats? *Journal of the Royal Society of Medicine.* 1991 Jan;84(1):43-3.
17. Harun Achmad, M. Haritza. White Coat Syndrome in Pediatric Dentistry: A Systematic Review. *Annals of RSCB* [Internet]. 2021Mar.1 [cited 2022Dec.20];25(2):2137-48.
18. Bojanin S. *Prijateljski razgovori dečijeg psihijatra.* Beograd: Pomoć porodici; 2019.
19. Ljubomirović N, Dwivedi K. The outcomes of group work with traumatized children and their families in the southern Serbia and Kosovo region in: Hosin A, editor. *Responses to Traumatized Children.* UK: Palgrave Macmillan; 2007. p. 91-104.

20. Ljubomirović N, Milivojević T, Dukanac V, Đurđević S. E-Priručnik sa uputstvima za rad sa ranjivim grupama migranata. Psihosocijalne intervencije u krizi i savetodavni rad sa mladim migrantima. Beograd: VŠSR; 2019.
  21. Covid Impact On Young People With Mental Health Needs [Internet]. Young-Minds. Available from: <https://www.youngminds.org.uk/about-us/reports-and-impact/coronavirus-impact-on-young-people-with-mental-health-needs>
  22. Kilova K, Kitova T, Tenev A, Peeva D. Telepsychiatry during COVID-19 Pandemic. Psychiatr Danub. 2022;34(1):187-8.
- 

**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](mailto:natasa.ljubomirovic@imh.org.rs)

## PODRŠKA I ANTITRES METODE I TEHNIKE RODITELJIMA KOD DECE SA PSIHOSOCIJALNIM POTEŠKOĆAMA U VREME COVID PANDEMIJE

<sup>1</sup>Dragica Ilić, <sup>1,2</sup>Nataša Ljubomirović, <sup>1</sup>Olivera Aleksić Hil

<sup>1</sup>Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

<sup>2</sup>Visoka škola socijalnog rada, Beograd, Srbija

**Apstrakt:** Za vreme COVID-19 pandemije porodice su se suočile sa povećanim stresom i brigom oko roditeljstva i zdravlja. Na „udaru” pandemije našle su se porodice sa decom sa psihosocijalnim teškoćama, čije su se socijalne, ekonomske i emocionalne potrebe umnožile. S tim u vezi, stručnjaci bi, kao vid podrške, trebalo da roditelje informišu o dijagnozi i konsekvencama iste i da ih dodatno osnaže za aktivno učestvovanje na putu detetovog vaspitanja, razvoja i prevladavanja prepreka. Pored toga, roditelji bi trebalo da budu obučeni za primenu određenih oblika tretmana. Učenje o primeni bihejvioralnih tretmana i pomoć oko strukturiranja dana i svakodnevnih obaveza deteta, je i više nego poželjno. Uz obučavanje o asertivnom i pozitivnom roditeljstvu i poboljšanje interakcije roditelj-dete, preporučljivo je dodatno motivisanje roditelja. To je moguće postići različitim antistres metodama, poput autogenog treninga bez autosugestije uz ukazivanje na snage i resurse porodice koja se nalazi u ovoj specifičnoj situaciji.

**Ključne reči:** COVID-19, porodica, psihosocijalne teškoće, informisanje, obuka, antistres metode

## Uvod

Važni životni događaji koji donose značajne promene mogu da pogoršaju odnose u porodici i relaciju roditelj-dete. Porodični komunikacioni i organizacioni procesi često budu uzdrmani u tim stresnim okolnostima. Takve poteškoće su posebno vidljive u okolnostima gubitka posla, pogoršanja zdravstvenog stanja člana porodice ili kod uobičajenih briga oko roditeljstva, koje se u intenzivnijoj meri javljaju od početka COVID pandemije [1]. Rezultati istraživanja sprovedenog u našoj zemlji o uticaju pandemije na porodice sa decom [2] ukazuju na povećan stres i brigu roditelja tokom ovog perioda. Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 1823 domaćinstava, gde se doživljaji o roditeljstvu/starateljstvu od strane majki ili staratelja razlikuju. Istraživanje kaže da polovina ispitanika ističe da pandemija nije imala uticaj na taj doživljaj, a samo 15% je potvrdilo da im je u ovim okolnostima lakše nego obično. Znatan udeo ispitanika, njih (36%) ukazuje na to da im je roditeljstvo/starateljstvo otežano u datim okolnostima. Važno je naglasiti da nalazi pokazuju da se najveće brige odnose na zdravlje, bilo da je u pitanju briga za decu (78%) ili briga o sebi (73%).

U kriznim vremenima, poput pandemije, uvek postoje i one socijalne grupe koje su posebno ranjive. To mogu da budu porodice sa decom sa psihosocijalnim problemima, koji dodatno nepovoljno deluju na porodicu u više različitih sfera. Socijalni problemi sa kojima se suočavaju ovakve porodice se neretko odnose na socijalnu izolaciju i isključivanje iz društva, uz prisustvo sažaljenja, osude i otvorenog odbacivanja [3, 4]. Specifičnost problema dece sa psihosocijalnim poteškoćama sa sobom nosi i poseban način zadovoljavanja različitih potreba, što često podrazumeva dodatne ekonomske troškove. Naime, medicinske i terapijske usluge, troškovi specijalne opreme i pomagala i drugi izdaci, opterećuju porodicu u još većoj meri [5]. Emocionalno, porodice dece sa psihosocijalnim teškoćama doživljavaju intenzivnija negativna osećanja.

U mere za sprečavanje epidemije uključeno je zatvaranje škola i praćenje nastave putem televizije ili onlajn platformi, što je pojedinim roditeljima omogućilo više prostora za provođenje vremena sa decom. Iako je to moglo da dovede do pozitivnih promena u odnosu roditelj-dete, promene u životnim navikama, nacionalnoj ekonomiji i pretnje po zdravlje, mogle su da utiču i na pojačavanje negativnih interakcija. Neki roditelji su se suočili sa pojačanim profesionalnim zahtevima (npr. zdravstveni radnici), a njihovi roditelji, odnosno bake i deke dece nisu bili u mogućnosti da pruže pomoć oko dece, usled zabrana kretanja starijim osobama. Odlasci u školu i susreti dece sa vršnjacima i drugim zaposlenima, predstavljali su deo svakodnevne rutine u životima dece, ali i mrežu potencijalne podrške deci, koja sada izostaje [6].

Kada je reč o defektolozima i ostalim stručnjacima specijalizovanim za rad sa decom koja imaju psihosocijalne teškoće, roditeljima u velikoj meri pomažu savetovanje i instruktivnim radom, podrška ne bi trebalo da bude ograničena samo na to. Potrebno je da se roditelji dodatno osnaže za roditeljsku

ulogu koja je specifična i za koju niko rođenjem nije pripremljen. Rad sa roditeljima ove dece treba da bude fokusiran na unapređivanje već postojećih roditeljskih veština i učenje novih, koje bi doprinele olakšanom napretku dece [7]. Dodatno, potrebno je raditi na redukciji stresa i napetosti koju životna uloga roditelja deteta sa psihosocijalnim teškoćama sa sobom nosi.

### **Podrška roditeljima kroz informisanje i edukaciju**

Neophodno je da se roditeljima dece sa psihosocijalnim teškoćama, prvenstveno, pruže informacije koje su od suštinske važnosti, a koje su u vezi sa problemom deteta [8]. Od izuzetnog značaja je da su roditelji obavешteni o ključnim karakteristikama i faktorima koji utiču na razvoj poremećaja, odnosno da im je poznata i jasna priroda problema deteta [9]. Kako bi se predupredile dodatne teškoće, prvi i osnovni korak i kamen temeljac uspešnog rada jeste edukacija u vezi sa samom dijagnozom, konsekvencama iste i načinima prevladavanja prepreka na putu odrastanja i vaspitavanja ove dece. Pored niza negativnih osećanja, roditelji bivaju suočeni i sa pitanjem kako da se odnose prema detetu čije su potrebe drugačije od tipičnih. Uz dobro poznavanje svih aspekata problema koje dete ima, olakšano je privikavanje na činjenicu da se ono razlikuje od većinskog dela populacije [10].

Nedovoljna informisanost roditelja može da vodi pogrešnom tumačenju dečijeg ponašanja i, samim tim, nerazumevanju koje može dodatno da pogorša situaciju. Naime, dečije ponašanje može biti protumačeno kao otpor, nepristojnost, bahatost ili roditelji mogu da se fokusiraju na potpuno drugi kraj tog kontinuuma i ponašanje deteta opažaju kao sopstveni neuspeh i krivicu. S tim u vezi, cilj edukacije treba da bude usmeren i na redukciju osećanja krivice roditelja. Tome treba dodati i da se porodice dece sa psihosocijalnim teškoćama suočavaju sa emocionalnom traumom, što je obično rezultat nedovoljne informisanosti o problemu njihovog deteta i o vrstama usluga koje im stoje na raspolaganju. Autor Ozozzi [11] smatra da neobaveštenost i neupućenost navodi roditelje ove dece da traže usluge nadrilekara, nekvalifikovanih „eksperata” i „kojekakvih samoprozvanih duhovnih posrednika”, umesto da se obrate ljudima koji su potkovani znanjem i obučeni upravo za rad sa decom koja imaju psihosocijalne probleme.

Pokazalo se da problematično ponašanje npr. dece sa ADHD-om i poremećajima ponašanja može da se redukuje ukoliko roditelji pohađaju određene obuke. S tim u vezi, obuka roditelja za primenu tehnika koje uključuju modifikovanje okruženja radi redukcije neželjenih ponašanja kod dece, pokazala se kao efikasna. Kod ovog tipa edukacije naglasak je na izmeni okruženja i okolnosti koje su karakteristične za određena ponašanja, što bi trebalo da dovede do jačanja alternativnih odgovora i promene ponašanja u budućnosti [12]. Ističe se i da bihevioralni tretman koji sprovode roditelji treba da podrazumeva pravljenje liste ponašanja koja su poželjna, liste uloga u kući i načina reagovanja u određenim situacijama. Uvodi se trening dnevnih veština, kojim

se omogućava organizovanje i adekvatan raspored svakodnevnih aktivnosti usmerenih na kreiranje potrebne rutine [9].

Poznato je da deca sa ADHD-om i poremećajima ponašanja imaju poteškoće koje se odnose na organizaciju i realizaciju rutinskih dnevnih aktivnosti, zbog čega je za njih od izuzetne važnosti da imaju pomoć oko uspostavljanja prikladne strukture dana i usvajanja radnih navika. U vezi sa tim, struktura dana bi trebalo da sadrži određene elemente poput školskih aktivnosti, socijalne komunikacije, fizičkih aktivnosti, načina ishrane, relaksacije i hobija. Postepenim zadavanjem kratkih izazova i zadataka, pojačavajući intenzitet i obuhvatnost istih, uz istovremeno potkrepljivanje pozitivnih ponašanja i savladavanja izazova koji se stavljaju pred dete, postavljaju se i temelji za rad. Neretko se javljaju i teškoće u učenju, zbog čega su potrebna i obrazovna prilagođavanja poput određenih didaktičkih sredstava, proveravanja domaćih zadataka i pomoć u vezi sa istim [13]. Angažovanje porodica kao aktivnih učesnika u obrazovanju njihove dece, a posebno tokom predškolskog uzrasta, izdvaja se kao važan faktor koji može doprineti pozitivnim posledicama u daljem razvoju i školskom postignuću [14].

Ipak, kao preduslov za primenu ikakvih metoda ili tehnika od strane roditelja, potrebno je uspostaviti dobar odnos između roditelja i deteta. Naime, potrebno je da se roditelji osnaže kroz edukaciju o asertivnim načinima komunikacije sa decom. To bi trebalo da dovede do poboljšanja odnosa roditelj-dete i omogući olakšan pristup emotivnom životu deteta. Jedan od takvih pristupa je *Program pozitivnog roditeljstva*, efikasan program podrške za porodice u kojima se članovi suočavaju sa smetnjama u razvoju. U okviru programa izdvaja se i poseban program za porodice i decu sa smetnjama u razvoju pod nazivom „*Stepping Stones*”, a ishodi koji se beleže odnose se na manju prisutnost poremećaja ponašanja, manju učestalost emocionalnih problema i psiholoških teškoća kod dece, uz istovremeno povećanu samoeфикаsnost dece. Kod roditelja dolazi do korišćenja pozitivnih roditeljskih metoda, ređih bračnih konflikata, smanjenja stopa zlostavljanja dece, višeg nivoa zadovoljstva [7].

### **Redukcija negativnih osećanja primenom antistres metoda**

Kod dece, ali i roditelja, mogu da se jave problemi sa privikavanjem na dijagnozu, te može doći i do razvoja poremećaja prilagođavanja, što je posebno moguće u doba COVID pandemije [15]. Od negativnih emocija koje se najčešće javljaju, u pitanju je pojačan roditeljski stres, i to posebno kod majki dece sa ADHD-om [16, 8]. Hauser-Cram i sar. [17] u svom istraživanju u kom su posmatrali porodice dece koja imaju razvojne teškoće, od ranih faza pa do 10 godina starosti, utvrdili su da je roditeljski stres drastično porastao. Dodatno, zaključak je da roditelji dece sa razvojnim teškoćama četiri puta češće prijavljuju da su pod stresom, u odnosu na roditelje dece tipičnog razvoja. U istraživanju u kom su autori [18] ispitivali psihosocijalne prediktore lošeg

kvaliteta sna kod roditelja sa decom koja imaju razvojne teškoće, kao najjači prediktor izdvaja se roditeljski stres.

Kako bi se predupredilo dalje nagomilavanje tenzije, stresa i napetosti, potrebno je sa roditeljima sprovesti određene psihoterapijske tehnike. Kao izvrsna i efikasna tehnika duboke relaksacije izdvaja se autogeni trening, koji može da se sprovodi i sa decom i sa roditeljima. Naime, primena ove tehnike u velikoj meri smanjuje vrednosti fizioloških pokazatelja poremećaja prilagođavanja, omogućava lakše suočavanje sa stresom i umanjuje njegov nepovoljan efekat na jedinku [19]. Iako je autogeni trening zamišljen kao metoda autosugestije putem koje se postuže opuštenost putem zamišljanja tog osećaja [20] mi u našoj praksi primenjujemo modifikovanu verziju autogenog treninga. Naime, to je autogeni trening bez autosugestije, kao vid psihomotornog učenja gde klijenti treba da opažaju osećaje opuštenosti koji su već prisutni. Kako bi se ovaj osećaj pospešio, potrebno je naglasiti pozitivne strane zajedničkog suočavanja sa poteškoćama u ovim porodicama. Goldenberg i Goldenberg [21] ističu da su rezilijentnije porodice koje se drže zajedno, posebno za vreme kriza. Dodatno, drugi autori [22] nalaze da rađanje deteta sa invaliditetom može da poboljša osećaj svrhe i odnose u porodici. Pored toga, nalaženje pozitivnog značenja u neuobičajenim teškoćama poput invaliditeta, može da poboljša prilagođavanje i da smanji osećaj opterećenja i stresa [23]. Shodno tome, pozitivna orijentacija, i pored svih nedaća sa kojima se suočavaju ove porodice, treba da predstavlja glavni i osnovni princip pristupa poteškoćama.

### **Zaključak**

U ovom radu su izložene samo neke od nepovoljnih okolnosti sa kojima se suočavaju porodice dece sa psihosocijalnim teškoćama i načini prevladavanja i reagovanja na iste. Ne treba po strani sklanjati činjenicu da će se posledice COVID pandemije tek odraziti i na opštu populaciju i na određene, osetljive grupacije, zbog čega je potrebno kontinuirano pratiti potrebe koje se javljaju ili usložnjavaju. Ne postoji pravi način na koji bilo ko od nas treba da se oseća pod trenutnim okolnostima u kojima se svi zajedno nalazimo, te je preporučljivo da udružimo naše profesionalne i ljudske snage i resurse u prevazilaženju negativnih posledica izazvanih pandemijom.

## SUPPORT, ANTISTRESS METHODS AND TECHNIQUES FOR PARENTS OF CHILDREN WITH PSYCHOSOCIAL DIFFICULTIES DURING THE COVID PANDEMIC

<sup>1</sup>Dragica Ilic, <sup>1,2</sup>Natasa Ljubomirovic, <sup>1</sup>Olivera Aleksic Hil

<sup>1</sup>Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

<sup>2</sup>School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

**Abstract:** During the COVID-19 pandemic, families have faced increased stress and worry about parenting and health. Families with children with psychosocial difficulties, whose social, economic and emotional needs have multiplied, have been hit by the pandemic. In this regard, experts should, as a form of support, inform parents about the diagnosis and its consequences and additionally empower them to actively participate in the path of the child's upbringing, development and overcoming obstacles. In addition, parents should be trained in the application of certain forms of treatment. Learning about the application of behavioral treatments and help with structuring the child's day and daily duties is more than desirable. Along with training on assertive and positive parenting and improving parent-child interaction, additional motivation of parents is recommended. It is possible to achieve this with different anti-stress methods, such as autogenic training without auto-suggestion while pointing out the strengths and resources of the family that is in this specific situation.

**Key words:** COVID-19, family, psychosocial difficulties, informing, training, anti-stress methods



## Literatura

1. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol.* 2020;75(5):631-43.
2. Unicef. Istraživanje o uticaju pandemije Covid-19 na porodice sa decom u Srbiji [Internet]. 2020 Maj. Dostupno na: <https://www.unicef.org/serbia/sites/unicef.org.serbia/files/2020-07/Istra%C5%BEivanje%20o%20uticaju%20pandemije%20Covid-19%20na%20porodice%20sa%20decom%20u%20Srbiji.pdf>
3. Ozozi ED. Special needs education and rehabilitation for beginner professionals. Jos: Deka Publication; 2005.
4. Ali BA. Professional challenges to counselling intervention for families of exceptional children. In: Conference Proceedings of the Annual National Conference of the Counselling Association of Nigeria (CASSON) held Kano. 2012. p. 27-39.
5. Stabile M, Allin S. The Economic Costs of Childhood Disability. *The Future of Children.* 2012;22(1):65-96.
6. Grujičić R, Bogdanović J, Stupar S, Maslak J, Pejović-Milovančević M. COVID-19 Pandemija – Uticaj na decu i mlade. *Psihijat dan.* 2020;52(1-2):99-111.
7. Šćepanović MN. Programi podrške roditeljima dece sa smetnjama u razvoju. 2017;(11):73-91.
8. Wenar C. Razvojna psihopatologija i psihijatrija: od dojenačke dobi do adolescencije. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
9. Aleksić Hil O. Deca sa hiperkinetskim poremećajem sa ili bez poremećaja pažnje (ADHD). U: Radivojević B, urednik. Deca sa teškoćama – preporuke za procenu i podršku. Beograd: FAMILIA; 2011. p. 49-54.
10. Lakićević M. Metode i tehnike socijalnog rada. Treće izdanje. Beograd: Fakultet političkih nauka; 2006.
11. Ozozi ED. Special education in Nigeria: A basic introductory text. Jos: Deka Publication; 1985.
12. Hornstra R, van der Oord S, Staff AI, Hoekstra PJ, Oosterlaan J, van der Veen-Mulders L. et al. Which techniques work in behavioral parent training for children with ADHD? A randomized controlled microtrial. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2021;50(6):888-903.
13. Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med.* 2010;122(5):97-109.
14. Hemmeter ML, Ostrosky M, Fox L. Social and Emotional Foundations for Early Learning: A Conceptual Model for Intervention. *School Psychology Review.* 2006;35:583-601.
15. Mahat-Shamir M, Pitcho-Prelorentzos S, Kagan M, Kestler-Peleg M, Lavenda O. Adjustment disorder in the face of COVID-19 outbreak: The impact of death anxiety, media exposure, fear of contagion and hypochondriasis symptoms. *Omega (Westport);* 2021.
16. DuPaul Georgej M, Karae E, Tanyal V. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2001;40(5):508-15.
17. Hauser-Cram P, Warfield ME, Shonkoff JP, Krauss MW, Sayer A, Upshur CC. Children with disabilities: a longitudinal study of child development and parent well-being. *Monogr Soc Res Child Dev.* 2001;66(3):115-26.
18. Gallagher S, Phillips AC, Carroll D. Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. *J Pediatr Psychol.* 2010;35(7):728-37.

19. Jojić BR, Lepasavić LM. Autogeni trening u lečenju poremećaja prilagođavanja kod odraslih osoba. Srp Arh Celok Lek. 2005;133(11-12):505-9.
  20. Irnich C. Relaxation techniques. In: Myofascial Trigger Points. Elsevier; 2013. p. 245-52.
  21. Goldenberg I, Goldenberg H. Family therapy: An overview. Pacific Grove: Brooks/Cole; 1996.
  22. Stainton T, Besser H. The positive impact of children with an intellectual disability on the family. J Intellect Dev Disabil. 1998;23(1):57-70.
  23. Ylvén R, Björck-Åkesson E, Granlund M. Literature review of positive functioning in families with children with a disability. J Policy Pract Intellect Disabil. 2006;3(4):253-70.
- 

**Dragica ILIĆ, dipl. specijalni pedagog**, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

**Dragica ILIĆ, Graduate special pedagogue**, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

## **PSIHODINAMIKA VELIKE GRUPE U RAZUMEVANJU GRUPNOG FUNKCIONISANJA TOKOM PANDEMIJE KORONA VIRUSA**

**Danilo Pešić**

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija  
Medicinski fakultet Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

**Apstrakt:** Ideja rada je da kratko iz psihodinamskog ugla tj. iz ugla psihoanalitičke socijalne psihologije poveže pandemiju korona virusa kao grupnu traumatsku situaciju sa nemogućnošću simboličkog mišljenja i reperkusiju toga na probleme u funkcionisanju grupa i institucija. Osnovna ideja je da se pandemija može koristiti kao psihološki model velike grupe („*large group phenomenon*“) na globalnom nivou. Takođe se diskutuje primenljivost Hoperove četvrte osnovne pretpostavke u nesvesnom funkcionisanju grupa u krizi.

**Ključne reči:** *psihoanalitička socijalna psihologija, psihodinamika, velika grupa, Hoperova četvrta osnovna pretpostavka*

Jednostavno rečeno aktuelna pandemija je izazvala i izaziva adaptivnu reakciju straha, neadaptivno anksiozno reagovanje, a zbog svoj trajanja i produženo stresno reagovanje. Za sada nema dokaza da je pandemija izazvala globalnu katastrofu, jer kako tvrdi Juval Noa Harari, nema više nerešivih globalnih kriza, ljudima je u interesu da se problemi reše i brzo se ujedine na globalnom nivou. Ali šta je onda novo u tome za psihijatra? Strah, anksioznost, produženi stres i rezilijentnost su poznati fenomeni. Biološka psihijatrija je brzo počela da razmišlja o neurotropsnosti virusa (anosmija) i njegovom potencijalu da izazove aktivaciju endotela, diseminovanu intravaskularnu koagulaciju i potencijalno oštećenje malih krvnih sudova mozga. Možda ni ne slutimo da ćemo se u specijalizovanim psihijatrijskim post-COVID ambulancama susretati sa post-COVID „zombijima“, anosmičnim, depersonalizovanim ljudima sa sindromom hroničnog zamora ali je to za sada domen fantazije.

Ono što je činjenica da je nepripremljenost za pandemiju, eksplozivno širenje „nevidljivog neprijatelja“ i brzo umiranje dobar psihodinamski model traumatske situacije. Traumatsko znači da je neophodan specifičan susret spoljne i unutrašnje realnosti: Frojdom rečima brutalni udarac spoljne realnosti diže mnemički talog nesvesnih strahova, a višak ekscitacija probija prag stimulusne barijere [1, 2]. Znamo kako su prve netačne vesti o širenju zaraze preko predmeta uticale na ljude sa opsesivnom strukturom ili kasnije hipoteze da se virus širi vazduhom. To je aktiviralo primitivne mehanizme odbrane i na individualnom i na grupnom nivou. Odbrane su išle od kontrafobičnog ponašanja preko opsesivnih odbrana, maničnog poricanja sve do psihotičnog negiranja realnosti i psihotičnog sloma (interni izraz za prolazno paranodino reagovanje bio je „COVID psihoza“). Histerične manifestacije i humor kojim se poriče realnost (za razliku od humora kao sublimacije) su takodje bile česte pogotovo u socijalnim medijima. Najozbiljnije su bile odbrane kojima se poricala spoljna i unutrašnja realnost. U traumi dolazi do snažnog aktiviranja splittinga kao refleksnog bazičnog mehanizma binarne organizacije iskustva, te splitting uvek prati i projekтивna identifikacija. Kada je projekтивna identifikacija snažna dolazi do mešanja selfa i objekta, spoljne i unutrašnje realnosti (nema testa realnosti, ovo što sada osećam su samo moje subjektivne misli i moja osećanja već mislimo da je to i objektivno tako, što bi Ron Briton rekao našoj imaginaciji i verovanjima pripisujemo pogrešno status objektivne činjenice). To je tačno situacija u kojoj ne može da se misli simbolički tj. apstraktno. Klajnijanskim rečima iskazano dolazi do simboličkog izjednačavanja unutrašnje i spoljne realnosti (npr. osoba koja je doživela udes u saobraćaju u požaru automobila u kojem je izgubila člana porodice, svaku situaciju u kojoj se susreće sa smanjenom vidljivošću npr. maglom, dimom, smogom, tumači kao ponavljanje traumatske situacije, nema simboličkog razmišljanja, ne može da kaže sebi da je smanjena vidljivost možda smog, magla, gasovi iz elektrane, već ima slom simboličkog mišljenja i svaka smanjena vidljivost postaje strašan požar, što rezultira panikom i blokadom [3]. Lakanovskim jezikom rečeno u traumi dolazi do sloma simboličkog registra, reda, jezika i zakona. Dolazi do razaranja „zakona oca“ i odatle čežnja za čvrstom figurom i mesijom koji će da izvuče grupu iz problema. U isto vreme dolazi do proliferacije imaginarnog registra, fantazija i nesvesnih strahova [4].

Didaktički posmatrano u razmatranju grupnih fenomena razlikujemo dinamiku male grupe, srednje grupe (engl. *median group*), velike grupe (engl. *large group phenomenon*). U velikoj grupi se najviše vidi psihotičan nivo funkcionisanja i svaki učesnik može da ima kontakt sa svojim psihotičnim delom ličnosti [5]. Ukoliko posmatramo gore opisane fenomene možemo reći sada imamo zanimljiv psihološki eksperiment u društvenoj zajednici tj. veliku grupu na globalnom nivou (ne aludiram da postoji ekperimentator koji interveniše, preciznije je reći da je studija opservaciona). Potrebno je dodati da je ispitivač i učesnik i da nemamo vremensku distancu. Možemo da izdvojimo nekoliko opserviranih fenomena velike grupe u ovom prirodnom terenskom eksperimentu: uzajamnu indukciju (setite se slike belih šatorskih bolnica iz Italije koje su kruzile društvenim mrežama „u poverenju“ kao bolnica koje se spremaju na Avali); projektivno okrivljavanje („Kako Kinezi mogu da ne kuvaju hranu, pa na testu inteligencije na pitanje zasto se hrana kuva dobijaš po poen ako kažeš, svarljivija je...lakše se žvaće...ubijaju se patogeni...“); poricanje (u osnovi stoji fenomen oglašavanja o medicinske savete, engl. „non adherence to medical advice“); anihilacione strahove koji posebno povezani sa strahovima da se bukvalno možemo ugušiti; primordijalne psihotične strahove od drugog (naziv za ovaj tip pneumonije je „community aquired pneumonia“). Separaciona anksioznost kao jedna od najsnažnijih anksioznosti zauzima posebno mesto. Jasno se zna se da nema poseta u bolnicama, da u intenzivnim negama nema mobilnog telefona i da je bukvalno moguća smrt u totalnoj izolaciji od bližnjih. Takođe je činjenica da se zbog epidemioloških razloga realizuju sahrane bez prisustva drugih ljudi. Situacija totalne izolovanosti, i odvojenosti (a ne jačina stresora), glavni je faktor koji definiše traumatsku situaciju. Svi gore opisani strahovi na grupnom nivou dovode do aktivacije četvrte odbrane (koju je opisao Erl Hoper i dodao ih uz tri Bionova grupna mehanizma odbrane) koju Hoper naziva „nekohezivnost: masifikacija/agregacija“ [6, 7]. Poznato je da Bion opisuje dva osnovna nivoa funkcionisanja grupe i tri nesvesne grupne fantazije koje služe kao mehanizmi odbrane na grupnom nivou. Svaka grupa pa i najzrelija funkcioniše paralelno na ova dva nivoa. Na nivou radne grupe je orijentisana na rešavanje grupnog zadatka. Na nivou „bazičnih pretpostavki“ koristi grupne nesvesne mehanizme odbrane od bola i frsutracije učenja iz iskustva. Svaka pa i grupa zrelijih i integrisanijih individa funkcioniše paralelno i na ovom „primitivnom“ nivou koji se suprotstavlja radnom zadatku, a to se održava preko osnovnih pretpostavki (engl. *basic assumption*). Prva odbrana se manifestuje fantazijom da uvek postoji spoljašnji objekat izvan grupe čija se mudrost i dobrota ne dovode u pitanje. Potreba za crkvom kao inistitucijom može biti bazirana na ovoj fantaziji (što ne znači da je ta fantazija jedini generator te potrebe!). Druga pretpostavka oličena je u fantaziji da će se iz sparivanja dva člana stvoriti neko još nerodjen koji će doći i spasiti grupu. Instucionalizacija aristokratije bazirana je na ovoj potrebi. Treća odbrana se manifestuje kroz grupnu fantaziju da je neprijatelj grupe uvek spolja i da se mora napasti ili se od njega mora bežati. Potreba za vojskom kao institucijom može da bude bazirana na ovoj fantaziji [8].

Erl Hoper, britanski sociolog i psihoanalitičar dodavanjem četvrte grupne odbrane ili fantazije opisuje funkcionisanje teških pacijenata (kriminalci i seksualni prestupnici), traumatizovanih organizacija i funkcionisanje velike grupe, ali i društva u trenucima krize. Koncept liči na Dirkegov koncept anomalije ali je precizniji, operacionalniji i naslanja se na prethodna znanja o dinamici grupnog funkcionisanja i može se izazvati u eksperimentalnoj terapijskoj grupi. Nekohezivnost ima dva lica: masifikaciju i agregaciju. Primer za masifikaciju je grupa navijača koja ima isti cilj, npr. da ide na utakmicu i njih karakterise brisanje ego granica, snažna neverbalna komunikacija, a njoj su sklonije individue sa tendencijom stapanja tj. oni sa „ameboidnim granicama” (po Britonu oni sa tendencijama narcističke adherencije tj. granično strukturisani). Primer za agregaciju je grupa ljudi u metro stanici u koja se sastavlja i rastavlja ali svako ima svoj cilj, svako ide kao svojoj kući, ovome teže zatvoreni koje on naziva „cristaceans-ljuskari” (po Britonu oni sa tendencijom narcističkog detačmenta tj. shizoidi) [6]. Snažna trauma potencijalno dovodi do najsnažnije bespomoćnosti, osećaja usamljenosti, te straha od anihilacije. Mehanizmi koji se aktiviraju su cepanje i fragmentacija na individualnom nivou, a na grupnom nivou na idealno i proganjajuće što vodi u odbranu fuziju tj. masifikaciju. Da bi se održala masifikacija neophodno je poništiti sva agresivna osećanja. Između članova domiraju rituali, postoji pritisak grupe na konformističko ponašanje i seksualizacija agresivnih osećanja (npr. u adolescentnoj bandi mora da se ukloni kompeticija). Ta ravnoteža je labilna, te se masifikacija lako pretvara u agregaciju gde je svaka podgrupa protiv druge podgrupe ili čak svako protiv svakog. Ovo se može opaziti ne samo u adolescentnoj bandi već i u institucijama [6, 7]. Proces i nekohezivnosti tj. oba lica – i masifikacija i agregacija, su se jasno primećivali tokom pandemije: od masovnih protesta protiv vakcina do korišćenja situacije pandemije kao izgovora da se ne radi osnovni posao institucije gde se uživalo i uživa u nekohezivnosti, jer nestaje i lična odgovornost. To izaziva situaciju da neki sagorevaju na poslu, a neki su na produženom odmoru.

Znamo da su tri ključne reči izlaska iz individualne krize: refleksivnost, agensnost i međusobno povezivanje [9]. Povezivanje mora da bude takvo da ima elemente zrele kohezivnosti u kojoj se uvažavaju individualne razlike (za razliku od nezrele kohezivnosti gde se povezivanje uspostavlja na račun brisanja individualnih razlika). Po Rortiju postoji lek za izlazak iz krize i to je solidarnost, ali ne kao fraza već kao strategija i kao neophodnost i zahtev. Solidarnost je proces osnaživanja koji nije ni individualistički ni altruistički po orijentaciji, već predstavlja i adaptivnu strategiju koja pomaže svima i individui i grupi i omogućava nam da dostignemo ciljeve koje individua ne može da dosegne sama. To je i individualno i kolektivno osnažujuće iskustvo koje je suprotstavljeno osećaju nemoći u izolaciji (osećaj nepovezanosti je glavni faktor traume). Solidarnost naravno može da bude obesmišljena, ismejana, napadnuta zavišću (iz individue i spolja), što pogršava izolaciju [10]. Tek obnavljanjem solidarnosti obnavlja se simbolički komunikacioni matriks [11]. Tek tada može da profunkcioniše „rad tuđe“ da bi se odtugovali gubici, grupa manje radi na nivou osnovnih pretpostavki a više na

nivou radne grupe koja je orijentisana na realnost i na bolno učenje iz iskustva. Kako kaže Ričard Rorti svi jednostavno moramo da se trudimo da proširimo osećaj za „mi“ koliko god možemo („*to keep trying to expand our sense of 'us' as far as we can*“) [10]. Iako zvuči jednostavno to je replikacija izgleda validnog i pouzdanog rezultata proisteklog i iz ovog prirodnog eksperimenta koji i dalje traje i nad kojim još nemamo kritičku distancu.

## **LARGE GROUP PSYCHODYNAMICS IN UNDERSTANDING GROUP FUNCTIONING DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC**

**Danilo Pesic**

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia  
School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

**Abstract:** Large group psychodynamics in understanding group functioning during the coronavirus pandemic The idea of the paper is to connect the pandemic of the coronavirus as a group traumatic situation with the impossibility of symbolic thinking and its repercussion on the problems in the functioning of groups and institutions. The basic idea is that the pandemic can be used as a psychological model of a large group phenomenon on a global level. The paper discusses the applicability of Hopper's fourth basic assumption in understanding unconscious functioning of groups in crisis.

**Key words:** *psychoanalytic social psychology, psychodynamics, large group, Hopper's fourth basic assumption*



**Literatura**

1. Jovanović-Dunjić I. Klasična psihoanalitička teorija Sigmunda Frojda-psihopatološki model. Erić Lj, urednik. Psihodinamička psihijatrija, Tom I. Istorija, osnovni principi, teorije. Službeni glasnik, Beograd, 2008;79-108.
2. Perelberg RJ. On excess, trauma and helplessness: Repetitions and transformations. Int J Psychoanal. 2015 Dec;96(6):1453-76.
3. Aguayo J. On understanding projective identification in the treatment of psychotic states of mind: the publishing cohort of H. Rosenfeld, H. Segal and W. Bion (1946-1957). Int J Psychoanal. 2009 Feb;90(1):69-92.
4. Diamond MJ. When Fathering Fails: Violence, Narcissism, and the Father Function in Ancient Tales and Clinical Analysis. J Am Psychoanal Assoc. 2018 Feb;66(1):7-40.
5. Von Sommaruga HT. Book Review: Small, Large and Median Groups: The Work of Patrick de Maré. Group Analysis. 2014;47(4):483-88.
6. Hopper E. Countertransference in the Context of the Fourth Basic Assumption in the Unconscious Life of Groups. Int J Group Psychother. 2005 Jan;55(1:Special Issue):87-113.
7. Hopper E. Consulting in/to organizations/societies as traumatized living human social systems. Int J Group Psychother. 2013 Apr;63(2):267-72.
8. Akhtar S. Psihologija Dobrote. Clio; 2016.
9. Jovanović-Dunjić I, Despotović T. Grupna analitička psihoterapija. Erić Lj, urednik. Psihodinamička psihijatrija, Tom VI. Psihodinamički pristup u psihoterapiji. Službeni glasnik, Beograd, 2011;244-67.
10. Rorty R. Contingency, irony and solidarity. New York: Cambridge University. 1989.
11. Küchenhoff J. The pandemic crisis as a crisis of the symbolic order and psychoanalytic work regarding imaginary objects. International Journal of Applied Psychoanalytic Studies. 021 Jun; Vol 18:149-58.

---

***Dr Danilo PEŠIĆ, psihijatar, klinički asistent***, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

***Danilo PESIC, MD, psychiatrist, clinical teaching assistant***, Institute of Mental Health, Belgrade, School of Medicine, University of Belgrade, Serbia



*UDK 613.86-053.5/6(497.11)*

*159.922.8(497.11)*

*616.98:578.834(497.11)*

## **UTICAJ COVID-19 PANDEMIJE NA LGBTQ+ POPULACIJU ADOLESCENATA**

**Jovana Maslak, Nikola Ljubičić, Dejan Todorović**

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

**Apstrakt:** Indirektne psihološke posledice Korona virusne bolesti 2019 (COVID-19) za pripadnike manjinskih zajednica su komplikovane, sačinjene od iskustava i stresora specifičnih za njihov marginalizovani društveni identitet. Mere socijalne i fizičke distance radi ograničavanja širenja COVID-19 virusne bolesti primorale su mnoge LGBTQ+ pripadnike adolescenata u domove koji su potencijalno nepodržavajući i nebezbedni. Doživljavanje usvojenih oblika manjinskog stresa, poput odbacivanja od strane porodice i viktimizacije, može povećati internalizovanu homofobiju i transfobiju te hipervigilanost odbijanja LGBTQ+ identiteta, što je povezano sa povećanim rizikom za zloupotrebu psihoaktivnih supstanci i psihijatrijske poremećaje (depresija, anksioznost, posttraumatski stresni poremećaj) među pripadnicima LGBTQ+ populacije adolescenata.

**Ključne reči:** *COVID-19, LGBTQ+ populacija, adolescenti*

LGBT+ populacija je interesantna zbog brojnih socijalnih [1], stigmatskih [2] i psiholoških razlika [3]. Posmatrano kroz istoriju, stigma povezana sa seksualnom orijentacijom osnažena je psihijatrijskom dijagnozom homoseksualnosti [4]. Ova dijagnoza je isključena iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-II) sedamdesetih godina XX veka, dok je iz Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) izostavljena dvadesetak godina kasnije [4]. Postojeća istraživanja demonstriraju da je zdravlje i blagostanje LGBTQ+ adolescenata pod velikim uticajem uvreženih socijalno strukturnih nejednakosti, što je stanje izvedeno iz duge istorije ugnjetavanja i diskriminacije [5].

LGBTQ+ adolescenti su i pre početka pandemije bili pod nesrazmerno većim rizikom da iskušavaju apsentizam, nasilje, nesigurno prebivalište, zloupotrebu supstanci, sajber nasilje i suicid [6].

Studija koja se bavi temom transrodnosti sprovedena na 305 ispitanika iz različitih Rodnih centara Evropskih zemalja daje podatke da su afektivni i anksiozni poremećaji bili prevalentniji u poređenju sa opštom populacijom [7]. U Holandiji i Belgiji zabeleženo je oko 6% afektivnih poremećaja, Nemačkoj i Norveškoj oko 12% [7]. U odnosu na heteroseksualne žene i muškarce, transrodne osobe su značajno češće prijavljivale suicidalne ideacije i pokušaje [7]. Mlađi uzrast, depresija, zloupotreba supstanci, seksualna zlostavljanja, viktimizacija su faktori od značaja [7]. Pretpostavka je da je viša prevalencija suicidalnog ponašanja kod LGBTQ+ populacije dodatno rezultat društvene stigmatizacije/diskriminacije u sklopu dugogodišnje psihološke trpnje [2].

Podaci koji su dostupni ukazuju i na postojanje razlika u obolevanju od medicinskih komorbiditeta. Trans i nebinarne osobe pokazuju značajno veću učestalost invaliditeta ili da imaju neko hronično oboljenje, dok su lezbejke i biseksualne žene sklonije gojaznosti [8]. Izveštaj iz 2019. govori o višim stopama pušenje i konzumacije alkohola od strane LGBTQ+ osoba i da su samim tim one više pogođene kardiovaskularnim oboljenjima, nekim vrstama karcinoma, i bolestima respiratornog sistema [8].

Covid-19 pandemija je značajno uticala na dalju deterioraciju mentalnog zdravlja ove populacije [9]. Preko 52% LGBT osoba je iskusilo depresiju u proteklih godinu dana, a sličan procenat je pribegavao samopovređivanju ili je razmatrao oduzimanje sopstvenog života [9]. U manjinskim etničkim grupama, kod trans ili nebinarnih osoba ovaj odnos je 64% i 70% [9]. Prema podacima onlajn istraživanja koje je sprovedeno na 8,425 ispitanika iz UK, Irske, Novog Zelanda i Australije, izolacija i socijalno distanciranje tokom COVID-19 pandemije su pogoršali mentalno zdravlje opšte populacije [10]. Uticaj pandemije nije doživljen podjednako, na primer samopovređivanje u LGBT populaciji se uvećalo za 7% u poređenju sa 2% u opštoj populaciji [11]. Dok u istom periodu 34% LGBTQ+ osoba koje je izveštavalo o slabom ili ekstremno narušenom mentalnom zdravlju se skoro udvostručilo na trenutnih 62% [11]. Sličan je ishod u pojačnom doživljavanju depresije i anksioznosti kod rodno različitih ili etničkih manjina. Jedan mogući razlog je sistem podrške za LGBTQ+ zajednicu koji je često različit od one za cis rodne i cis heteroseksualne osobe [11].

Zbog socijalnih problema i stigmatizacije uveden je termin „izabrana porodica”, i njime se često opisuje zajednica koju LGBTQ+ osobe prave, i koje su jake kohezivne grupe [11]. One funkcionišu kao zaštita od depresije i suicidalnosti izazvane stigmom diskriminacije, i ovakvi odnosi i veze – posebno među mladim LGBTQ+ osobama - mogu čak biti efektivniji u smanjivanju narušenog mentalnog zdravlja nego individualizovani pristupi kao što su razni vidovi kognitivno bihevioralnih terapija [11]. Jedan od faktora koji utiču na pogoršanje mentalnog zdravlja u LGBTQ+ zajednici (a koja je prisutna i u opštoj) je usamljenost koja se više nego udvostručila usled zatvaranja u toku Covid izolacije [5]. A usamljenost i socijalna izolacija je povezana sa dugačkom listom ozbiljnih rizika po različita fizička i mentalna stanja, uključujući povećani sveukupni mortalitet, kardiovaskularna oboljenja, cerebro-vaskularne bolesti, i demenciju [5].

Kada su u pitanju seksualne i rodne manjine, nije se obraćala pažnja na implikacije epidemioloških mera koje su nastupile usled odgovora na COVID-19 pandemiju [5]. Ovo se odnosi na sve adolescente čiji biološki pol, seksualnost, rodni identitet, i/ili rodna uloga nije u skladu sa većinskim heteronormativnim socijalnim normama, uključujući gej, lezbo, biseksualne, transdžender, queer i interseks adolescente [5]. U ovom smislu, ova populacija je bila najugroženija i potencijalno najviše izgubila [5]. Usled mera izolacije mnogi adolescent su bili primorani da ostanu kod kuće sa svojim članovima porodice koji ih odbacuju, ili su čak i otvoreno neprijateljski nastrojeni, zbog njihovog identiteta [5]. Istraživači su takođe ustanovili da su postojeće socijalno strukturne nejednakosti u značajnoj meri povećane usled COVID-19 pandemije, što usložnjava već postojeću disproporcionalnu patnju marginalizovanih etničkih, seksualnih, i polnih manjina širom sveta [6]. Podaci ukazuju da pandemija, globalno, pojačava faktore rizika koji vode povećanju nasilja kod kuće [12]. Bez podrške koja se crpi iz ličnog vršnjačkog kontakta, tokom izolacije LGBTQ+ adolescenti moraju da se nose i sa kontinuiranim negativnim uticajem roditelja i odbacivanjem od strane porodice [12]. Sa druge strane, za neke LGBTQ+ adolescente, zatvaranje škola i fakulteta može da bude predah od nasilja ili diskriminacije koju oseti preko 69% LGBTQ+ adolescenata na osnovu seksualne orijentacije ili rodne uloge u tom okruženju [12].

COVID-19 pandemija je pojačala socijalne i zdravstvene nejednakosti unutar društva. Iako su ekonomski i zdravstveni rizici LGBTQ+ populacije prepoznati, sva pažnja je usmerena na odrasle, značajno je manje pažnje posvećeno konsekvencama pandemije koje su zahvatile adolescente uopšte, a posebno LGBTQ+ omladinu koja je najvulnerabiliji deo te populacije. LGBTQ+ omladina ima veće šanse za suočavanje sa teškoćama mentalnog zdravlja i osiromašeno opšte funkcionisanje u odnosu na ne LGBTQ+ vršnjake [13]. Ishodi su direktno povezani sa iskustvima diskriminacije, viktimizacije, i odbacivanja od strane porodice, vršnjaka, i zajednice iz koje potiču [13]. Fizička distanca vodi ka zatvaranju u neprihvatajuću sredinu sopstvenog doma i izolaciju od razvojno značajnih socijalnih konekcija i uzora za identifikaciju. Sve je to povezano sa kompromitovanim mentalnim zdravljem (npr. depresija, suicidalnost) i povećanom verovatnoćom u upuštanje u rizična ponašanja

po zdravlje (zloupotreba supstanci, samopovređivanje) [13]. Ipak, LGBTQ+ omladina, izgleda mnogo više nego njeni ne LGBTQ+ vršnjaci, traži izvore informacija i pripadanje zajednici putem internet [13]. Ovo sugerise da su tekstualno bazirane platforme posebno pogodne za LGBTQ+ omladinu tokom pandemije, i najzastupljenije kod omladine ove čet platforme već duže vreme zadržavaju popularnost verovatno zato što održavaju povezanost i izgrađuju zajedništvo [13]. Tu spadaju Q Chat Space, TrevorSpace, ili Discord server (13). Omladina pojačano konzumira i digitalne medije (videe, igrice, muziku) konkretno specifični sadržaj koji je vezan za identitet: kao što su LGBTQ+ jutjub kanali i blogovi [13]. Iako imaju ograničen pristup „izabranoj porodici“ i individuama koje pružaju podršku, omladina održava povezanost preko socijalnih mreža ili sličnih platformi. Uprkos trenutnim stresorima, LGBTQ+ omladina uspeva da se angažuje u međusobnoj podršci onlajn [13]. Rezultati pokazuju da adolescenti koriste tekstualno bazirane platforme kako bi dobili neformalnu i formalnu LGBTQ+ specifikovanu podršku [15]. Q Chat Space izveštava da je prosečan broj učesnika u aktivnostima platforme udvostručen otkako su na snazi mere distanciranja, i sugerise da LGBTQ+ omladina traga za identitetsko specifičnim onlajn resursima tokom krize [13]. Trevor Project izveštava da se njihovo angažovanje na njihovom 24/7 kriznom servisu takođe udvostručilo [14].

Prema populacionoj studiji sprovedenoj u Ujedinjenom kraljevstvu, jedna od tri LGBTQ+ mlade osobe će iskusiti probleme mentalnog zdravlja, dok je oko istog pitanja odnos u opštoj populaciji jedan prema osam [15]. Takav razmer je prisutan usled iskustava koja karakterise hostilna socijalna okolina nabijena predrasudama, diskriminacijom i stigmom [15]. Kada se naiđe na poteškoće, postoje pokazatelji da LGBTQ+ osobe manje pribegavaju upotrebi zdravstvenih servisa zbog prisutnosti diskriminacije, a utisak dela LGBTQ+ populacije je da su servisi usmereni na mentalno zdravlje zapravo najdiskriminativniji među zdravstvenim servisima [15]. Usled slabijeg korišćenja zdravstvenih servisa u odnosu na opštu populaciju, sve upućuje na to da LGBTQ+ mlade osobe već sada uveliko koriste razne alternativne metode u brizi za svoje mentalnog zdravlja [15]. Usled želje da se izbegnu stigmatizirajući servisi koji bi trebalo da pruže pomoć, mlade osobe pribegavaju razvoju specifično efektivnih, ali još uvek robusnih strategija o kojima postoji puno toga što bi vredelo znati [15]. Istraživanja u ovom pravcu mogu nam omogućiti dodatni uvid u pomoć koju LGBTQ+ osobe dobijaju kroz „samo brigu“ i kako ovi procesi mogu biti što blagorodnije sprovedeni za njih.

Rapidna implementacija telemedicine može da doprinese kontinuitetu koji je potreban i cenjen od strane korisnika zdravstvene nege u vremenima kada je redukovan pristup kliničkim servisima. Akteri u oblikovanju javnog zdravlja moraju već sada da preduzmu značajne mere u podizanju svesti javnog mnjenja o vulnerabilnom mentalnom zdravlju mladih pripadnika LGBTQ+ populacije, kao i drugih marginalizovanih grupa, kako bi se što pre posvetili uklanjanju disproporcionalnih nejednakosti mentalnog zdravlja. Ovakva delovanja su od velikog značaja za mlade LGBTQ+ naraštaje, i ona bi trebala da nastave da budu prioritet tokom COVID-19

pandemije, ali još više i tokom svih planiranih strategija podrške u bliskoj i daljoj budućnosti. Posebno je važno da se u narednom period intenzivira rad na istraživanju stanja ove grupe u Srbiji. Za sada ovakva istraživanja su kod nas retka, te smo i u ovom pregledu koristili dominantno literature sa zapada, koja potencijalno može da ima specifičnosti u odnosu na naše podneblje.

## **INFLUENCE OF COVID-19 PANDEMIC ON LGBTQ+ POPULATION OF ADOLESCENTS**

**Jovana Maslak, Nikola Ljubicic, Dejan Todorovic**

Institut of Mental Health, Belgrade, Serbia

**Abstract:** Indirect psychological consequences of Corona virus disease 2019 (COVID-19) for members of minority communities are complicated, shaped from experiences and specific stressors for their marginalized social identity. Measures of social and physical distancing for COVID-19 purposes of virus spreading preventions forced many adolescent members of LGBTQ+ population to stay in unsafe environments. Experiencing adopted forms of minority stressors, like family rejection or victimization, can increase internalized homophobia, transphobia, or hypervigilance for LGBTQ+ identity rejection, which is related to high risk of psychoactive substance abuse or psychiatric disorders (depression, anxiety, PTSD) in the LGBTQ+ adolescent population.

**Key words:** *COVID-19, LGBTQ+ population, adolescents*



## Literatura

1. Garcia J, Vargas N, Clark JL, Magaña Álvarez M, Nelons DA, Parker RG. Social isolation and connectedness as determinants of well-being: Global evidence mapping focused on LGBTQ youth. *Glob Public Health*. 2020 Apr;15(4):497-519.
2. Gower AL, Valdez CAB, Watson RJ, Eisenberg ME, Mehus CJ, Saewyc EM, Corliss HL, Sullivan R, Porta CM. First- and Second-Hand Experiences of Enacted Stigma Among LGBTQ Youth. *J Sch Nurs*. 2021 Jun;37(3):185-94.
3. Chumakov EM, Ashenbrenner YV, Petrova NN, Zastrozhin MS, Azarova LA, Limankin OV. Anxiety and Depression Among Transgender People: Findings from a Cross-Sectional Online Survey in Russia. *LGBT Health*. 2021 Aug-Sep;8(6):412-9.
4. Lothwell LE, Libby N, Adelson SL. Mental Health Care for LGBT Youths. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2020 Jul;18(3):268-76.
5. Salerno JP, Devadas J, Pease M; Nketia B, Fish JN. Sexual and Gender Minority Stress Amid the COVID-19 Pandemic: Implications for LGBTQ Young Persons' Mental Health and Well-Being. *Public Health Reports*. 2020;135(6):721-7.
6. Toomey RB, Russell ST. The role of sexual orientation in school-based victimization: a meta-analysis. *Youth Soc*. 2016;48(2):176-201.
7. Duišin D, Djordjević M. Transseksualizam multidisciplinarni fenomen. *Branmil. Beograd* (2017):206;21.
8. Phillips C. How Covid-19 has exacerbated LGBTQ+ health inequalities. *BMJ*. 2021; 372: m4828.
9. Kaniuka A, Pugh KC, Jordan M, et al. Stigma and suicide risk among the LGBTQ population: Are anxiety and depression to blame and can connectedness to the LGBTQ community help? *J Gay Lesbian Ment Health*. 2019;23 205-20.
10. Faulkner J, O'Brien WJ, McGrane B, Wadsworth D, Batten J, Askew CD, Badenhorst C, Byrd E, Coulter M, Draper N, Elliot C, Fryer S, Hamlin MJ, Jakeman J, Mackintosh KA, McNarry MA, Mitchelmore A, Murphy J, Ryan-Stewart H, Saynor Z, Schaumberg M, Stone K, Stoner L, Stuart B, Lambrick D. Physical activity, mental health and well-being of adults during initial COVID-19 containment strategies: A multi-country cross-sectional analysis. *J Sci Med Sport*. 2021 Apr;24(4):320-6.
11. McDermott E. Improving LGBTQ+ young people's mental health. Royal Society of Medicine. LGBTQ+ health care webinar. Lancaster University. 26 Jun 2020.
12. DeMulder J, Kraus-Perrotta C, Zaidi H. Sexual and gender minority adolescent must be prioritised during the global COVID-19 public

- health response. *Sexual and Reproductive Health Matters*. 2020; 28(1): 1804717.
13. Fish JN, McInroy LB, Pacey MS, Williams ND, Henderson S, Levine DS, Edsall RN. Adolescent health brief „I’m Kinda Stuck at Home With Unsupportive Parents Right Now”: LGBTQ Youths’ Experiences With COVID-19 and the Importance of Online Support. *Journal of Adolescent Health*. 2020;67(3):450-2.
  14. The Trevor Project. Implications of covid-19 for LGBTQ youth mental health and suicide prevention. 2020; <https://www.thetrevorproject.org/2020/04/03/implications-of-covid-19-for-lgbtqyouth-mental-health-and-suicide-prevention/>.
  15. Town R, Hayes D, Fonagy P, Stapley E. A qualitative investigation of LGBTQ+ young people’s experiences and perceptions of self-managing their mental health. 2021;1-14.

---

***Dr Jovana MASLAK, doktor medicine***, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

***Dr Jovana MASLAK, MD***, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

**E-mail:** [jovana.maslak@imh.org.rs](mailto:jovana.maslak@imh.org.rs)

## ŽALOST U PANDEMIJI KAO IZAZOV ZA ODRASTANJE I RODITELJSTVO

Marija Mitković Vončina<sup>1,2</sup>, Marija Lero<sup>1</sup>,  
Željka Košutić<sup>1</sup>, Ana Munjiza Jovanović<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Institut za mentalno zdravlje, Beograd

<sup>2</sup>Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet

**Apstrakt:** Pandemija koju je izazvao Koronavirus 2 (SARS-COV-2) donela je mnoge gubitke – od gubitka poznatog načina života, do gubitka samog života i života bližnjih, što može poprimiti nivo sekundarne pandemije – pandemije žalosti. Ova pojava na specifičan način pogađa decu i adolescente, utičući na njihovo odrastanje i kasniji život. U ovom radu prikazani su različiti aspekti normalne i komplikovane ožalošćenosti dece i adolescenata, izazova za roditeljstvo, i preporuke za intervencije, a u svetlu specifičnog uticaja pandemije. Prikazani materijal ukazuje na važnost prave ravnoteže između pružanja podrške procesu prirodnog tugovanja s jedne strane, i pažljivom praćenju dece i mladih i procene rizika za komplikovanu ožalošćenost i druge probleme mentalnog zdravlja s druge strane. Deci i adolescentima treba pomoći da što bolje razumeju gubitak, da imaju priliku da izraze svoje misli i osećanja povodom gubitka, i da nauče adaptivno da regulišu svoja osećanja. U tome im mogu pomoći roditelji odnosno staratelji (podrška normalnom procesu žalovanja, modelovanje emocionalne regulacije) kao i stručnjaci – pomažući deci i mladima i njihovim starateljima da se u gubitku što bolje snađu, i pružajući preventivne i terapijske intervencije za probleme mentalnog zdravlja. U uslovima pandemije teški gubici mogu biti još teži, pa je potrebno anagažovanje višestrukih resursa kako bi se što uspešnije amortizovali ovi tektonski pokreti mladih života.

**Ključne reči:** žalost, ožalošćenost, pandemija, deca, adolescent, roditeljstvo

## Uvod

Krajem 2019. godine, u Kini se pojavio Korona virus 2 (SARS-COV-2) koji je uzrokovao novu bolest respiratornih puteva nazvanu korona virusna bolest 2019 (Covid 19). Zbog izražene virulentnosti i kontagioznosti, ovaj virus brzo je zavladao čitavim svetom [1] i doveo do pandemije koja traje i danas. Ova pandemija sa sobom donosi brojne posledice, od gubitka uobičajenog načina života, do gubitka samog života i života bližnjih. Do sada, tokom pandemije stradalo je preko 5,8 miliona [2] obolelih osoba, ostavljajući za sobom još više onih koji za njima žale. Procenjeno je da za svakom žrtvom koja je stradala od korona virusa prosečno žali devet osoba [3]. Pretpostavljeni globalni broj onih koji žale zapravo poprma razmere sekundarne pandemije – „pandemije žalosti“ [4].

Tragični gubici i žalost pogađaju i one najosetljivije – decu i adolescente. Tokom prvih četrnaest meseci pandemije više od 1.5 miliona dece izgubilo je barem jednog staratelja (primarnog ili sekundarnog) usled infekcije korona virusom [5]. To ukazuje da su deca izgubila minimalno jednog roditelja, baku ili deku, ili drugu blisku osobu koja o njima brine. Istraživanje u SAD u prethodnoj godini pokazalo je da među mladima koji su izgubili jednog roditelja dominiraju adolescenti (čak tri četvrtine) [6], a podaci govore da su deca značajno češće ostajala bez očeva nego bez majki [5]. S obzirom na to da oko 38% dece širom sveta živi u zajednici u kojoj su prisutni i baba i deda [7], pripadnici najvulnerabilnije grupe u pandemiji, može se pretpostaviti da je značajan broj dece u riziku od gubitka važne psihosocijalne, emocionalne, pa i materijalne podrške [8]. Sve navedeno govori o specifičnosti i kompleksnosti pozicije dece i adolescenata tokom pandemijskih gubitaka, odnosno da se deca i odrasli tokom pandemije nalaze „u istoj oluji, ali na različitom čamcu“ [9].

## Žalost kod dece i adolescenata

Žalost predstavlja univerzalani prirodan proces za većinu ljudi koji dožive gubitak bliske osobe [10]. To je interni proces koji je potrebno da osoba prođe nakon ovakvog gubitka, i koji se manifestuje kroz ličnu i socijalnu dimenziju. Određeni oblici ovog procesa, međutim, mogu da poprime kompleksniji nivo po intenzitetu, trajanju, i nemogućnosti osobe da se funkcionalno vrati socijalnom i emocionalnom životu, kada je potrebna stručna pomoć [11].

Dugo se mislilo da deca nemaju kognitivnu i emocionalnu zrelost da dožive gubitak bližnjeg i da ih to čini otpornim u odnosu na patnju zbog gubitka. Ono što je vremenom pokazano, međutim, jeste da gubitak voljene osobe predstavlja jedan od najstresogenijih životnih događaja u detinjstvu i da može biti faktor rizika za brojne poremećaje [11-13]. Deca i mladi se sa gubitkom suočavaju na specifične načine, i često u specifičnim okolnostima u kojima oni koji o njima brinu mogu biti onemogućeni da to rade na uobičajen način zbog sopstvene žalosti i patnje [11]. Na proces žalovanja dece i adolescenata može uticati i negiranje od strane odraslih u okruženju koji se na sopstveni način bore sa ožalošćenošću [11].

Razumevanje smrti i žalosti od strane mladih zavisi od većeg broja faktora, među kojima su uzrast odnosno razvojni stadijum, prethodna životna iskustva, individualni temperament, obrazac komunikacije kod roditelja, podrška okoline, kulturne i religijske vrednosti miljea u kojem raste, geografsko poreklo i drugi [14-16].

Odojčad i mala deca uznemireno reaguju kada se odvoje od njima bitne figure. Njima je potrebna stabilna rutina, i osetljivi su na svaku promenu u njoj [16]. Za decu do školskog uzrasta smrt predstavlja reverzibilni proces, oni mogu smatrati da osobe koje su preminule mogu oživeti ili da, na primer, nisu prestali da jedu, spavaju ili osećaju [15,16]. Deca u ovom uzrastu zapravo ne mogu u potpunosti da shvate concept smrtnosti, već veruju da se smrt događa samo starim i u nekim slučajevima, zlim osobama [15]. Deca su tada i sklona mišljenju koje je centrirano oko njih, kao i magijskom mišljenju, te mogu verovati da su smrt upravo oni izazvali svojim radnjama, rečima ili mislima, i mogu osećati krivicu zbog toga [16]. Predškolska deca, zatim, mogu pokazivati zavisne obrasce ponašanja, imati strahove, problem sa snom i apetitom, noćne more, gubitak kontrole sfinktera, napade besa i burnog ponašanja (tantrume) i hiperaktivnost [15].

Za školsku decu, smrt postaje personifikovana i shvaćena kao neizbežni životni događaj, usled razvoja konkretnog mišljenja [16]. Takođe, zbog manje egocentričnog mišljenja nego kod mlađe dece, deca ovog uzrasta ne brinu samo o svojim potrebama, već i o dobrobiti ostalih u tom periodu, raspitujući se o uzroku i okolnostima same smrti [16]. Usled toga, nagla smrt roditelja, kao što je smrt od posledica infekcije korona virusom, može duboko da pogodi dete, stavljajući ga pod rizik od traumatske žalosti, poremećaja raspoloženja, anksioznih poremećaja, loših obrazovnih ishoda, suicida i drugih posledica kroz čitav život [15]. Mlađa školska deca ne moraju ispoljiti psihičke tegobe, ali često imaju promene u ponašanju i igri. Ipak, i ona mogu imati manifestne smetnje u vidu dekoncentracije, problema spavanja i ishrane, somatskih žalbi, iritabilnosti, hiperaktivnosti, pada školske efikasnosti, sukoba sa bratom ili sestrom [17]. Starija školska deca, međutim, verbalizuju neprijatna emocionalna stanja – anksioznost, paniku, disforiju, agresivnost, kao i interpersonalne konflikte [17]. Žalost u dečijem periodu može se manifestovati u vidu povremenih i kratkih ispada u emocijama i ponašanju kroz duži vremenski period, dok kod druge dece reakcije žalosti mogu biti intenzivnije [17]. Deca žalost često mogu ispoljavati kroz igru, što može biti pogrešno protumačeno od strane roditelja [16]. Po prirodi deca imaju veći potencijal za oporavak, ali je pristup aktivnostima kao što su druženje sa prijateljima, sport, vannastavne aktivnosti, koje mogu doprineti prevazilaženju tuđe, tokom pandemije ograničeni, dok su sa druge strane indikatori koje povezujemo sa infekcijom i smrću kao što su maske, priče ljudi koji su bili zaraženi, medijska izloženost, sveprisutni i tako smanjuju restorativno nošenje sa gubitkom, okružujući decu stvarima koje ih stalno podsećaju na smrt [18].

Adolescenti i postadolescenti razvojem logičkog mišljenja shvataju smrt kao ireverzibilnu i univerzalnu, pa njihov proces žalosti podseća na onaj kod odraslih [16]. Mogu žalost pokazivati i kroz depresivno raspoloženje, socijalno povlačenje, suicidalnu ideaciju i ponašanje, otpore, impulsivnost, zloupotrebu supstanci [17]. Pored toga mogu pokazivati i narušen proces tranzicije iz adolescencije u odraslo

doba, uz narušenost razvoja ključnih uloga – formiranja identiteta, nezavisnosti, optimizma za budućnost, uz snižen kapacitet za emocionalnu regulaciju, što ih može navoditi na to da se razlikuju od svojih vršnjaka [4,19]. Studija sprovedena među studentima u SAD [20] pokazala je da je i pre pandemije dosta mladih (42%) bilo ožalošćeno usled smrti člana porodice ili prijatelja u toku prethodne godine, pa ova prepandemijska žalost zapravo može značajno biti potencirana aktuelnom epidemiološkom situacijom.

### **Komplikovana ožalošćenost kod dece i adolescenata**

Pandemija predstavlja jedan od prvih značajnih društveno-istorijskih događaja koje su današnji mladi iskusili, sa posledičnim promenama koje mogu imati doživotni uticaj [21]. Taj uticaj može se ogledati kroz povećan rizik za probleme u mentalnom funkcionisanju, s obzirom na ograničenu sposobnost mladih da razumeju svoje okruženje, nose se sa stresorima i kontrolišu svoju okolinu [9]. Istraživanja su pokazala da mnoga deca nisu bila spremna za smrt njima značajne osobe tokom pandemije [22]. Kao razlozi se navode nepripremljenost odraslih za budući gubitak odnosno nedostatak razumevanja o pogoršanju zdravstvenog stanja njihovih bližnjih i predstojeće smrti, kao i stavovi roditelja da će neupućivanje dece u informacije o pretećoj smrti voljenih dovesti do zaštite dece od distresa [22].

Smrt bliskih osoba, dakle, predstavlja visoko stresan doživljaj za decu [23] a posebno u uslovima pandemije, tako da žalost može poprimiti i razmere komplikovane ili traumatske ožalošćenosti, odnosno poremećaja koji se u DSM-5 klasifikaciji prepoznaje kao „perzistentni poremećaj kompleksne ožalošćenosti” [24], odnosno „poremećaja produžene ožalošćenosti” prema jedanaestoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11) [25]. Prema MKB-11, ovaj dijagnostički entitet karakterišu perzistentna i pervazivna čežnja za preminulim ili perzistentna i pervazivna preokupacija preminulim, zatim neprihvatanje smrti, doživljaj gubitka dela sebe, nesposobnost da se oseti pozitivno raspoloženje, emocionalna utrnulost, kao i teškoće uključivanja u socijalne i druge aktivnosti [25]. Navedeni simptomi treba da zadovoljavaju i kriterijum duže vremenske udaljenosti od gubitka i disfunkcionalnosti (više od šest meseci), da prevazilaze očekivane socijalne, kulturološke ili religiozne norme konteksta u kojem se osoba nalazi, kao i da problemi izazivaju značajnu disfunkcionalnost na ličnom, porodičnom, socijalnom, obrazovnom, radnom i drugom nivou [25]. U dopunskoj dijagnostici komplikovane ožalošćenosti uz distinkciju u odnosu na veliki depresivni poremećaj i posttraumatski stresni poremećaj, kod dece i mladih iznad 7 godina mogu biti od pomoći skrining i dijagnostičke skale adaptirane za dečiji i adolescentni uzrast, kao što su Inventar produžene ožalošćenosti za decu odnosno za adolescente (*Inventory of Prolonged Grief for Children / Adolescents*) [26].

Etiološki model komplikovane ožalošćenosti kod dece menjao se kroz vreme, a u svetlu posmatranja procesa žalovanja iz različitih teorijskih okvira [11]. Od prvih psihodinamskih [27], pa do današnjih etioloških modela, viđenje o žalosti kod dece se menjalo od toga da deca nemaju dovoljnu zrelost da pate zbog gubitka svojih atačment figura [27], preko adaptacija modela žalosti odraslih za dečiji uzrast [28-

30], modela žalosti iz perspektive razvojnih faza [31] i evolucionističke perspektive [32], pa do kognitivno-bihejvioralnih modela žalosti [33], i modela koji se fokusira na značenje gubitka za ožalošćenog kao centralni element procesa žalovanja [34,35]. Kognitivno-bihejvioralni model komplikovane ožalošćenosti [33] organizovan je oko tri ključne teme, i to: loše integracije separacije, opštih negativnih uverenja i pogrešnih tumačenja reakcija na gubitak i ožalošćenost, i strategija izbegavanja po tipu anksioznosti i depresije koja vode održavanju tegoba [11].

Kada su u pitanju faktori rizika koji decu i adolescente mogu činiti podložnim komplikovanoj ožalošćenosti, oni se mogu podeliti u: *faktore pre gubitka* – tip odnosa sa preminulim (konflikt, zavisnost), razvojna i lična istorija ožalošćenog (prethodni razvojni ili psihički poremećaji, traumatski događaji, rana separacija), atačment (ambivalentni odnosno nesigurni), i porodična istorija i porodična dinamika (ranije smrti, nestabilnost porodične strukture, itd.); *faktore povezane sa smrću* – okolnosti smrti (nagla smrt, nasilje, traumatska smrt gde je dete bilo prisutno, mutilirani prizori, nemogućnost da se preminuli vidi, itd) i okolnosti vezane za sahranu (da li dete može prisustvovati, ili je, pak, primorano da nevoljno učestvuje bez psihološke pripreme i praćenja); i *faktore povezane sa periodom posle smrti* – reakcije osoba u bližem okruženju (negiranje, nerazumevanje, nedostupnost, odbacivanje, agresivnost, zabrana da se govori o preminulom ili distresu, nepraćenje deteta u procesu davanja značenja smrti, itd), i širem dnevnom okruženju (vršnjačko etiketiranje, digitalno nasilje, itd.), kao i promene u dnevnim životnim obrascima (selidba, promena škole, itd.) što sve predstavlja vid gubitka [11]. Studije na mladima koji su pretrpeli različite vrste gubitka kao faktore rizika identifikuju i ženski pol, doživljaj da su mogli sprečiti smrt vršnjaka, izloženost interpersonalnom konfliktu, ličnu istoriju depresivnih smetnji, porodičnu istoriju anksioznih poremećaja, zatim gubitak roditelja a posebno usled hronične bolesti koja je duže trajala (anticipirana smrt) [36, 37].

Podaci o tome koliko je dece i adolescenata u Srbiji pretrpelo komplikovanu formu ožalošćenosti tokom pandemije još uvek nisu poznati. Preliminarni podaci istraživanja među psihoterapeutima (sertifikovanim i psihoterapeutima koji rade pod supervizijom) koji su pružali tretman klijentima tokom pandemije u Srbiji [38], pokazali su da 33% terapeuta koji rade sa decom i adolescentima prepoznaje da se deca i adolescenti češće upućuju na tretman zbog tegoba povezanih sa gubitkom bližnjeg (akutna stresna reakcija, produžena ožalošćenost) tokom pandemije nego pre. Navedeni podaci dodatno zabrinjavaju jer mogu biti samo vrh ledenog brega, s obzirom na to da je poznato da značajan broj mladih koji imaju tegobe u oblasti mentalnog zdravlja (i do 70%) uopšte i ne dođe do tretmana na vreme [39], što može biti još problematičnije u uslovima pandemije. Dodatno brine i podatak da oko 46% terapeuta u spomenutoj studiji koji rade sa mladima smatra da je komplikovana ožalošćenost u pandemiji veći izazov za terapiju nego pre pandemije, dok 33% nije sigurno da li je tako ili ne. Može se pretpostaviti, dakle, da je pandemija faktor rizika i u pogledu učestalosti i kvaliteta komplikovane ožalošćenosti kod dece i adolescenata, što bi trebalo ispitati daljim istraživanjima.

Pored same komplikovane prirode prolongirane ožalošćenosti u dečijem i adolescentnom uzrastu, važno je imati na umu i da se ona može kombinovati i dalje komplikovati drugim problemima razvoja i mentalnog zdravlja [40]. Najčešći komorbiditeti se odnose na veliki depresivni poremećaj i bolesti zavisnosti u adolescenciji, kao i posttraumatski stresni poremećaj (posebno kada se radi o smrti usled traumatskog ili nasilnog događaja). Patološka ožalošćenost može uzrokovati nove psihijatrijske poremećaje, kao i poremećaje somatskog zdravlja, ili provocirati dekompenzaciju postojećih poremećaja; dok određene studije pokazuju i drugačiji tok nakon gubitka bližnjeg, odnosno razvoj veština važnih za rezilijenciju kod izvesnog broja mladih [13, 41].

### Specifičnosti žalosti u pandemiji

Tokom pandemije, bolest i smrt dolaze naglo i nepredvidivo. Deca, kao i odrasli, nemaju mogućnost provođenja vremena sa bližnjim koji umire, i to upravo u onim trenucima kada zajedništvo ima veliki značaj [42]. Shodno epidemiološkim merama, porodice nekada nisu mogle ni da organizuju sahrane i druge religijske rituale [43], pa stoga nemogućnost iskazivanja poslednjeg pozdrava može doprineti da se smrt bliske osobe ne doživljava realno i ostavlja utisak neresenosti [44]. Socijalna podrška predstavlja jedan od najjačih prediktora za prevazilaženje žalosti, tako da nemogućnost prisustva sahrani doprinosi gubitku ovakvog kontakta [45] i stvaranju usamljenosti što sve može produbiti osećanje žalosti [46]. Fizička distanca je doprinela gubitku izbora umiruće osobe o tome ko će da brine o njoj i sposobnosti članova porodice da je uteše [42], što dodatno doprinosi nošenju sa gubitkom.

Za decu smrt tokom pandemije, može biti prvo suočavanje sa smrću uopšte, pa shodno tome imaju manje znanja o smrti i nemaju dovoljno vremena za adaptaciju. Deca su podložnija pogrešnom tumačenju dostupnih informacija i nemaju ličnu „mapu” dolazećih osećanja, reakcija i koping strategija [9]. Oni koji su izgubili bližnjeg usled zaraze ovim virusom imaju teže akutne reakcije tugovanja u odnosu na one koji su nekog izgubili iz prirodnih razloga [47].

Navedeni problemi sami po sebi predstavljaju težak teret za mladu populaciju, a udruženi su i sa drugim, naizgled neopipljivim gubicima. Pored primarnih gubitaka, kao što su gubici voljenih osoba, mlade snažno pogađaju i *sekundarni gubici* [48], čije posledice mogu inicijalno biti maskirane, ali se pokazuju kroz vreme [49]. To su gubitak druženja [50], proslava, grupnih okupljanja [51], izmenjena porodična dinamika, gubitak pretpostavljene bezbednosti; gubitak slobode i autonomije [48], kao i razmišljanje o tome kako bi svet trebalo da izgleda [45].

Socijalna distanca remeti komunikaciju i minimizira fizičku i emocionalnu intimnost ograničavajući je na virtuelni svet koji doprinosi gubitku spontanosti i uživanja u interakciji [48,52]. Uzimajući u obzir važnost vršnjačkog prijateljstva za emocionalni rast dece [53], ovakav vid izolacije dovodi do usamljenosti koja sa sobom nosi brojne rizike [54]. Treba uzeti u obzir i porodične razgovore o vulnerabilnosti i izloženosti starijih članova porodice, ograničene posete bakama i dekama, izloženost medijskom sadržaju, nedostatak komunikacije u školama, što sve može voditi radoznalosti dece, koja, ukoliko se ne



prepozna, može prerasti u strah od neizvesnosti [9, 15]. Deca, takođe, mogu emocionalno reagovati ukoliko pomisle da su prenosiooci virusa, mogu biti ljuta na drugu decu što ne preduzimaju preporučene epidemiološke mere i mogu kriviti sebe za bolest i smrt nekog drugog [15].

Gubitak rutinskih aktivnosti kao što su vrtić, škola, sport i rekreacija kod mladih [48], remeti osećaj udobnosti i bezbednosti koje date aktivnosti obezbeđuju [55]. Promene u sistemu školovanja [56] gde se tranzicija od tradicionalnog učenja brzo odvijala ka onlajn okruženju [57] predstavljaju značajnu promenu za porodicu i mlade zbog nejednake dostupnosti tehnologije [58] i socijalne izolacije, gubitka kontakta sa nastavnicima i drugim učenicima [54]. Istraživanje grupe studenata pokazalo je da je najčešći problem kod njih u novom digitalnom okruženju bila nemogućnost fokusiranja na školski rad i privikavanje na ovakav vid nastave [56]. Gubitak organizovanog sporta i takmičenja smanjio je mogućnost za druženje, ali i dobrobit za fizičko i mentalno zdravlje [59]. Pandemija je poremetila i posete zdravstvenim ustanovama radi drugih somatskih tegoba, kao što su odlazak kod stomatologa, očnog lekara, rutinske vakcinacije i drugi pregledi [15].

Ovakvi multipli gubici ukazuju da mnogi ljudi širom sveta verovatno žive u stanju blage, ali hronične tuge [45], što se specifično negativno može odraziti na decu i adolescente.

### **Ožalošćenost dece i mladih kao izazov za roditeljstvo**

Roditelji se tokom ožalošćenosti sreću sa brojnim nedoumicama. Jedna od njih je kako da pripreme i obaveste decu o smrti njima dragih ljudi [60], te stoga manje informišu svoju decu o očekivanom smrtnom ishodu, bez obzira na to što je poznato da će se takav ishod desiti u skorašnjoj budućnosti [22]. Zatim, osobe koje su izgubile bližnje tokom pandemije, izjavile su da bi im bilo od koristi kada bi neko, pre svega misleći na medicinsku struku, pomogao kako da na najadekvatniji način razgovaraju sa decom, i da ne koristeći eufemizme i materijal sa interneta, pojasne deci situaciju pre nego što smrt nastupi [22].

Podaci istraživanja u svetu ukazuju da roditeljski distress tokom pandemije može biti povezan sa većom roditeljskom i porodičnom disfunkcionalnošću, i povećanim rizikom zlostavljanja dece i njegovim posledicama [48]. Ukoliko je u pitanju smrt jednog od roditelja, preživeli roditelj mora da se nosi sa brojnim poteškoćama kao što su sopstvena ožalošćenost, birokratske obaveze praćene javnim ograničenjima usled epidemiološke situacije kao i ekonomski uticaj pandemije, pri čemu je on važan posrednik u procesu žalovanja kod dece [16, 61].

Još uvek ne znamo dovoljno o doživljajima roditelja kada je u pitanju ožalošćenost dece tokom pandemije u našoj zemlji. Istraživanje koje se bavilo tegobama iz domena mentalnog zdravlja tokom pandemije u Srbiji [62], pokazalo je da u porodicama koje tuguju ima dosta dece u najmlađim uzrastima, a gubitak bližnjeg usled infekcije korona virusom bio je prediktor izraženijih simptoma depresije, anksioznosti i stresa kod roditelja u uzorku. Navedeno može govoriti u prilog tome da se roditelji u porodicama koje su nekog izgubile mogu nositi sa posebnim izazovom kako da pruže najbolju potporu svojoj deci (koja su često u uzrastu koji nejasno razume smrt) dok i sami trpe intenzivna negativna osećanja.

Iz navedenih razloga, važno je razumeti kako roditeljstvo može pomoći u procesiranju žalosti kod dece. Uloga roditelja u ovom procesu može se sagledati kroz pristup dečijoj socijalizaciji iz specifičnih domena Grusec-a i Davidov-a [40,63]. Domen *zaštite* odnosi se na senzitivnost i responsivnost roditelja prema distresu deteta nakon gubitka bližnjeg, a posebno ukoliko je u pitanju glavna atačment figura. Podaci su pokazali da pozitivno roditeljstvo smanjuje strah dece da o njima nema ko da brine u budućnosti (strah od napuštanja) i tako protektivno deluje na maladaptivnu ožalošćenost dece [64]. Zaštitnički domen roditeljstva, dalje, obezbeđuje doživljaj sigurnosti koja podstiče efikasnu emocionalnu regulaciju kod dece [65] što takođe može štititi od prolongirane maladaptivne ožalošćenosti kod dece [40]. Ovaj domen roditeljstva doprinosi i pozitivnoj adaptaciji dece u žalosti, s obzirom na to da su podaci pokazali da mladi koji traže podršku od roditelja imaju veće šanse za „rast kroz žalost” (pandan posttraumatskom rastu kao vidu pozitivne adaptacije), da sazrevaju u povezivanju sa drugima, da imaju jače lične snage i nove mogućnosti, odnosno da se pozitivno adaptiraju na distres vezan za egzistencijalni identitet [40, 64].

Domen *reciprociteta* odnosi se na obostranu responsivnost roditelja ka deci i dece ka roditeljima tokom dnevnih interakcija kao što je igra [63]. Shapiro i saradnici [66] su definisali meru „roditeljske komunalnosti” (orijentisanost i senzitivnost prema potrebama deteta, pozitivno angažovanje, toplina i pozitivnost, lakoća razgovora, i dubina razgovora) koja je pokazala povezanost sa manjim simptomima maladaptivne ožalošćenosti kod dece, a posebno se to pokazalo za komponente topline i pozitivnosti. Stoga ovi autori upućuju na preporuke da roditelji na otvoren, pozitivan i angažovan način komuniciraju sa decom o gubitku kako bi ona mogla da postavlja pitanja i procesiraju gubitak, što vodi manjoj mogućnosti za patološko tugovanje [40].

Domen *vođenog učenja* odnosi se na podršku u kojoj se roditelji i staratelji ponašaju kao „treneri” koji pomažu deci da uspešno obavljaju zadatke i uče veštine [63], koje uključuju veštine emocionalne regulacije, izuzetno važne za nošenje sa ožalošćenošću [67]. Ovakvi staratelji prihvataju, validiraju i empatiziraju u odnosu na emocije deteta, i obezbeđuju rešenja da pomognu detetu da efikasno reguliše emocije [68], za razliku od staratelja koji minimiziraju i negiraju emocije deteta, i kažnjavaju dete zato što oseća negativne emocije [69]. Navedeno podvlači značaj toga da roditelj razgovara o detetovim doživljajima ožalošćenosti [40]. Studija Alvis i saradnika [70] pronašla je da ona deca koja izveštavaju o izbegavanju i inhibiciji razgovora o ožalošćenosti od strane staratelja, imaju izraženije simptome patološke žalosti, što bi se moglo objasniti time da izbegavanje staratelja povećava sopstvenu inhibiciju emocija u žalosti kod deteta, koja se povezuje sa patološkom ožalošćenošću, simptomima PTSP i depresije [71].

Domen *grupne participacije* podrazumeva socijalizaciju deteta od strane staratelja uključivanjem deteta u rutine, ritual i kulturalne prakse [63]. Ovo se može odnositi na dolazak deteta na sahranu, posetu grobu i obeležavanje godišnjica smrti. Studije su pokazale da su retrospektivna sećanja deteta na uključenost u ritual žalovanja i zadovoljstvo ovim uključivanjem povezani sa manjom šansom za problem mentalnog zdravlja [72,73], ali su potrebna detaljnija istraživanja o

roditeljskoj facilitaciji u ovom smislu. Potrebna su, takođe, dalja istraživanja povezanosti domena kontrole u roditeljstvu (strategija disciplinovanja) i dečijeg odgovora na gubitak [40].

### **Kako pomoći deci koja žale**

Pandemija koju izaziva korona virus dovela je do toga da ljudi doživljavaju veliki stepen gubitka što pretili da rezultira kumulativnom ožalošćenošću koja će se osećati još dugi niz godina [21]. Ako se uzme u obzir visok nivo depresije i anksioznosti usled pandemije kod dece i adolescenata [54] i mogućnost pojave produžene ožalošćenosti [40] i rizik za problem mentalnog zdravlja u kasnijem, odraslom dobu [74], jasan je značaj potrebe za pružanjem rane i svrsishodne pomoći.

Roditelji bi trebalo da budu iskreni i jasni prema deci, i da im na jednostavan način objasne nastupajuću smrt [75], jer je teže ukoliko se dete oseća zbunjeno oko toga šta se dogodilo. Važno je pružiti informacije o virusu, njegovim različitim efektima na organizam i stadijumima bolesti voljene osobe i smrti, u skladu sa pitanjima i potrebama deteta [9]. Participacija i uključivanje dece u odluke vezane za sahranu doprinose osnaživanju dece, povećavajući njihov nivo uključenosti u sam proces. Odluka o izboru prisustva na sahrani ukoliko je to moguće, odlučivanje o cveću koje će nositi, pitanje da li bi želeli da napišu nešto što će se pročitati tokom čina sahranjivanja, učešće u odabiru nadgrobnog spomenika, doprinose smanjenom doživljaju nedostatka kontrole kod dece [76,77].

Pored uloge roditelja, uloga profesionalaca je da pruže psihosocijalnu podršku i ispitaju stavove deteta o smrti tokom susreta, kao i da pomognu roditeljima u modelovanju ponašanja u žalosti [22]. Važno je da stručnjaci koji rade sa porodicom koja je doživela gubitak, obrate pažnju i na mentalno zdravlje roditelja i staratelja koji brinu o deci, i da pruže adekvatnu podršku.

Prevenција komplikovane ožalošćenosti odnosi se na informisanje deteta o konceptu smrti i zajedničko davanje značenja ovom konceptu. U savremeno doba tehničke i socijalne evolucije, odnos prema smrti je poprimio aspekte zaštitenosti i osude, uz medikalizaciju doživljaja gubitka, usled čega je roditeljima teže da sa decom razgovaraju o smrti [11]. Od važnosti je da se detetu omogući (u skladu sa okolnostima gubitka) da prisustvuje ritualima žalovanja i uzme učešće u njima, radi zajedničkog davanja značenja životu i smrti, i vezama između onih koji su i dalje živi. Preporuka je ne prenaplašavati psihijatrijski aspekt (jer kod većine dece i adolescenata ipak neće doći do komplikacija, iako mogu prolaziti kroz epizode ekstremnog distresa), ali biti u pripravnosti da se prepoznaju oni koji su u riziku. Kada je u pitanju „normalno” žalovanje, ono što pedijatar ili psihijatar treba da uradi jeste da isprati dete, uz razmatranje faktora rizika i protektivnih faktora u situacijama ožalošćenosti koje imaju potencijal da se komplikuju [11].

Revet i saradnici preporučuju algoritam za primenu intervencija u zavisnosti od slike ožalošćenosti (detaljniji prikaz u [11]). Kada su u pitanju različite vrste tretmana, podaci o efikasnosti su manje zadovoljavajući nego kada su u pitanju drugi psihijatrijski poremećaji (što zbog prirodne atenuacije simptoma komplikovane ožalošćenosti, zbog nedostatka podataka o roditeljskoj uključenosti, a što zbog metodoloških izazova u istraživanjima) [11]. Revet i saradnici opisuju da se

intervencije mogu podeliti na univerzalne (nezavisne od nivoa distresa), i ciljane (za decu pod rizikom ili decu sa simptomima komplikovane ožalošćenosti). Među primerima univerzalnih intervencija koje su pokazale pozitivne efekte je intervencija „*Family Bereavement Programme (FBP)*” koja za cilj ima smanjenje izloženosti stresu nakon gubitka roditelja i osnaženju sposobnosti i resursima za dete i okruženje [78] i uključuje psihoedukaciju o gubitku i grupni rad sa decom, adolescentima i osobama iz njihovog najužeg kruga. Među ciljanim intervencijama izdvaja se „*Trauma-Focused Cognitive Behaviour Therapy (TF-CBT)*” koja je inače posvećena dečijem PTSP, ali sadrži određene module posvećene traumatskom gubitku [79,80]. Psihoterapijski program TGCT-A [81] može biti primenjen u školskom okruženju, i nakon skrininga pruža module vezane za grupnu koheziju, psihoedukaciju, i učenje koping veština za regulaciju distresa koji potiče od traume, zatim za emocionalno i kognitivno procesiranje traumatskog iskustva, za razumevanje odnosa između traume, gubitka i ožalošćenosti (rekonstrukcija netraumatskog sećanja na preminulog), i za reinvestiranje u socijalne i razvojne aktivnosti.

Nedavno je psihoterapijska intervencija „*CBT Grief-Help*”, koja je prethodno pokazala efikasnost u odrasloj populaciji, pokazala i kod dece i adolescenata sa poremećajem prolongirane ožalošćenosti superiorne efekte u odnosu na suportativno savetovanje, i nakon 6 i 12 meseci praćenja, kako u domenu simptoma ovog poremećaja, tako i u domenu simptoma depresije, PTSP i drugih internalizujućih simptoma [82]. Ovaj tretman se zasniva na kognitivno-bihejvioralnom okviru koji u centar stavlja sledeće propatogene procese: 1) znanje o ireverzibilnosti separacije je nedovoljno integrisano u znanja o sebi i odnosu sa preminulim, 2) spremnost ka perzistentnom negativnom razmišljanju o sebi, životu i sopstvenoj sposobnosti za nošenje sa bolom i žalošću, i 3) sklonost strahu i izbegavanju spoljašnjih i unutrašnjih podsetnika na gubitak (anksiozno izbegavanje), i povlačenje iz normalnih rutina i aktivnosti usled doživljaja o sopstvenoj nemogućnosti da se u njih uključi ili da u njima uživa (depresivno izbegavanje). Na ove procese deluje se klasičnim strategijama kognitivno-bihejvioralne terapije kao što su izlaganje (pričanje priča o gubitku, poseta mestu smrti, pisanje pisma preminulom), kognitivna restrukturacija i bihejvioralni eksperimenti za izmenu disfunkcionalnog mišljenja, kao i učenje bihejvioralnih veština koje su alternative maladaptivnom kopingu [82].

Važno je spomenuti i ekspresivne tehnike za prikupljanje i pružanje informacija, ali i elaboraciju žalosti, kao što su crtež i pričanje priča. Crtež omogućava nastavak veze sa preminulim i davanje značenja [83], dok pričanje priča daje bogatu mogućnost da deca steknu uvid, resurse i pristupe za suočavanje u ovakvim periodima neizvesnosti [84].

### **Zaključak**

Pandemija koju je izazvao Koronavirus 2 (SARS-COV-2) donela je mnoge gubitke – od gubitka poznatog načina života, do gubitka samog života i života bližnjih, što može poprimiti nivo sekundarne pandemije (pandemije žalosti). Ovom pojavom posebno su pogođena deca i adolescenti. Žalost u uzrastu detinjstva i adolescencije ima svoje specifičnosti, kako u načinu ispoljavanja koji

zavisi od uzrasta, tako i u rizicima koje nosi gubitak bližnjih, a koji se kod mladih mogu negativno odraziti na razvoj i na dalji život. Važno je napraviti pravu ravnotežu između pružanja prilike procesu prirodnog tugovanja (i njegovoj nemedikalizaciji) s jedne strane, i pažljivom praćenju dece i mladih i procene rizika za komplikovanu ožalošćenost i druge probleme mentalnog zdravlja s druge strane. Deci i adolescentima treba pomoći da što bolje razumeju gubitak, da imaju priliku da o njemu govore, razmišljaju, osećaju, i da nauče da na pravi način regulišu svoja osećanja. U tome im mogu pomoći roditelji na svoj način (podrška normalnom procesu tugovanja, modelovanje emocionalne regulacije), a stručnjaci na svoj način – pomažući i mladima i njihovim roditeljima da se u gubitku što bolje snađu, i pružajući preventivne i terapijske intervencije za probleme mentalnog zdravlja. U uslovima pandemije teški gubici mogu biti još teži, pa je potrebno anagažovanje višestrukih resursa kako bi se što uspešnije amortizovali ovi tektonski pokreti mladih života.

### **Zahvalnica**

Ovaj rad autori posvećuju svojim nedavno preminulim bližnjima – akademiku dr Miloradu Mitkoviću; Milosavu Lero, dipl. inž. maš.; Saši Košutiću, dipl. inž. el. i prof. dr Marku Munjizi, kao i svima za kojima neko žali, i koji za nekim žale.

## THE PANDEMIC GRIEF AS A CHALLENGE FOR GROWING UP AND PARENTING

**Marija Mitković Vončina<sup>1,2</sup>, Marija Lero<sup>1</sup>,  
Željka Košutić<sup>1</sup>, Ana Munjiza Jovanović<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

<sup>2</sup>School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

**Abstract:** The pandemic caused by the Coronavirus 2 (SARS-COV-2) has brought many losses – from losing the known way of living, to losing life and the lives of the close ones, leading to the secondary pandemic – the pandemic of grief. This phenomenon has a specific impact on children and adolescents, affecting their growing up and later life. This paper reviews various aspects of normal and complicated grief in children and adolescents, challenges for parenting, and recommendations for interventions, in the lights of the pandemic. The presented material points out to the significance of the right balance between providing support to the process of normal grief on one hand, and careful observation and risk assessment for complicated grief on the other hand. Children and adolescents need help to better understand the loss, to have opportunities to express their thoughts and emotions in regards to the loss, and to learn how to adaptively regulate these emotions. This help can be provided by their parents or caregivers (supporting the process of normal grief, modelling adaptive emotion regulation), and by the professionals – helping children, youth and their caregivers to handle the loss as well as possible, and providing the preventive and therapeutic interventions for the mental health problems. In the conditions posed by the pandemic, hard losses can be even harder, therefore we need to engage multiple resources in order to buffer, as well as possible, these tectonic movements of the young lives.

**Key words:** *grief, bereavement, pandemic, children, adolescents, parenting*

## Literatura

1. Todorović M. Authoritarianism and COVID-19: A case study from Serbia. *Anthropology Now*. 2020;12(2):80-5.
2. World Health Organization (2022, February). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved from: <https://covid19.who.int/>.
3. Verdery AM, Smith-Greenaway E, Margolis R, Daw J. Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2020;117(30):17695-701.
4. Weinstock L et al. It's complicated – adolescent grief in the time of Covid-19. *Front Psychiatry*. 2021; 12:638940.
5. Hillis SD, Unwin HJT, Chen Y, Cluver L, Sherr L, Goldman PS. et al. Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modeling study. *Lancet*. 2021;398(10298):391-402.
6. Kidman R, Margolis R, Smith-Greenaway E, Verdery AM. Estimates and projections of COVID-19 and parental death in the US. *JAMA Pediatr*. 2021; 175(7):745-6.
7. Pew Research Center. Religion and living arrangements around the world. Washington, DC: Pew Research Center, 2019.
8. Sadruddin AFA, Ponguta LA, Zonderman AL, Wiley KS, Grimshaw A, Panter-Brick C. How do grandparents influence child health and development? A systematic review. *Soc Sci Med*. 2019;239:112476.
9. Albuquerque S, Santos AR. „In the same storm, but not on the same boat”: Children grief during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12:638866.
10. Mughal S, Azhar Y, Siddiqui WJ. Grief reaction. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
11. Revet A, Bui E, Benvegnu G, Suc A, Mesquida L, Raynaud JP. Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: Present data and perspectives. *Encephale*. 2020;46(5):356-63.
12. Berg L, Rostila M, Hjern A. Parental death during childhood and depression in young adults – a national cohort study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016; 57:1092-8.
13. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W et al. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:911-9.
14. Kastenbaum R, Costa PT. Psychological perspectives on death. *Annu Rev Psychol*. 1977;28:225-49.
15. Chachar AS, Younus S, Ali W. Developmental understanding of death and grief among children during COVID-19 pandemic: Application of Bronfenbrenner's bioecological model. *Front Psychiatry*. 2021;12:654584.
16. Santos S, Sa T, Aguiar I, Cardoso I, Correia Z, Correia T. Case report: Parental loss and childhood grief during COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12:626940.
17. Pfefferbaum B, Shaw JA. Practice parameter on disaster preparedness. *J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry*. 2013;52:1224-38.
18. Stroebe M, Schut H. Bereavement in times of COVID-19: a review and theoretical framework. *OMEGA J Death Dying*. 2020;82:500-22.
19. Mosher PJ. Everywhere and nowhere: grief in child and adolescent psychiatry and pediatric clinical populations. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2018;27:109-24.
20. Cupit IN, Wilson-Doenges G, Barnaby L, Kowalski DZ. When college students grieve: New insights into the effects of loss during emerging adulthood. *Death Stud*. 2021;1-11.
21. Raven H, Weaver E, Srinivasan G, Decker A, Bolkan C. Young adults' experiences with loss and grief during COVID-19. *Death Stud*. 2022;46(1):53-64.

22. Rapa E, Hanna JR, Mayland CR, Mason S, Moltrecht B, Dalton LJ. Experiences of preparing children for a death of an important adult during the COVID-19 pandemic: a mixed methods study. *BMJ Open*.2021;11:e053099.
23. Keyes KM, Pratt C, Galea S, McLaughlin KA, Koenen KC, Shear MK. The burden of loss: Unexpected death of loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *Am J Psychiatry*. 2014;171(8):864-71.
24. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)
25. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.; ICD-11; World Health Organization, 2019)
26. Melhem NM, Porta G, Walker Payne M, Brent DA. Identifying prolonged grief reactions in children: dimensional and diagnostic approaches. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(6):599-607.e7.
27. Freud S. *Mourning and Melancholia*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916); On the History of the Psycho-Analytic Movement. *Papers on Metapsychology and Other Works*. 1917;237-58.
28. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry*.1944;101:141-8.
29. Kubler-Ross E. *On death and dying*. Classic. New York: Scribner; 1997.
30. Bowlby J. *Attachment and loss: volume 1: Attachment*. London: Hogarth; 1969.
31. Piaget J. *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. 9e ed. Neuchatel, Suisse: Delachaux & Niestie; 1991.
32. Archer J. *The nature of grief*. 1 edition. London, New York:Routledge;1999.
33. Boelen PA, Van Den Hout MA, Van Den Bout J. A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clin Psychol Sci Pract*. 2006;13:109-28.
34. Neimeyer RA, Prigerson HG, Davies B. Mourning and meaning. *Am Behav Sci*. 2002;46:235-51.
35. Alves D, Neimeyer RA, Batista J et al. Finding meaning in loss: a narrative constructivist contribution. In: Bui E, editor. *Clin. Handb. Bereave. Grief React*. Cham: Springer International Publishing; 2018: 161.87.
36. Melhem NM, Day N, Shear MK. et al. Predictors of complicated grief among adolescents exposed to a peer's suicide. *J Loss Trauma*. 2004;9:21-34.
37. Kaplow JB, Howell KH, Layne CM. Do circumstances of the death matter? Identifying socioenvironmental risks for grief-related psychopathology in bereaved youth. *J Trauma Stress*. 2014;27:42-9.
38. Mitkovic Voncina M (project coordinator), Serbian Association of Behavioural and Cognitive Therapists (SRABCT). Project: "European therapists' transitioning to remote CBT during the COVID-19 pandemic" (theREMOTEcbt project), supported by European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, 2021-2022: unpublished data.
39. Mental Health Foundation. *Fundamental Facts About Mental Health 2016*. London: Mental Health Foundation; 2016.
40. Alvis L, Zhang N, Sandler IN, Kaplow JB. Developmental manifestations of grief in children and adolescents: Caregivers as a key grief facilitators. *J Child Adolesc Trauma*. 2022;1-11.
41. Brewer J, Sparkes AC. Parentally bereaved children and posttraumatic growth: insights from an ethnographic study of a UK childhood bereavement service. *Mortality*. 2011;16:204-22.
42. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *J Pain Symptom Manage*.2020;S0885-3924(20)30207-4.



43. Imber-Black E. Rituals in the time of COVID-19: Imagination, responsiveness, and the human spirit. *Fam Process*.2020;1:10.1111/famp.12581.
44. Trozzi M, Missimini K. Talking with children about loss: words, strategies, and wisdom to help children cope with death, divorce and other difficult times. 1999; London: Penguin Group.
45. Breen LJ. Grief, loss and the coronavirus pandemic. *Aust J Gen Pract*.2020;49:20.
46. O'Sullivan K, Clark S, McGrane A, Rock N, Burke L, Boyle N et al. A qualitative study of child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic in Ireland. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):1062.
47. Eisma MC, Tamminga A, Smid GE, Boelen PA. Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: an empirical comparison. *J Affect Disord*. 2021;278:54-6.
48. Fitzgerald DA, Nunn K, Isaacs D. What we have learnt about trauma, loss and grief for children in response to COVID-19. *Pediatr Respir Rev*. 2021;39:16-21.
49. Sirrine EH, Kliner O, Gollery TJ. College student experiences of grief and loss amid the COVID-19 global pandemic. *OMEGA – Journal of Death and Dying*.2021;0(0):1-20.
50. Son C, Hedge S, Smith A, Wang H, Sasangohar F. Effects of COVID-19 on college students mental health in the United States: Interview survey study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020; Advance online publication. <https://doi.org/10.2196/preprints.21279>
51. Madrell A. Bereavement, grief, and consolation: Emotional-affective geographies of loss during COVID-19.2020; *Dialogues in Human Geography*.2020;10(2):107-111.
52. Zhai Y, Du X. Brain, Behaviour, and Immunity 2020;87:80-1.
53. Bagwell CL, Schmidt ME. Friendships in childhood and adolescence. Guilford Press; 2011: <https://psycnet.apa.org/record/2011-27874-000>.
54. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Shafran R, Reynolds S Bridgen A et al. Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11):1218-39.e3.
55. Spagnola M, Fiese BH. Family routines and rituals: A context for development in the lives of young children. *Infants & Young Children*. 2007;20(4):284-99.
56. Kecojevic A, Bash CH, Sullivan M, Davi NK. The impact of the COVID-19 epidemic on mental health of undergraduate students in New Jersey, cross-sectional study. *PLOS One*.2020;15(9):e0239696.
57. Binkley C. The coronavirus is upending higher ed. Here are the latest developments. *The Chronicle of Higher Education*.2020. <https://www.chronicle.com/article/the-coronavirus-is-upending-higher-ed-here-are-the-latest-developments/>.
58. Escueta M, Nickow AJ, Oreopoulos P, Quan V. Upgrading education with technology: Insights from experimental research. *Journal of Economic Literature*. 2020;58(4):897-96.
59. Dunton GF, Do B, Wang SD. Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the US. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-3.
60. Hanna JR, McCaughan E, Semple CJ. Challenges and support needs of parents and children when a parent is at end of life: a systematic review. *Palliat Med*.2019;33:1017-44.
61. Howell KH, Shapiro DN, Layne CM, Kaplow JB. Individual and psychosocial mechanisms of adaptive functioning in parentally bereaved children. *Death Stud*. 2015;39:296-306.
62. Pantovic Stefanovic M (national coordinator), Clinic of Psychiatry CSS, Department of Psychiatry, University of Campania „Luigi Vanvitelli”, Italian

- Society for Social Psychiatry. Study: COVID-19 and mental health: observational multicentric study. 2020-2022; unpublished data.
63. Grusec JE, Davidov M. Integrating different perspectives on socialization theory and research: A domain-specific approach. *Child Development*. 2010;81(3):687-709.
  64. Wolchik SA, Coxe S, Tein JY, Sandler IN, Ayers TS. Six-year longitudinal predictors of posttraumatic growth in parentally bereaved adolescents and young adults. *OMEGA-Journal of Death and Dying*. 2009;58(2):107-28.
  65. Grusec JE. Socialization processes in the family: Social and emotional development. *Annual Review of Psychology*. 2011;62:243-69.
  66. Shapiro DN, Howell KH, Kaplow JB. Associations among mother-child communication quality, childhood maladaptive grief, and depressive symptoms. *Death Studies*. 2014;38(3):172-8
  67. Shaver PR, & Tancredy CM. (2001). Emotion, attachment, and bereavement: A conceptual commentary. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe, & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 63-88). *American Psychological Association*.
  68. Gottman JM, Katz LF, Hooven C. Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*. 1996;10(3):243. doi: 10.1037/0893-3200.10.3.243.
  69. Katz LF, Maliken AC, Stettler NM. Parental meta-emotion philosophy: A review of research and theoretical framework. *Child Development Perspectives*. 2012;6(4):417-22.
  70. Alvis LM, Dodd CG, Oosterhoff B, Hill RM, Rolon-Arroyo B, Logsdon T, Kaplow JB. Caregiver behaviors and childhood maladaptive grief: Initial validation of the Grief Facilitation Inventory. *Death Studies*, 2020;12:1-9.
  71. Dodd Cody G, Hill Ryan M, Alvis Lauren M, Rooney Evan E, Layne Christopher M, Logsdon Tami, Sandler Irwin N, Kaplow Julie B. Initial Validation and Measurement Invariance of the Active Inhibition Scale Among Traumatized and Grieving Youth. *Journal of Traumatic Stress*. 2020;33(5):843-9
  72. Saldinger A, Porterfield K, Cain AC. Meeting the needs of parentally bereaved children: A framework for child-centered parenting. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 2004;67(4):331-52.
  73. Sandler IN, Gersten JC, Reynold D, Kallgren C, Ramirez R. Using theory and data to plan support intervention: Design of a program for bereaved children. In: Gottlieb B, editor. *Marshalling Social Support: Formats, Processes and Effects*. Sage; 1988. pp. 53-85.
  74. Jacobs JR, Bovasso GB. Re-examining the long-term effects of experiencing parental death in childhood on adult psychopathology. *J Nervous Mental Dis*. 2009;197:24-7.
  75. Stuber ML, Hovsepian V, Merkshani. „What do we tell the children?“ Understanding childhood grief. *West J Med*.2001;174(3):187-91.
  76. Worden JW. (editor). *Grief Counseling and Grief Therapy*. 2018; New York, NY: Springer Publishing Company.
  77. Søfting GH, Dyregrov A, Dyregrov K. Because i'm also part of the family. children's participation in rituals after the loss of a parent or sibling. *Omega*. 2016;73:141-58.
  78. Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA. et al. The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *Consult Clin Psychol*. 2003;71:587:600.
  79. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl*. 2005;29:135-9.
  80. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM. et al. A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;42:356-69.

81. Layne CM, Saltzman WR, Poppleton L. et al. Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized control trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47:1048-62.
82. Boelen PA, Lenferink LIM, Spuij M. CBT for prolonged grief in children and adolescents: A randomized clinical trial. *Am J Psychiatry.* 2021;178(4):294-304.
83. Weiskittle RE, Gramling SE. The therapeutic effectiveness of using visual art modalities with the bereaved: a systematic review. *Psychol Res BehavManag.* 2018;11:9-24.
84. Sullivan MA. The use of storytelling with grief reactions in children during the COVID-19 pandemic. *J PsychosocNursMent Health Serv.* 2021;59(2):13-5.

---

***Dr Marija MITKOVIĆ VONČINA, dr sci med, psihijatar, klinički asistent,*** Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

***Marija MITKOVIC VONCINA, MD, PhD, psychiatrist, clinical teaching assistant,*** Institute of Mental Health, Belgrade, University of Belgrade, Faculty of Medicine, Belgrade, Serbia

**E-mail:** marija.mitkovicvoncina@imh.org.rs



## UPUTSTVA SARADNICIMA

**PSIHIJARIJA DANAS** je zvanični časopis Udruženja psihijatarata 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**<sup>1</sup>, 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

<sup>1</sup> 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 raspolazu 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.** Primedbe 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 slovnih i drugih sitnih grešaka. Eventualne korekcije treba izvršiti u roku od 2 dana inače će se smatrati da autor nema primedbi.

Rukopisi koji su poslati 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 obaveštenjem 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.<sup>2</sup>

<sup>2</sup>Na 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 ili drugim čitačima (uključujući i čitače

### **Slanje rukopisa**

Rukopis rada i svi prilozi uz rad dostavljaju se na e-mail: [psihijatrija.danas@imh.org.rs](mailto: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 obavešteni 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 Jednobrazanim 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

---

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](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.htm>Article.

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

**Direktor – Director**  
Prof. dr Milica Pejović Milovančević

**Štampa – Print**  
DOSIJE STUDIO, 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**<sup>1</sup>, 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.

---

<sup>1</sup> 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 comas);
- 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*.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup>The 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: [psihijatrija.danas@imh.org.rs](mailto:psihijatrija.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](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>.

**PREPLATITE SE NA  
PSIHIJATRIJU DANAS Vol. 53/2021 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 2021. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Milana Kašanina 3, 11 000 Beograd.

✂

**SUBSCRIBE TO  
PSYCHIATRY TODAY Vol. 53/2021 (2 issues) ISSN-0350-2358**

Subscription rates

- Individual 60 USD
- Institutional 120 USD

Name

---

Address

---

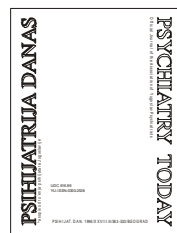
---

Postal code/City/Country

---

Return coupon to:

Institute of Mental Health, Milana Kasanina 3, 11000 Belgrade, Serbia,  
Tel/Fax: 381-11-3226 925, 3236 353.





CIP – Каталогизacija y publikaciji  
Nародна 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:  
(Palmotićeva 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](mailto:institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs)

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