

# PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDC 616.89  
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.  
2013/XLV/1/05-112/BEOGRAD

PSYCHIATRY TODAY  
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association



# Cipralex<sup>®</sup>

escitalopram

Lundbeck



Cipralex<sup>®</sup>  
escitalopram

UDK 616.89

ISSN-0350-2538

# PSIHIJARIJA DANAS

INSTITUT  
ZA MENTALNO ZDRAVLJE

PSYCHIATRY  
TODAY

INSTITUTE  
OF MENTAL HEALTH

PSIHIJAT. DAN.  
2013/XLV/1/05-112/BEOGRAD

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

**PSIHIJARIJA DANAS**

Časopis Udruženja psihijatara  
Srbije\*

**Izdaje**

INSTITUT ZA MENTALNO  
ZDRAVLJE, Beograd

**Glavni i odgovorni urednik**

Dušica LEČIĆ-TOŠEVSKI

**Pomoćnici urednika**

Smiljka POPOVIĆ-DEUŠIĆ  
Saveta DRAGANIĆ-GAJIĆ  
Milica PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ

**PSYCHIATRY TODAY**

Official Journal of the Serbian  
Psychiatric Association

**Published by**

INSTITUTE OF MENTAL HEALTH,  
Belgrade

**Editor-in-Chief**

Dusica LECIC-TOSEVSKI

**Assistant Editors**

Smiljka POPOVIC-DEUSIC  
Saveta DRAGANIC-GAJIC  
Milica PEJOVIC-MILOVANCEVIC

**Redakcioni kolegijum - Editorial Board**

S. Akhtar (Philadelphia), J. Aleksandrowicz (Krakow),  
M. Antonijević (Beograd), S. Bojanin (Beograd), M. Botbol (Paris),  
S. Branković (Beograd), J. Bukelić (Beograd), G. N. Christodoulou (Athens),  
R. Cloninger (St. Louis), M. Divac-Jovanović (Beograd),  
S. Đukić-Dejanović (Kragujevac), D. Ercegovac (Beograd), G. Grbeša (Niš),  
V. Išpanović-Radojković (Beograd), V. Jerotić (Beograd),  
M. Jašović-Gašić (Beograd), A. Knežević (Novi Sad),  
V. S. Kostić (Beograd), Z. Lopičić (Beograd), Ž. Martinović (Beograd),  
M. Munjiza (Beograd), J. E. Mezzich (New York), M. Pejović (Beograd),  
D. Petrović (Beograd), M. Pines (London), M. Popović (Beograd),  
S. Priebe (London), M. Preradović (Beograd), M. Riba (Ann Arbor),  
G. Rudolf (Heidelberg), N. Sartorius (Geneva), V. Starčević (New Castle),  
N. Tadić (Beograd), I. Timotijević (Beograd), S. Varvin (Oslo), M. Vincent (Paris),  
V. Šušić (Beograd), D. Švrakić (St. Louis)

Tel/Fax: (381) 11 3226-925, (381) 11 3236-353

e-mail: [imz@imh.org.rs](mailto:imz@imh.org.rs)

Website: [www.imh.org.rs](http://www.imh.org.rs)

**PSIHIJARIJA DANAS**

GODINA 45

BEOGRAD

BROJ 1, 2013

**SADRŽAJ****ISTRAŽIVAČKI RADOVI**

Diskriminativna sposobnost modela adaptacije ličnosti kod pacijenata različitih dijagnostičkih kategorija <i>/S. Lakobrija-Savić, S. Čačić.....</i>	5
Stres roditeljstva kod roditelja predškolske dece sa pervazivnim razvojnim poremećajima <i>/N. Rudić, J. Radosavljev-Kirćanski, J. Dačin, M. Kalanj, M. Banjac-Karović, E. Đorđić.....</i>	19
Psihijatri i društvene mreže – iskustva i stavovi <i>/V. Mandić-Maravić, M. Mitković, M. Kostić, A. Munjiza, N. Jovanović, D. Todorović, D. Pešić, A. Peljto, A. Misojčić, A. Repac, D. Lečić-Toševski .....</i>	31
Lokus kontrole psihijatarata – poređenja unutar i izvan specijalnosti <i>/M. Mitković, V. Mandić-Maravić, M. Kostić, A. Munjiza, N. Jovanović, D. Todorović, D. Pešić, A. Peljto, A. Misojčić, A. Repac, D. Lečić-Toševski .....</i>	43
Konverzacija sa teglom i ringlom: privatni govor odraslih <i>/J. Mirić, M. Perić.....</i>	55

**PRIKAZ SLUČAJA**

Psihoterapijski efekti neverbalne komunikacije u radu sa pacijentima sa Turetovim sindromom – prikaz slučaja <i>/G. Vulević.....</i>	65
---	----

**V Forum Instituta za mentalno zdravlje “O KOMORBIDITETU MENTALNIH I SOMATSKIH POREMEĆAJA“**

<b>Apstrakti.....</b>	<b>75</b>
-----------------------	-----------

**Prikaz knjige**

Psihijatrija razvojnog doba, Beograd (2012) <i>Autori: Svetomir Bojanin i Smiljka Popović-Deušić (Jovan Bukelić).....</i>	101
--	-----

**Obaveštenja**

Kalendar kongresa .....	103
Uputstva saradnicima.....	109

**PSYCHIATRY TODAY**

YEAR 45	BELGRADE	NUMBER 1, 2013
---------	----------	----------------

**CONTENTS****RESEARCH ARTICLES**

Discriminant ability of personality adaptations model in psychotherapeutic treatment of patients in various diagnostic categories <i>/S. Lakobrija-Savic, S. Cacic</i> .....	5
Parenting stress among parents of preschool children with pervasive developmental disorders <i>/N. Rudic, J. Radosavljev-Kircanski, J. Dacin, M. Kalanj, M. Banjac-Karovic, E. Djordjic</i> .....	19
Psychiatrists and social networks – practices and attitudes <i>/V. Mandic-Maravic, M. Mitkovic, M. Kostic, A. Munjiza, N. Jovanovic, D. Todorovic, D. Pesic, A. Peljto, A. Misojcic, A. Repac, D. Lecic-Tosevski</i> .....	31
Psychiatrists’ Locus of control – comparisons within and outside the specialty <i>/M. Mitković, V. Mandic-Maravic, M. Kostic, A. Munjiza, N. Jovanovic, D. Todorovic, D. Pesic, A. Peljto, A. Misojcic, A. Repac, D. Lecic-Tosevski</i> .....	43
Conversations with a jar and a burner: the private speech of adults <i>/J. Miric, M. Peric</i> .....	55

**CASE REPORTS**

Therapeutic effects of preverbal communication in work with patients with the Tourette syndrome <i>/G. Vulević</i> .....	65
---	----

**V FORUM of the Institute of Mental Health – “COMORBIDITY OF MENTAL AND SOMATIC DISORDERS”**

<b>Abstracts</b> .....	75
------------------------	----

**Book Review**

Developmental Psychiatry, Belgrade (2012) <i>Authors: Svetomir Bojanin i Smiljka Popovic-Deusic (Jovan Bukelic)</i> .....	101
--	-----

**Announcements**

List of congresses.....	103
Instruction to contributors.....	111

## **DISKRIMINATIVNA SPOSOBNOST MODELA ADAPTACIJE LIČNOSTI KOD PACIJENATA RAZLIČITIH DIJAGNOSTIČKIH KATEGORIJA**

**Stojanka Lakobrija-Savić<sup>1</sup>, Sandra Čačić<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Dnevna bolnica, Sombor

<sup>2</sup>Centar za socijalni rad, Sombor

**Apstrakt:** Teorijsku osnovu sprovedenog istraživanja predstavlja model šest adaptacija ličnosti autora Van Joines i Ian Stewart. Ovaj model pretpostavlja da svaka osoba ima jednu dominantnu adaptaciju ličnosti, dimenzionalnog tipa. Model je pre svega patocentričan. Po autorima modela, dominantna adaptacija predisponira osobu ka određenoj patologiji, odnosno oni pretpostavljaju da su adaptacije ličnosti povezane sa različitim dijagnostičkim kategorijama. Cilj ovog istraživanja se odnosio na proveru diskriminativne sposobnosti modela adaptacija, a u odnosu na pacijente različitih dijagnostičkih kategorija poremećaja. Problem istraživanja smo izrazili kroz sledeće istraživačko pitanje: Da li se pacijenti različitih dijagnostičkih kategorija mogu razlikovati na osnovu dominantne adaptacije ličnosti? Istraživanje je sprovedeno na 180 pacijenata, podeljenih na osnovu dijagnoze u tri grupe: neurotični, psihotični i poremećaja ličnosti. Podaci su prikupljeni upitnikom JPEQ, i na osnovu skorova na skalama upitnika određena je dominantna adaptacija svakog ispitanika. Statističkim metodom diskriminativne analize dobijeni su sledeći rezultati: Neurotični se od ostale dve dijagnostičke grupe razlikuju po naglašenju emocionalnoj nestabilnosti i nestabilnosti u socijalnim relacijama, izraženom komformizmu, te sklonosti započinjanju odnosa sa drugima, uz tendenciju lakog menjanja stavova i verovanja (dominantne adaptacije Opsesivno-kompulsivna i Histrionična). Za poremećaje ličnosti u poređenju sa neurotičnima i psihotičnima karakteristična je rigidnost u mišljenju, te teško menjanje stavova i uverenja, kao i nerealna očekivanja od sebe samih. Oni ne vole preteranu pažnju, loši su u javnim nastupima sa elementima niske odgovornosti. Iako su komunikativni i stabilni u realnosti, pokazuju negativističku nastojenost i sklonost kriticismu (Pasivno-agresivna adaptacija). Psihoze možemo razlikovati od neuroza i poremećaja ličnosti po povećanoj sklonosti ka izdvajanju iz okoline, pasivnosti, sanjarenju, ekscentričnosti, izraženoj tendenciji antisocijalnom ponašanju, manipulativnosti i hostilnosti sa elementima konfuznog i bizarnog mišljenja. No, s druge strane odlikuje ih odsustvo depresivnih karakteristika, očuvanih su voljnih dinamizama, te odsutne ili niske zavisnosti od drugih ljudi (Shizoidna i Antisocijalna adaptacija).

**Ključne reči:** *adaptacije ličnosti, pacijenti, dijagnoza, neuroza, psihoza, poremećaj ličnosti*

## Uvod

Iz kliničke prakse je poznato da pacijentima obolelim od istog poremećaja ne pomažu uvek isti lekovi. Takođe u psihoterapijskoj praksi veoma često isti psihoterapijski pristup, neće uvek dati rezultate kod svih pacijenata sa istim psihičkim poremećajem. U pitanju su individualne razlike pojedinaca kako u biološkoj tako i u psihološkoj strukturi. Često u praksi nedostaju upravo načini da se kod pojedinog pacijenta odrede pouzdane karakteristike njegove individualnosti koje pored dijagnoze, koja je pacijentu postavljena, mogu učiniti psihoterapijski proces efikasnijim.

Svojim teorijskim modelom adaptacija ličnosti Van Joines i Ian Stewart [1] su pokušali da prevaziđu gore navedenu teškoću, definišući individualne karakteristike pojedinca na taj način kako bi se psihoterapijska praksa učinila što uspešnijom.

Ovaj model postulira nekoliko tipova adaptacija ličnosti kao dimenzija po kojima se ljudi normalno raspoređuju. Autori modela naglašavaju da svako od nas ima najizraženiju jednu od šest adaptacija, odnosno svako ima dominantnu adaptaciju ličnosti. Oni adaptacije posmatraju kao kontinuum sa funkcionalnim i disfunkcionalnim krajem.

Adaptacije dele u dve grupe:

1. Primarne – preživljavajuće, a koje se razvijaju do 18. meseca života (Šizoidna, Antisocijalna i Paranoidna adaptacija) i
2. Sekundarne – funkcionalne (Pasivno-Agresivna, Opsesivno-Kompulsivna i Histrionična adaptacija), koje se razvijaju od 18. meseca života do 6. godine života.

Preživljavajuće adaptacije predstavljaju dečji odgovor kako da na najbolji način brinu o sebi kada izgube poverenje, tj. kada ne mogu više verovati okolini da će zadovoljiti njihove potrebe. Funkcionalne adaptacije predstavljaju odgovor na roditeljski zahtev u vezi sa odgovarajućim ponašanjem i u vezi su sa očekivanim funkcionisanjem, kako u porodici tako i van kuće. Stepem očekivanja će odrediti i stepen adaptacije.

Osoba može ispoljavati odlike karakteristične za bilo koju adaptaciju ličnosti i može biti bilo gde duž spektra mentalnog zdravlja, od potpunog zdravlja do potpune nefunkcionalnosti. Kaplan, Capace i Clyde [2] navode da psihijatrijski simptomi imaju svoj koren u normalnom ponašanju i predstavljaju tačke na kontinuumu ponašanja od normalnog do patološkog. U svom teorijskom modelu, Joines i Stewart [1] polaze od pretpostavke da adaptacije koreliraju sa različitim dijagnostičkim klasifikacijama u DSM-IV, krećući se od najmanje do najviše nefunkcionalnog kraja spektra. Kako se osoba kreće prema nefunkcionalnom kraju spektra ona će koristiti sve više i više negativnih aspekata adaptacija, a sve manje pozitivnih.



### *a) Poremećak prilagođavanja*

Joines i Stewart [1] navode da, krećući se duž spektra mentalnog zdravlja, prve manifestacije nefunkcionalnosti u vidu problematičnog doživljavanja, mogu se prepoznati kao poremećaji prilagođavanja (teškoće da se uobičajeno funkcionira usled ozbiljnih stresora poput gubitka posla, gubitka braka, ili nekih prirodnih katastrofa). Oni pretpostavljaju da ovi poremećaji mogu biti registrovani kod osoba sa bilo kojom adaptacijom ličnosti, izdvajajući da poremećaj prilagođavanja sa poremećajem ponašanja je karakterističan za osobe sa Antisocijalnom adaptacijom.

### *b) Anksiozni i poremećaji raspoloženja*

Nastavljajući kretanje duž kontinuuma mentalnog zdravlja u pravcu intenzivnije patologije, sledeću manifestaciju disfunkcionalnosti autori dovođe u vezu sa anksioznim stanjem, anksioznošću i poremećajima raspoloženja (tradicionalno nazvani "neuroze") i pretpostavljaju da će ovi poremećaji biti zastupljeni kod osoba sa dominantnim funkcionalnim adaptacijama ličnosti (Histrionična, Opsesivno-Kompulsivna i Pasivno-agresivna adaptacija), a veruju da kod ozbiljnijih simptoma ovih poremećaja može da se očekuje prisutnost i preživljavajućih adaptacija poput Shizoidne ili Paranoidne. Za osobe sa dominantnom Antisocijalnom adaptacijom ličnosti pretpostavljaju da će pre odreagovati nekim oblikom akcije nego da kod sebe razviju anksiozni ili depresivni poremećaj.

### *c) Poremećaji ličnosti, somatoforni/psihofiziološki, poremećaji zavisnosti i poremećaji ishrane*

Idući dalje niz kontinuum mentalnog zdravlja, autori na sledećem mestu pretpostavljaju pojavu poremećaja ličnosti, somatofornne/psihofiziološke poremećaje, poremećaje zavisnosti i poremećaje ishrane. Ovi poremećaji predstavljaju maladaptivno suočavanje sa stresom bilo u vidu "napada" na okruženje (poremećaji ličnosti) ili pak "napada" na svoje telo (somatofornni, poremećaji zavisnosti i poremećaji ishrane). Autori tvrde da je određeni stepen Antisocijalne adaptacije prisutan kod svih navedenih poremećaja. Pa tako kod poremećaja ličnosti očekuju da će kod osobe biti dominantna tipična adaptacija ličnosti za taj poremećaj u kombinaciji sa prapratnim učešćem još neke adaptacije (npr. veruju da se izbegavajući poremećaj ličnosti najčešće može prepoznati kod osoba koje imaju kombinaciju Shizoidne i Paranoidne adaptacije, a zavisni poremećaj ličnosti najčešće kod osoba sa kombinacijom Shizoidne i Pasivno-agresivne adaptacije). Kod osoba sa somatofornnim/psihofiziološkim poremećajima smatraju da se najčešće može prepoznati kombinacija Histrionične i Antisocijalne adaptacije ličnosti. Kod osoba sa poremećajem zavisnosti od supstanci najverovatnije su prisutne preživljavajuće adaptacije (Shizoidna, Paranoidna i Antisocijalna). Po DSM IV klasifikaciji [3] poremećaji ishrane, anoreksija nervoza, okarakterisana je odbijanjem održavanja minimalne normalne telesne težine, dok je

bulimia nervosa okarakterisana ponavljanim epizodama prejedanja koje su praćene neodgovarajućim ponašanjem poput samoizazivanja povraćanja, zloupotrebe laksativa, diuretika ili drugih lekova, posta ili ekstremnog vežbanja. Poremećaji ishrane se dovode u vezu sa odgovarajućim adaptacijama. Kod anoreksije nervoze, autori modela [1] smatraju da je dominantna Paranoidna adaptacija ličnosti (deo paranoidne adaptacije podrazumeva odluku da je jedini način da se bude siguran zapravo kontrola samoga sebe i svega oko sebe, pri čemu se dete, uviđajući da nije sposobno da kontroliše spoljašnje okruženje, fokusira na kontrolu uzimanja hrane i time doprinosi ublažavanju anksioznosti). Dominantnom adaptacijom ličnosti kod osoba sa bulimijom autori smatraju Pasivno-Agresivnu, a kod osoba sa ozbiljnom gojaznošću veruju da je dominantna Antisocijalna i Pasivno-Agresivna adaptacija.

#### *d) Psihотиčni poremećaji*

Kao krajnju kategoriju nefunkcionalnosti na tradicionalnoj skali psihopatologije autori modela adaptacija, prepoznaju psihотične poremećaje i objašnjavaju njihovu povezanost sa adaptacijama. Tako navode da je kod osoba sa shizofrenijom moguće prepoznati nefunkcionalni ekstrem Shizoidne adaptacije uz druge adaptacije, objašnjavajući da je kod osoba sa različitim podtipovima psihотičnih poremećaja moguće prepoznati kombinacije određenih drugih adaptacija sa Shizoidnom adaptacijom. Pa tako kod osoba sa paranoidnom shizofrenijom se očekuje prisutnost ekstrema Paranoidne adaptacije uz moguće prisustvo Shizoidne adaptacije; kod osoba sa dezorganizovanim tipom shizofrenije bi se očekivala prisutnost Antisocijalne adaptacije u svom ekstremu u mogućoj kombinaciji sa Shizoidnom adaptacijom; kod osoba sa katatonim tipom shizofrenije oni pretpostavljaju prisutnost ekstremnog oblika Pasivno-agresivne adaptacije zajedno sa Shizoidnom, dok kod osoba sa perzistentnim poremećajem sumanutošću očekuju upadljivo prisustvo Paranoidne adaptacije kao dominantne, dok su izgled i ponašanje osobe prilično uobičajeni, sumanutosti koje osoba održava odaju kvalitet učeurene paranoidnosti [1].

Na osnovu pregleda literature i rezultata istraživanja uočljivo je da validnost i praktična upotrebljivost opisanog modela nisu proveravane kako kod nas, tako ni u drugim zemljama. Motivisani nedostatkom empirijske provere teorijskog konstrukta, organizovali smo korelacioni nacrt istraživanja, a problem smo izrazili preko sledećeg istraživačkog pitanja: Da li postoji povezanost između tipa adaptacije i postavljene dijagnoze kao što teorijski model sugerise?

U skladu sa problemom istraživanja kao cilj istraživanja definisali smo proveru diskriminativne sposobnosti teorijskog modela adaptacija u odnosu na tri dijagnostičke grupe pacijenata: neurotični, psihотični i poremećaje ličnosti. Ovaj cilj se odnosio na potvrdu odnosno opovrgavanje same realnosti postojanja teorijskog modela. Ako bi se pokazala povezanost prirode aktuelnog problema kod pacijenta i pretpostavljenog tipa adaptacije,

tada bismo sa jedne strane potvrdili teorijsku pretpostavku modela o dimenzionalnosti tipova adaptacije i da je psihijatrijska dekompenzacija zbilja prenaplašen pol određenih tipova adaptacije. Tada bi se već na osnovu aktuelne kliničke slike moglo zaključivati i o tipu adaptacije i dalje bi se mogao razvijati plan tretmana. U slučaju da se ne potvrdi ova povezanost, onda se dovodi u pitanje teza o jednostavnoj dimenzionalnosti, ali takođe, to bi moglo da ukazuje na dodatnu potrebu za ustanovljavanjem personalnih karakteristika i karakteristika personalne adaptacije jer sama dijagnoza ne bi bila dovoljna, jer samo na osnovu nje ne možemo da zaključujemo o tipu adaptacije i o mogućem odgovoru na terapijske intervencije. U oba slučaja, provera teorijskih pretpostavki modela ima očigledne praktične reperkusije.

### **Metod**

#### *Uzorak*

U istraživanju je uključeno 180 pacijenata uzrasta od 18 do 65 godina, i to 95 muškaraca i 85 žena. Pacijenti su na osnovu ICD-10 klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja razvrstani u tri grupe: grupa neurotični, psihotični i poremećaja ličnosti.

Grupa neuroza (N=106) obuhvata pacijente koji se bilo hospitalno ili ambulantno leče zbog poremećaja koji prema ICD-10 klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja zadovoljavaju kriterijume sledećih poremećaja:

- Poremećaji raspoloženja (bez psihotičnih simptoma),
- Neurotski, sa stresom povezani i somatoformni poremećaji.

Grupa psihoza (46) obuhvata pacijente koji se bilo hospitalno ili ambulantno leče zbog poremećaja koji prema ICD-10 klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja zadovoljavaju kriterijume sledećih poremećaja:

- Poremećaji raspoloženja (sa psihotičnim simptomima),
- Shizofrenija, shizotipski poremećaji i poremećaji sa sumanutošću.

Grupa poremećaji ličnosti (28) obuhvata pacijente koji se bilo hospitalno ili ambulantno leče zbog poremećaja koji prema ICD-10 klasifikaciji mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja zadovoljavaju kriterijume poremećaja ličnosti i ponašanja odraslih.

#### *Merni instrument*

U istraživanju smo koristili Upitnik za procenu adaptacije ličnosti, JPEQ, a koji je konstruisao Van Jonies. Upitnik se sastoji od šest subskala, koje mere šest adaptacija ličnosti. Upitnik sadrži 72 ajtema. Pouzdanost celog upitnika je visoka,  $\alpha = .84$ . Pouzdanost pojedinačnih skala je sledeća:  $\alpha = .049$  za skalu Antisocijalne adaptacije, Histrionična adaptacija  $\alpha = .56$ , Paranoidna  $\alpha = .60$ ,  $\alpha = .66$  za skalu Pasivno-agresivne adaptacije, Opsesivno-

kompulsivna adaptacija  $\alpha = .067$  i  $\alpha = .77$  za skalu Shizoidne adaptacije. Pouzdanost pojedinačnih skala upitnika, posebno skala antisocijalne i histri-  
onične adaptacije, ukazuje da je potrebno raditi na poboljšanju metrijskih  
karakteristika instrumenta u okviru standardizacije mernog instrumenta za  
primenu na našoj populaciji.

#### *Procedura zadavanja*

Upitnik su zadavali psiholozi zaposleni u psihijatrijskim ustanovama  
u Somboru, Subotici i Vršcu kao i u Domu Zdravlja u Kuli. Dijagnoze ispi-  
tanika, postavljane od strane psihijatara, prema ICD-10 [4], psiholozi su  
upisivali prepisujući ih iz kartona.

#### *Statistička procedura*

Prikupljeni podaci su obrađeni statističkom metodom diskriminativne  
analize, a pomoću statističkog programa SPSS 17 za Windows.

### **Rezultati**

**Tabela 1.** Parametri diskriminativnih funkcija

Diskriminativne funkcije	Karakteristična vrednost	Procenat varijanse	Koeficijent kanoničke korelacije	Wilks lambda	$\chi^2$	df	P
1	.092	57.7	<b>.29</b>	.86	26.78	12	<b>.008</b>
2	.068	42.3	<b>.25</b>	.94	11.41	5	<b>.044</b>

Iz prikazane Tabele 1. uočljivo je da se kao statistički značajne  
izdvajaju dve diskriminativne funkcije koje razdvajaju grupe neuroza, psi-  
hoza i poremećaja ličnosti, a u odnosu na tipove adaptacija ličnosti.

**Tabela 2.** Matrica strukture izolovanih funkcija

Varijable	Funkcije	
	1	2
Opsesivno-kompulsivna adaptacija ličnosti	<b>.782</b>	.368
Histronična adaptacija ličnosti	<b>.346</b>	-.015
Paranoidna adaptacija ličnosti	-.070	.000
Shizoidna adaptacija ličnosti	.109	<b>.626</b>
Antisocijalna adaptacija ličnosti	-.220	<b>.485</b>
Pasivno-agresivna adaptacija ličnosti	.104	<b>-.182</b>

Matrica strukture prikazana Tabelom 2 pokazuje da prvu diskriminativnu funkciju definišu skorovi na subskalama dve adaptacije ličnosti i to Opsesivno-kompulsivne i Histriionične dok drugu diskriminativnu funkciju definišu skorovi tri adaptacije ličnosti i to Shizoidna, Antisocijalna i Pasivno-agresivna.

Prvu funkciju čine adaptacija ličnosti (Opsesivno-kompulsivna i Histrionična) za koje je karakteristično manifestovanje naglašene emocionalne nestabilnosti i nestabilnosti u socijalnim relacijama, izraženog komformizma, te sklonost započinjanju odnosa sa drugima, uz tendenciju lakog menjanja stavova i verovanja.

Drugu funkciju čine adaptacije ličnosti (Shizoidna, Antisocijalna i negativna veza sa Pasivno-agresivnom adaptacije) za koje je karakteristično manifestovanje sklonosti ka pasivizaciji, sanjarenju, konfuznom mišljenju, sa izraženim strahom od realnosti, no miroljubivošću uz odsustvo kritičizma sa odlikama neodgovornosti, sklonosti manipulaciji i neautentičnoj ljubaznosti. Rastrzani između želje za pažnjom i samoćom.

**Tabela 3.** Centroidi grupa na izolovanim funkcijama

Dijagnoza	Funkcije		Tačnost
	1	2	Klasifikacije
Neuroze (1)	.232	-.084	91.5%
Psihoze (2)	-.190	.409	89.1%
Poremećaji ličnosti (3)	-.565	-.355	85.7%

Na osnovu pozicija centroida (Tabela 3) vidimo da se grupa neurotičnih nalazi bliže pozitivnom polu prve diskriminativne funkcije, dok je za psihoze i poremećaje ličnosti karakteristična tendencija pozicioniranja ka negativnom polu ove diskriminativne funkcije.

Na osnovu pozicija centroida takođe vidimo da se grupa psihotičnih nalazi bliže negativnom polu prve diskriminativne funkcije, a bliže pozitivnom polu druge diskriminativne funkcije. Ovo nam govori da grupu psihotičnih od ostalih možemo razlikovati po povećanoj sklonosti ka izdvajanju iz okoline, pasivnosti, sanjarenju, ekscentričnosti, izraženoj tendenciji antisocijalnom ponašanju, manipulativnosti i hostilnosti sa elementima konfuznog i bizarnog mišljenja. No, s druge strane odlikuje ih odsustvo depresivnih karakteristika, očuvanih su voljnih dinamizama, te odsutne ili niske zavisnosti od drugih ljudi. To dalje znači da povišenje nabrojanih karakteristika za drugu funkciju možemo očekivati kod psihotičnih, dok sniženje istih možemo očekivati kod neurotičnih i poremećaja ličnosti.

Centroid grupe označene kao poremećaj ličnosti pozicioniraju se negativno u odnosu na obe diskriminativne funkcije. Jedna od mogućih interpretacija ovog rezultata je da su pacijenti sa poremećajima ličnosti više

skloni disimulaciji tj. negiranju tegoba. Takođe moguće je da ovi pacijenti svoje simptome ne smatraju kao nešto bitno za isticanje u dijagnostičkom procesu. Za osobe iz grupe poremećaja ličnosti se izdvojila Pasivno-agresivna adaptacija, a što znači da njih karakteriše rigidnost u mišljenju, te teško menjanje stavova i uverenja, a često imaju i nerealna očekivanja od sebe samih. Oni ne vole preteranu pažnju, loši su u javnim nastupima sa elementima niske odgovornosti. Iako su komunikativni i stabilni u realnosti, pokazuju negativističku nastrojenost i sklonost kriticizmu.

Kao što se može videti iz Tabele 4, tačnost klasifikacije u dijagnostičku grupu na osnovu adaptacija ličnosti je visoka. 91.5% ispitanika će na osnovu skorova na ovim diskriminativnim funkcijama biti tačno svrstano u grupu neuroza; 89.1% ispitanika će biti tačno svrstano u grupu psihoza, a 85.7% ispitanika će biti tačno svrstano u grupu poremećaja ličnosti.

Iz dobijenih rezultata uočljivo je da Paranoidna adaptacija ličnosti nije pokazala diskriminativnu sposobnost u odnosu na dijagnostičke kategorije pacijenata našeg uzorka. Interpretacija ovog nalaza ide u pravcu pretpostavke da osobe sa ovom adaptacijom izbegavaju priču o sebi i drže se strogo po strani, često zauzimajući neutralan stav iz predostrožnosti. Ovakav pristup remeti dobijanje realnih podataka prilikom istraživanja.

### **Diskusija**

Prvu diskriminativnu funkciju čine dve adaptacije ličnosti (Opsesivno-kompulsivna, Histrionična) što bi značilo da ovu grupu čine psihijatrijski pacijenti koje odlikuje sklonost ka konformizmu, ritualima, uredni su, pokazuju tendenciju da prvi započinjaju interpersonalne odnose. Ponekad su skloni preterivanju i egzibicionizmu uz česte pokazatelje emocionalne nestabilnosti i nestabilnosti u ostvarivanju socijalnih relacija. To su osobe koje vole da su u centru pažnje pa su stoga dobri u javnim nastupima. S druge strane odlikuje ih lakovernost, lako menjaju stavove i verovanja, realnih su očekivanja od sebe, a kritika ih ne uznemirava.

Drugu diskriminativnu funkciju čine tri adaptacije ličnosti (Shizoidna, Antisocijalna i Pasivno-agresivna ali u negativnom pravcu tj. sa blagim sniženjem) što bi značilo da ovu grupu čine psihijatrijski pacijenti koje karakteriše sklonost povlačenju i izdvajanju što ih pak čini pasivnim sanjarima i pomalo ekscentričnim sa odlikama nekomunikativnosti. Ovi pacijenti pokazuju nizak prag frustracione tolerancije kao odraz slabe kontrole. Iako šarmantni i harizmatični skloni su manipulativnom ponašanju sa elementima sebičnosti i koristoljublja. S druge strane pokazuju izvesnu samostalnost u vezama, zauzimaju relativno pozitivistički stav uz odsustvo ili pak smanjenu sklonost kriticizmu.

Takođe je uočljivo da se u drugu grupu adaptacija uvrstila Pasivno-agresivna adaptacija ličnosti (umesto očekivane Paranoidne adaptacije) sa negativnom korelacijom koja ne doseže nivo značajnosti.



Ako pogledamo dalje rezultate analize dijagnostičkih kategorija psihiatrijskih pacijenata možemo videti da se grupa neurotičnih sa 91.5% tačnosti alocira prvom izdvojenom diskriminativnom funkcijom tj. gore opisanom grupom adaptacija ličnosti. Pa se tako može zaključiti da grupu neurotičnih odlikuje povećana sklonost preterivanju, emocionalna nestabilnost i nezrelost, sklonost ritualima, urednosti, nefleksibilnost mišljenja i tendencija započinjanja interpersonalnih odnosa. Pacijente iz kategorije neurotičnih takođe karakteriše snižena hostilnost i senzitivnost, smanjen oprez i sumnjičavost. Oni nisu skloni ljubomori što takođe ukazuje na odsustvo paranoidnih interpretacija.

Prema teoriji adaptacija ličnosti [1] pretpostavlja se da funkcionalne adaptacije ličnosti čine Opsesivno-kompulsivna, Histrionična i Pasivno-agresivna adaptacija, te da osobe sa dominantnom jednom od ove tri adaptacije, na čijem kontinuumu preovlađuju negativne karakteristike, u kliničkoj populaciji se prepoznaju u kategoriji neurotičnih. Na osnovu naših rezultata, gore pomenuto se prepoznaje u prve dve adaptacije (Opsesivno-kompulsivna i Histrionična) dok je treća očekivana Pasivno-agresivna adaptacija izostala.

Rezultati analize takođe pokazuju da se grupa psihotičnih sa 89.1% tačnosti alocira drugom izdvojenom diskriminativnom funkcijom tj. gore opisanom grupom adaptacija ličnosti. Iz ovoga se može zaključiti da grupu psihotičnih opisuje povišena sklonost izdvajanju iz okoline, pasivnost, sanjarenje, ekscentričnost, sklonost antisocijalnom ponašanju, manipulativnost i hostilnost sa tendencijama konfuznom i bizarnom mišljenju. Pacijente iz kategorije psihotičnih takođe odlikuje izvesno prisustvo hipomaničnih odlika, očuvanih su voljnih dinamizama, te odsutne ili pak niske zavisnosti od drugih osoba.

Rezultati analize ukazuju da se grupa poremećaja ličnosti sa 85.7% tačnosti alocira sa gore pomenute dve diskriminativne funkcije ali sa negativnim polovima obe funkcije. Iz ovoga se može zaključiti da grupu pacijenata iz kategorije poremećaja ličnosti odlikuje rigidnost u mišljenju, teško menjanje stavova i uverenja, te često i nerealna očekivanja od sebe samih. Ne osećaju se dobro kada ima se poklanja preterana pažnja, te su loši u javnim nastupima. Pokazuju elemente niske odgovornosti. Mada komunikativni i stabilni u realnosti, izražavaju negativističku nastrojenost i sklonost kritičizmu.

Dobijeni podaci koji govore o postojanju gore opisane dve funkcije doprinose zaključku da povišenje rezultata na skalama Opsesivno-kompulsivne i Histrionične adaptacije ličnosti upitnika JPAQ jasno razdvaja grupu neurotičnih od grupe psihotičnih i poremećaja ličnosti, dok povišenje rezultatana skalama Shizoidne i Antisocijalne adaptacije i izvesno sniženje na skali Pasivno-agresivne adaptacije ličnosti jasno razdvaja grupu psihoza od neuroza i poremećaja ličnosti. Dakle, poremećaje ličnosti ne izdvaja konkretno ni jedno povišenje na skalama adaptacija ličnosti, jer se može videti da se oni grupišu na negativnom polu obe funkcije tako da su u oba slučaja izdvojeni sa još jednom dijagnostičkom grupom (bilo neurozama ili

psihozama). Generalno gledano Berger [5] navodi da od osam osnovnih tipova poremećaja ličnosti koje izdvaja Kecmanović, može se primetiti da isti obuhvataju u svom opisu kako tipične za neurotske poremećaje tako i simptome koje nalazimo u grupi psihotični poremećaja. Stoga nije neobično što se baš ova grupa poremećaja jasno ne razdvaja od neurotskih odnosno psihotičnih poremećaja, a gledano na rezultate diskriminativnih funkcija ovog istraživanja. S druge strane, kako dijagnostička kategorija predstavlja najčešći vid uopštavanja u kliničkim disciplinama tako se može pretpostaviti da se određene kategorije (a za koje danas postoji sve više nalaza koji im idu u prilog, poput FFM Costa, Mc Crae [5] koji ukazuje da je dimenzionalnost bliža realnosti pri klasifikaciji poremećaja nasuprot kategorijalnom pristupu koji je uvrežen u praksi) poput poremećaja ličnosti teško mogu održati kao takve. Stoga jedan od razloga izostanka očekivanog rezultata da se upitnikom adaptacija ličnosti mogu prepoznati pacijenti sa poremećajima ličnosti leži upravo u nedostacima kategorijalnog odabira pacijenata.

U teoriji adaptacija ličnosti [1] pretpostavlja se da kod osoba sa dominantnom Shizoidnom, Antisocijalnom i Paranoidnom adaptacijom ličnosti, na čijem kontinuumu preovlađuju negativne karakteristike iste, u kliničkoj populaciji se može očekivati da pripadaju kategoriji psihotičnih i poremećaja ličnosti. Ovde možemo ukazati na sličnost tumačenja koje nudi Berne [6] opisujući skript kao vrstu adaptacije i uobličavanja ljudskog iskustva koji osobi omogućava da se lakše snađe među različitim socijalnim i psihološkim stimulusima. Slično objašnjenju adaptacija ličnosti koje daju Joines i Stewart [1], Berne [6] razlikuje u okviru skripta roditeljsko programiranje kao uspešan obrazac ponašanja koji omogućava funkcionalno delovanje u odnosu na pomenute stimulse, dok samom rečju skript označava patološko tj. disfunkcionalno ponašanje osobe. U kontekstu ovog objašnjenja Steiner [7] opisuje skript bez razuma, koji dovodi u vezu sa ljudima koji razviju psihozu, što bi implikovalo da u našem slučaju isti može da se prepozna kod osoba sa dominantnom Shizoidnom i Antisocijalnom adaptacijom ličnosti. Kao što možemo videti na osnovu rezultata našeg istraživanja, gore pomenuto se prepoznaje u prve dve adaptacije (Shizoidna i Antisocijalna), dok je treća očekivana Paranoidna adaptacija ličnosti izostala, a izdvojila se Pasivno-agresivna adaptacija ličnosti i to sa negativnom korelacijom. Moguće je da je ovakav rezultat delom posledica nedovoljne proverenosti samog testa adaptacija ličnosti, JPAQ, na našoj populaciji, te da ajtemi koji definišu Paranoidnu, odnosno Pasivno-agresivnu adaptaciju nisu dovoljno reprezentativni.

### **Zaključak**

Značaj dobijenih rezultata je u tome što ukazuju da su smernice za pravljenje psihoterapijskog plana koje sugerišu Joines i Stewart [1] u svojoj teoriji adaptacija, bez obzira na psihoterapijski pravac, primenljive kod psihijatrijskih pacijenata iz grupe neurotičnih, kod kojih se prepoznaju dominantne adaptacije bilo Opsesivno-kompulsivna i/ili Histrionična, kao i kod



psihijatrijskih pacijenata iz grupe psihotičnih i poremećaja ličnosti, kod kojih se prepoznaju dominantne adaptacije ličnosti bilo Shizoidna i/ili pak Antisocijalna. Rezultati ovog istraživanja vezano za Pasivno-agresivnu i Paranoidnu adaptaciju ličnosti nisu očekivani i jasni, a što implicira potrebu za daljim istraživanjem i rasvetljavanjem primenljivosti i mesta ovih teorijskih koncepata u kliničkoj praksi.

## **DISCRIMINANT ABILITY OF PERSONALITY ADAPTATIONS MODEL IN PSYCHOTHERAPEUTIC TREATMENT OF PATIENTS WITH VARIOUS DIAGNOSTIC CATEGORIES**

**Stojanka Lakobrija-Savić<sup>1</sup>, Sandra Čačić<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Day Hospital, Sombor

<sup>2</sup>Center for Social Welfare, Sombor

**Abstract:** Theoretical foundation of the conducted study is the six personality adaptations model, developed by Vann Joines and Ian Stewart. This model proposes that each individual has a dominant dimensional personality adaptation. The model is primarily pathocentric. According to its authors, the dominant adaptation predisposes the individual to certain pathology, that is, they propose that personality adaptations are connected to various diagnostic categories. The aim of the study was to test the discriminant ability of adaptations model with reference to patients in various diagnostic categories of disorders. The issue addressed by the study is formulated as the following research question: Can a distinction be made between patients in different diagnostic categories based on their dominant personality adaptation? The study was conducted on 180 patients, divided based on their diagnoses into three groups: neuroses, psychoses and personality disorders. The data were collected using the JPEQ questionnaire, and the dominant adaptation of each respondent was determined based on questionnaire scale scores. Using the statistical method for discriminant analysis, the following results were obtained: Neuroses differ from the remaining two diagnostic groups by marked emotional instability and instability in social relations, high conformism, propensity to engage in relationships with others, with a tendency to easily change attitudes and beliefs (dominant adaptations: obsessive-compulsive and histrionic). Characteristic for personality disorders, in comparison to neuroses and psychoses, is the rigidity of thought, difficulty changing attitudes and beliefs, as well as unrealistic expectations of one's self. They don't like excessive attention, and they are bad at public speaking with elements of low responsibility. Although they are communicative and stable in reality, they show negativism and tendency to criticism (passive-aggressive adaptation). Psychoses can be discriminated from neuroses and personality disorders by increased tendency to withdrawal, passivity, daydreaming, eccentricity, marked tendency to antisocial behavior, manipulativeness and hostility, with elements of confused and bizarre thinking. On the other hand, however, they show a lack of depressive characteristics, their dynamisms are preserved, with no or low dependence on others (schizoid and antisocial adaptation).

**Key words:** *personality adaptations, patients, diagnosis, neurosis, psychosis, personality disorder*

## **Literatura**

1. Joines V, Stewart I. Personality Adaptations. England, USA: Life-space publishing; 2002.
2. Kaplan KJ, Capace N, Clyde JD. A bidimensional distancing approach to TA. Transactional Analysis Journal, 1984;14(2):114-9.
3. Livesley WJ. (Ed.). The DSM-IV Personality Disorders. New York Guilford, 1995. p. 583-94.
4. Svetska zdravstvena organizacija. *ICD - 10* Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: Klinički opis i dijagnostička uputstva. Beograd, Zavod za izdavanje udžbenika; 1992.
5. Berger J. Psihodijagnostika. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2004.
6. Berne E. Transactional analysis in psychotherapy. New York: Grove Press; 1961.
7. Steiner C. Scripts people live. Transactional analysis of life scripts. New York: Grove press; 1974.

---

***Stojanka LAKOBRIJA SAVIĆ, mr sci***, Dnevna bolnica, Sombor, Srbija

***Stojanka LAKOBRIJA SAVIC, MA***, Day Hospital, Sombor, Serbia

E-mail: [lastoja@yahoo.com](mailto:lastoja@yahoo.com)



Istraživački rad  
UDK: 159.944.4.072 ; 616.89-008.48  
ID: 197442572

## STRES RODITELJSTVA KOD RODITELJA PREDŠKOLSKE DECE SA PERVAZIVNIM RAZVOJNIM POREMEĆAJIMA

Nenad Rudić<sup>1</sup>, Jelena Radosavljev-Kirćanski<sup>1,2</sup>,  
Jovanka Dačin<sup>1</sup>, Marko Kalanj<sup>1</sup>,  
Milena Banjac-Karović<sup>1</sup>, Emilija Đorđić<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Fakultet za medije i komunikacije,

Univerzitet Singidunum, Beograd

**Apstrakt:** Stres predstavlja sastavni deo roditeljstva, povišeni nivoi stresa se javljaju u okolnostima koje otežavaju ili onemogućavaju postizanje potrebne adaptacije. Stres roditeljstva je posebno povećan kod roditelja dece sa hroničnim oboljenjima i razvojnim poremećajima. Povećanje broja dece sa razvojnim problemima iz grupe pervazivnih razvojnih poremećaja (razvojni poremećaji iz spektra autizma), sve raniji uzrast u kome se postavlja dijagnoza i centralna uloga roditelja i porodice u procesima tretmana i podizanju deteta, čine ovu temu posebno aktuelnom. U radu prikazujemo rezultate procene stresa roditeljstva primenom Upitnika za procenu stresa roditeljstva – kratka forma (*Parenting Stress Index-Short Form*), kod roditelja dece predškolskog uzrasta, primenjenog u periodu sprovođenja dijagnostičke procene, kao i korelaciju između stresa roditeljstva i težine autističnog poremećaja. Rezultati ukazuju da oko polovine roditelja ispoljava klinički značajne nivoe stresa. U našem uzorku nije utvrđena značajna korelacija između težine autističnog poremećaja i nivoa stresa roditeljstva. Dobijeni rezultati ukazuju na značaj primene mera podrške roditeljima u periodu sprovođenja dijagnostičke procene, sa posebnim naglaskom na mogućnostima prepoznavanja i pružanja adekvatne pomoći roditeljima sa povišenim stresom roditeljstva.

**Ključne reči:** *Stres roditeljstva, predškolska deca, pervazivni razvojni poremećaji*

## Uvod

Roditeljstvo predstavlja brigu o deci, u periodu od rođenja do punoletstva. Može se definisati kao zbir aktivnosti usmerenih na omogućavanje preživljavanja i razvoja dece [1]. Podrška procesima fizičkog, emocionalnog, socijalnog i intelektualnog razvoja dece, se ostvaruje kroz bliske emocionalne odnose između roditelja i dece. Latinska reč *Parere*, od koje potiče reč roditelj, označava razvoj, učenje i napredovanje.

Međutim, roditeljstvo nije samo skup aktivnosti usmerenih ka detetu. Ono predstavlja značajan deo ličnog identiteta odrasle osobe u odnosu sa svojim detetom.

Konstrukt "materinske konstelacije" koji uvodi D. Stern [2] opisuje nastajanje specifične mentalne organizacije majke, u periodu tokom trudnoće, rođenja i ranih godina deteta. Ona omogućuje ostvarivanje uloge majke u zaštiti, nezi i razvoju deteta, putem emocionalnog vezivanja, uspostavljanja obrazaca uzajamnosti i kreiranja razvojno podržavajuće sredine za svoje dete. Ova mentalna organizacija uključuje teme brige o razvoju deteta, kao i samoprocene, procene uspešnosti u ulozi majke.

Jedan od značajnih faktora koji utiče na roditeljsko ponašanje je stres roditeljstva. Stres roditeljstva može se definisati kao prisutnost stresa povezanog sa ulogom roditelja i interakcijama sa detetom [3]. Određeni nivoi roditeljskog stresa su normativne prirode i predstavljaju očekivane teškoće, uglavnom prolazne prirode i ograničenog trajanja. Značajno povišeni nivoi stresa koji mogu da ugroze zdravlje se javljaju u određenim okolnostima koje otežavaju ili onemogućavaju postizanje potrebne adaptacije u ovoj ulozi. Povišen stres nastaje iz različitih razloga, a njegova izraženost i trajanje, deluju nepovoljno, kako na samog roditelja, tako i na odnos sa detetom.

Deca sa razvojnim problemima predstavljaju grupu dece koja pokazuju značajna odstupanja u razvoju, sa mogućim ispoljavanjima zaostajanja u različitim oblastima – govora, saznanog razvoja, motorike, društvenog razvoja. Problemi ponašanja i učenja, teškoće emocionalne kontrole, povišena i produžena zavisnost od roditelja, čini roditeljsku ulogu dodatno složenom i stresnom.

Pervazivni razvojni poremećaji (razvojni poremećaji iz spektra autizma) predstavljaju posebnu grupu razvojnih smetnji, koje se ispoljavaju u ranom detinjstvu, pre treće godine. Prisutne su značajne teškoće razvoja u oblastima socijalnih odnosa i interakcija, komunikacije i interesovanja. Mogu biti prisutni izraženi problemi ponašanja, teškoće emocionalne kontrole, problemi spavanja i ishrane.

Epidemiološke studije govore o izraženom porastu broja dece sa ovim razvojnim smetnjama, značaju rane dijagnoze i ranog započinjanja intervencija. Ukoliko se računaju svi oblici iz ove grupe, aktuelne procene go-

vore o prevalenci od 60-70/10.000 dece, što ih svrstava u jedan od najčešćih neurorazvojnih poremećaja u detinjstvu [4].

Mnogi značajni odgovori nam nedostaju. Šta je uzrok, zašto je prisutan tako veliki porast broja dece dijagnostikovane sa ovim poremećajem, kakva je prognoza, koje su najbolje intervencije? Izostanak pouzdanih odgovora čini roditeljsku poziciju još težom, jer često treba donositi značajne odluke koje se tiču tretmana.

Povećanje broja dece sa razvojnim problemima iz spektra autizma [4], sve raniji uzrast u kome se postavlja dijagnoza [4,5] i centralna uloga roditelja i porodice u procesima tretmana i podizanju deteta [6,7,8] čine ovu temu aktuelnom u svim sredinama.

Ispitivanja stresa roditeljstva kod roditelja dece sa razvojnim smetnjama ukazuju na prisutnost povišenog stresa, koji predstavlja rizik po zdravlje roditelja i odnos sa detetom.

Istraživanja ukazuju da kod nešto manje od polovine roditelja dece sa pervazivnim razvojnim poremećajima stres roditeljstva doseže klinički nivo [7]. Nivoi stresa roditelja posebno su povišeni u ranom uzrastu deteta i periodu suočavanja sa dijagnozom [7], kod roditelja dece sa težim oblicima problema ponašanja [9,10], kao i situacijama neadekvatne socijalne podrške [7,11]. Prisutnost povišenog stresa negativno utiče na zdravlje roditelja [6], kvalitet života, saradnju sa stručnim službama [8], odnose u porodici i odnos sa detetom [12]. Povišen nivo stresa je povezan sa nastankom depresije [13].

U periodu uočavanja prisutnosti teškoća i dijagnostičkih procena, prisutni su specifični stresori koji utiču na pojavu izraženijeg stresa – od potvrde strahovanja do nastavljanja neizvesnosti u vezi prirode problema, definitivne dijagnoze i prognoze.

Intervencije, posebno vremenski zahtevne i koje se oslanjaju na porodicu, nisu tako efikasne ukoliko je stres roditeljstva visok [8,14]. Niži skorovi roditeljskog stresa na početku tretmana predstavljaju pozitivan prediktor uspešnosti primenjenih intenzivnih ranih intervencija [14].

Studije ukazuju na više nivoje stresa roditeljstva povezanih sa težinom autističnog poremećaja [7,15].

Procena stresa roditeljstva upitnikom PSI-SF (*Parenting Stress Index – Short Form*), koji smo koristili u našem istraživanju, zasniva se na modelu razumevanja nastanka stresa roditeljstva koji je konstruisao Abidin [3]. Na osnovu ovog modela na stres vezan za roditeljstvo utiču faktori koji su u vezi sa karakteristikama deteta, karakteristikama roditelja i situacione varijable koje su u direktnoj vezi sa roditeljskom ulogom. Studije u kojima se primenjuje ovaj upitnik ukazuju na prisutnost povišenog stresa kod roditelja dece sa autizmom, više nego kod roditelja dece sa drugim oblicima razvojnih poremećaja [11,7]. Upitnik daje mogućnost utvrđivanja klinički značajnih

nivoa stresa, čija prisutnost predstavlja indikaciju za dopunski dijagnostičku procenu i pružanje odgovarajuće psihosocijalne pomoći.

U okviru Dečje dnevne bolnice Instituta za mentalno zdravlje, uporedo sa sprovođenjem dijagnostičkog postupka i tretmana za decu sa pervazivnim razvojnim poremećajima, sprovode se redovne aktivnosti usmerene ka pružanju podrške roditeljima. One predstavljaju različite oblike individualnog i grupnog rada. Iako je osnovni cilj aktivnosti razumevanje prirode problema deteta i kreiranje odgovarajuće razvojne podrške i terapijskih intervencija, sve više smo uočavali značaj intervencija koje imaju za cilj pružanje pomoći roditeljima. Nije dobro od roditelja tražiti previše, posebno je to opasno ukoliko se čini tada kada to najmanje mogu da pruže i kada je njima potrebna pomoć. Sa sistematskom procenom stresa roditeljstva ponovo smo se suočili sa istinom da bez pružanja pomoći roditelju, nema prave brige o detetu. Procena stresa roditeljstva može biti jedan od načina brze orijentacije o stanju roditelja i potrebi za psihološkom pomoći.

### **Metod**

U radu se prikazuju rezultati istraživanja stresa roditeljstva kod roditelja dece sa pervazivnim razvojnim poremećajima, u periodu prve hospitalizacije u Dnevnoj bolnici za decu. U pitanju je retrospektivna analiza podataka iz medicinske dokumentacije za roditelje dece kod kojih je postavljena dijagnoza pervazivnog razvojnog poremećaja, za period od 2008 do 2011. g. Analizirani su demografski podaci, podaci iz upitnika za procenu stresa roditeljstva (PSI-SF, Abidin) i podaci iz upitnika za procenu stepena izraženosti autističnih simptoma (CARS, Shopler) [16]. Obzirom da su podaci dobijeni u sklopu standardnih metoda koje se primenjuju u radu Dnevne bolnice za decu, od roditelja je dobijen informisani pristanak prilikom prijema deteta.

Dijagnoza pervazivnog razvojnog poremećaja je postavljena nakon dvonedelnog perioda procene, a u skladu sa dijagnostičkim kriterijumima ICD 10 klasifikacije. Kod jednog broja dece, za utvrđivanje prisutnosti i stepena izraženosti simptoma autizma korišćena je CARS skala i ti rezultati su korišćeni u analizi korelacije stresa roditeljstva i težine autističnog poremećaja. Procena je sprovedena u sklopu dijagnostičkog postupka, od strane istog stručnjaka – specijalnog edukatora, obučenog za primenu instrumenta.

Procena stresa roditeljstva je rađena primenom PSI upitnika – *Parenting Stress Index-SF* [3]. Roditelji su ispunjavali upitnik tokom prve nedelje hospitalizacije. Kad god je bilo moguće upitnik su popunjavala oba roditelja. U našoj analizi smo koristili skor ukupnog stresa.

Analiza korelacije ukupnog stresa roditeljstva sa stepenom izraženosti autističnih simptoma kod dece, rađena je za majke, obzirom da su uglavnom majke bile angažovane u neposrednoj nezi dece koja su činila naš uzorak.



Vršeno je poređenje između rezultata koji su na PSI-SF imale majke dece sa blažim nivoom simptoma autizma sa rezultatima majki dece sa težim oblicima autizma. U cilju procene uticaja težine autističnog poremećaja na stres roditeljstva majki analizirana je korelacija između skorova ukupnog roditeljskog stresa na upitniku PSI-SF i skorova koji su deca sa postavljenom dijagnozom pervazivnog razvojnog poremećaja imala na upitniku – CARS. Statistička obrada je vršena primenom SPSS 11.5. Za utvrđivanje povezanosti korišćena je Pirsonova korelacija, a t-test za utvrđivanje značajnosti razlika srednjih vrednosti između dve grupe

### **Ciljevi**

U okviru ovog rada postavljena su dva istraživačka cilja:

1. Procena stresa roditeljstva kod roditelja dece sa postavljenom dijagnozom pervazivnog razvojnog poremećaja, u periodu dijagnostičke procene.
2. Utvrđivanje povezanosti nivoa stresa roditeljstva majki sa stepenom izraženosti autističnih simptoma kod dece.

### **Instrumenti procene**

**Indeks stresa roditeljstva-kratki oblik** (PSI SF – *Parenting Stress Index Short Form*) Instrument se sastoji iz 36 ajtema kojima se procenjuje stres roditeljstva. Upitnik je Likertovog tipa, sa petostepenom skalom, gde skor 1 označava najmanji, a skor 5 najveći stepen stresa.

Upitnik sastoji se iz 3 skale: roditeljski stres, disfunkcionalna interakcija roditelj-dete i “teško” dete. Za svaku skalu se sabiranjem poena može izračunati skor, a njihova suma predstavlja Ukupan indeks stresa roditeljstva, te ukupan raspon iznosi od 36-180 poena.

Dobijeni skor ne uključuje stres koji je povezan sa drugim životnim ulogama i životnim događajima, tako da se i ne može interpretirati drugačije do kao nivo stresa koji nosi uloga roditelja. Ukupni skor odnosi se na područja roditeljskog distresa, stresa koji proizilazi iz roditeljeve interakcije sa detetom i stresa koji je rezultat detetovih bihevioralnih karakteristika. Ukupni skor iznad 90 prihvata se kao klinički značajan nivo stresa [3]. Prisutnost kliničkih nivoa stresa ukazuje na potrebu za dopunskim procenama i pružanjem odgovarajuće stručne pomoći roditelju.

Upitnik je primenjivan je u brojnim istraživanjima na normativnoj populaciji i kod roditelja dece sa različitim problemima i razvojnim poremećajima.

**CARS** (*Childhood Autism Rating Scale*) – Skalom se procenjuje ponašanje deteta u 14 oblasti u kojima se ispoljavaju problemi kod autizma, sadrži još jednu kategoriju procene koja se odnosi na opšti utisak. Ima za cilj identifikaciju dece sa autizmom, koristi se i kao skala procene težine autističnog poremećaja. Ukupni skor ispod 30 ne govori u prilog autizma,

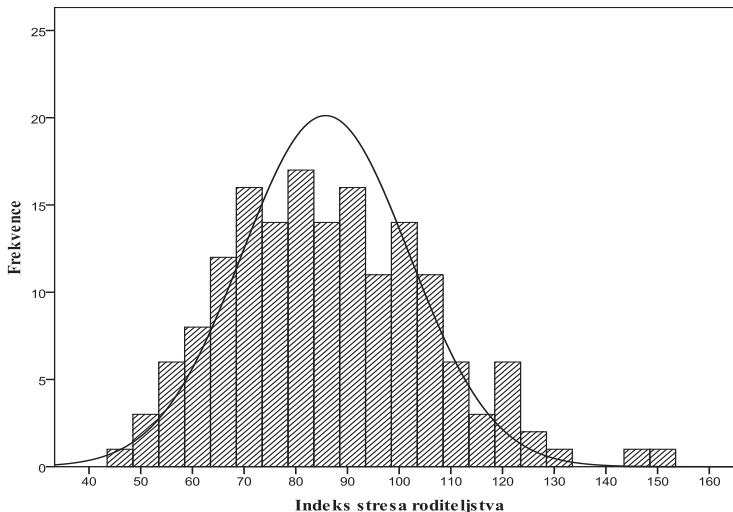
skorovi između 30-36.5 se smatraju za pokazatelje blažeg do umerenog autizma, a skorovi iznad 36.5 pokazateljima težeg autizma [16]. Pored toga, preporuka autora je da procena težeg oblika autizma uključuje i prisutnost bar 5 ajtema na kojima su skorovi 3 ili više (odgovaraju značajno izmenjenom ponašanju u određenoj oblasti). Ova skala se koristi u cilju skrininga i dijagnoze autizma i pokazuje visoku korelaciju sa DSM-IV [17].

## Rezultati

Uzorak za procenu stresa roditeljstva čini ukupno 167 roditelja dece koja su bila primljena u Dnevnu bolnicu za decu. Ukupan broj dece čiji roditelji su popunjavali upitnik je bio 128, za 89 – oro dece, prikupljeni su podaci samo od majki, dok su u slučaju 39 – oro dece prikupljeni podaci od oba roditelja. Prosečna starost roditelja iznosi 37.35godina (SD 6.41).

Srednja vrednost skorova ukupnog stresa roditeljstva u našem uzorku iznosi 86.67 (SD 19.46), nešto ispod granice koja govori o klinički značajnim nivoima stresa. Raspodela skorova ukupnog stresa roditeljstva ne odstupa značajno od normalne ( $W(163) = 0.984$ ,  $p = 0.057$ ; iako je ova vrednost Šapiro – Viksovog statistika blizu granice značajnosti, to je najverovatnije proizvod ekstremnih vrednosti skorova za dvoje ispitanika, kao što se vidi na grafikonu 1).

Kod ukupno 69 roditelja (41.3%) registruju se klinički značajni nivoi stresa roditeljstva (skorovi od 90 i navise).



**Grafikon 1.** Raspodela skorova ukupnog stresa roditeljstva

Uzorak za procenu povezanosti stresa roditeljstva sa težinom autističnog poremećaja čine majke dece za koju je bio dostupan podatak o

težini autističnog poremećaja, izraženoj preko skora na skali procene prisutnosti simptoma autizma – CARS.

Ispitivano je 35 ispitanica, starosti od 26 do 48 godina (srednja vrednost 35.3; SD 5.41), u braku 31, samih sa detetom 4. Deca su bila uzrasta od 2.7 do 7.4 godine (srednja vrednost 4.11g; SD 1.69), 28 dečaka i 7 devojčica.

Prosečna vrednost skora na CARS-u iznosila je 38.81. Skorovi u grupi dece sa lakšim oblikom autizma su od 30 do 36.5 (prosečan skor je 34), a CARS skorovi u grupi dece sa težim oblikom autizma su od 37 do 47 (prosečan skor je 42).

Srednja vrednost stresa roditeljstva u celom uzorku je 89.37 (SD 16.67), kod majki dece sa blažim autizmom (15 majki) 88,46 (SD 17.26), kod majki dece sa težim autizmom (20 majki) iznosi 90.05 (SD 16.64).

Procenti klinički značajnih skorova za ceo uzorak su 42.90%, u grupi majki dece sa blažim autizmom je 37.30%, a kod majki sa težim oblikom autizma iznosi 45.00%.

Nisu utvrđene statistički značajne razlike rezultata srednjih vrednosti ukupnog skora stresa roditeljstva između grupe roditelja dece sa blažim autizmom i grupe roditelja dece za težim autizmom ( $t(33) = 0.138, p = 0.891$ ).

Nije utvrđena značajna korelacija između težine autističnog poremećaja dece izraženog skorom na CARS-u i ukupnog skora stresa roditeljstva merenog PSI-SF instrumentom. Razlike nisu utvrđene ni na nivou ukupnog stresa, niti na nivou podskala i u našem uzorku prisutnost povišenog stresa nije direktno povezana sa stepenom izraženosti simptoma autizma.

## Diskusija

Prisutnost povišenog stresa roditeljstva kod značajnog broja majki iz našeg uzorka je očekivana i u skladu je sa podacima iz literature [7,9,11]. Naš uzorak su činila deca sa izraženijim simptomima autizma, čiji su problemi trajali tokom više meseci ili godina pre sprovođenja dijagnostičke procene, tako da su prisutni uticaji na iskustvo roditeljstva. Na prisutnost povišenog stresa u našem uzorku roditelja mogle su uticati i okolnosti sprovođenja procene tokom dijagnostičkog postupka, u periodu povišene strepnje roditelja zbog mogućnosti postavljanja dijagnoze autizma i posledičnih strahovanja.

Prisutnost kliničkih nivoa stresa kod nešto manje od polovine roditelja ukazuje na veliki broj roditelja kojima je potrebna psihološka pomoć.

Odsustvo povezanosti između stepena izraženosti simptoma autizma i nivoa roditeljskog stresa nije očekivano. Odsustvo utvrđene povezanosti u našem uzorku, pored metodoloških ograničenja studije – malog i nereprezentativnog uzorka, može da ukazuje na potrebu po drugačijim načinima procene karakteristika deteta u nastanku stresa roditeljstva kod majki, uvažavajući više karakteristike ponašanja nego globalnu procenu stepena težine autističnog poremećaja. Tako prisutnost specifičnih simptoma, problema ponašanja ili

poremećaja spavanja kod dece, može imati veliki uticaj na razvijanje roditeljskog stresa što predstavlja značajnu informaciju koja može usmeravati ciljeve intervencija.

Istraživanja uglavnom ukazuju na pozitivnu korelaciju između povišenog stresa roditeljstva i izraženosti simptoma kod dece predškolskog i ranog školskog uzrasta sa dijagnozom razvojnog poremećaja iz spektra autizma [6]. Studije ukazuju da pored primarnih simptoma autizma, koji su izvor stresa za roditelje [7], značajan izvor stresa predstavljaju prisutni specifični problemi ponašanja [9,10] Regulatorne teškoće u oblastima ishrane, spavanja i emocionalne regulacije su česte kod dece sa autističnim spektrom poremećaja (ASD). Postignuta je značajna redukcija povišenog roditeljskog stresa nakon intervencija u vezi sa problemima spavanja kod dece [18]. Problemi ponašanja kod dece sa autističnim spektrom poremećaja (ASD) su snažniji prediktor za nastanak roditeljskog stresa nego nivo razvojnog kašnjenja [15,19].

Pored toga, odsustvo korelacije ukazuje na značaj drugih varijabli koji utiču na stres roditeljstva, pre svega varijabli roditelja i dimenzija okruženja, koje su mogle imati značajnog udela u našem uzorku, a nisu kontrolisane, obzirom na drugačije ciljeve ovog istraživanja.

### **Zaključak**

Kod majki dece predškolskog uzrasta sa pervazivnim razvojnim poremećajima, u periodu dijagnostičke procene, značajno su povišeni nivoi roditeljskog stresa. U pitanju je period krize roditeljstva, koja može imati različite ishode. Odsustvo korelacije nivoa stresa majki sa težinom autizma kod deteta, ukazuje na prisutnost različitih individualnih mehanizama suočavanja, kao i na vanporodične uticaje koji mogu imati protektivne ili ugrožavajuće uticaje.

Postavljaju se pitanja kompleksnosti uticaja i različitosti ishoda i otvaraju mogućnosti za istraživanje i razumevanje procesa adaptacije. Posebno je to značajno u ranom uzrastu deteta, periodu postavljanja dijagnoze i češćih konsultacija sa stručnjacima.

Procena stresa roditeljstva može da pomogne u prepoznavanju roditelja kojima je potrebna dodatna pomoć, kako u cilju poboljšanja njihovog zdravlja i zadovoljstva u ulozi roditelja, tako i u cilju unapređenja efekata primenjenih intervencija u radu sa decom.

Razumevanje nastanka i evolucije stresa, može dovesti do razvoja specifičnijih intervencija – usmerenih na njegovo prevazilaženje i prilagodjenih pojedinom roditelju.

Sistematska briga o zdravlju roditelja i pomoć u specifičnim okolnostima bolnog traganja za ulogom roditelja, treba da bude sastavni deo intervencija stručnih službi.

## PARENTING STRESS AMONG PARENTS OF PRESCHOOL CHILDREN WITH PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS

Nenad Rudic<sup>1</sup>, Jelena Radosavljev-Kircanski<sup>1,2</sup>,  
Jovanka Dacin<sup>1</sup>, Marko Kalanj<sup>1</sup>,  
Milena Banjac-Karovic<sup>1</sup>, Emilija Djordjic<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute for Mental Health, Belgrade

<sup>2</sup>Faculty for Media and Communication,  
Singidunum University, Belgrade

**Abstract:** Parenting stress is inevitable part of parenting. Hightened levels of parenting stress develop in circumstances that make necessary adaptation in parenting role more complex and hard to achive. Parenting stress is hightened in parents of children with chronic medical conditions and developmental disorders. Increasing number of children with pervasive developmental disorders (autistic spectrum disorders), the intention of recognising and diagnosing the disorder in early ages and important role of parents and families in treatment and care for child, makes the wellbeing of parents one of the important topics in helping process. In this paper we present results of assessment of parenting stress in parents of preschool children with pervasive developmental disorders in period of diagnostic assessment and corelations between parenting stress and severity of disorder. Parenting stress was assessed with PSI-SF (Abidin) and severity of autistic disorder with CARS (Schopler & Reichler). Almost half of the parents had clinical levels of parenting stress. There was no significant corelation between parenting stress and severity of autistic disorder in our sample. Results points toward importance of adequate support to parents in period of diagnostic assessment of children suspected for presence of pervasive developmental disorders and possibility of using quick standardised instrument for screening that might lead to additional interventions for parents with clinically significant levels of parenting stress.

**Key words:** *parenting stress, pervasive developmental disorders, preschool children*

## Literatura

1. Ricketts H, Anderson P The impact of poverty and stress on the interaction of Jamaican caregivers with young children. *Int J Early Years Educ.* 2008;16(1):61-74.
2. Stern D. Mothers' emotional needs. *Pediatrics.* 1998;102:1250-2.
3. Abidin RR. Parenting Stress Index (3<sup>rd</sup> Edition). Professional Manual. Odessa, FL: 1995, Psychological Assessment resources Inc.
4. Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res.* 2009;65(6):591-8
5. Charman T, Baird G. Practitioner review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry.* 2002;43(3):289-305.
6. Hastings RP, Johnson E. Stress in UK families conducting intensive home-based behavioral intervention for their young child with autism. *J Autism Dev Disord.* 2001;31(3):327-36.
7. Davis NO, Carter AS. Parenting stress in mothers and fathers of toddlers with autism spectrum disorders: associations with child characteristics. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(7):1278-91.
8. Robbins FR, Dunlap G, Plienis AJ. Family characteristics, family training and the progress of young children with autism. *J Early Interv.* 1991;15(2):173-184.
9. Osborne LA, Reed P. The Relationship between Parenting Stress and Behaviour Problems of Children with Autistic Spectrum Disorders, *Except Child.* 2009;76(1):54-73.
10. Beck A, Hastings R. & Daley D. Pro-social behaviour and behaviour problems independently predict maternal stress. *J Intellect Dev Disabil.* 2004;29:339-349
11. Smith TB, Oliver MN, Innocenti MS. Parenting stress in families of children with disabilities. *Am J Orthopsychiatry.* 2001;71(2):257-61.
12. Wolf LC, Noh S, Fisman SN, Speechley M. Psychological effects of parenting stress on parents of autistic children. *J Autism Dev Disord.* 1989;19(1):157-66.
13. Boyd B. Examining the relationship between stress and lack of social support in mothers of children with autism. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 2002;17:208-15.
14. Osborne LA, McHugh L, Saunders J, Reed P. Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* 2008;38(6):1092-103.
15. Lecavalier L, Leone S, Wiltz J. The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *J Intellect Disabil Res.* 2006;50(3):172-83.
16. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *J Autism Dev Disord.* 1980;10(1):91-103.
17. Rellini E, Tortolani D, Trillo S, Carbone S, Montecchi F. Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist

- (ABC) correspondence and conflicts with DSM-IV criteria in diagnosis of autism. *J Autism Dev Disord.* 2004;34(6):703-8.
18. Wiggs L, Stores G. Sleep patterns and sleep disorders in children with autistic spectrum disorders: insights using parent report and actigraphy. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46(6):372-80
19. Baker BL, Blacher J, Crnic KA, Edelbrock C. Behavior problems and parenting stress in families of three-year-old children with and without developmental delays. *Am J Ment Retard.* 2002;107(6):433-44.

---

***Dr Nenad RUDIĆ, psihijatar,*** Institut za mentalno zdravlje, Beograd

***Nenad RUDIC, MD, psychiatrist,*** Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

**E-mail:** [nenad.rudic@imh.org.rs](mailto:nenad.rudic@imh.org.rs)





## PSIHIJATRI I DRUŠTVENE MREŽE – ISKUSTVA I STAVOVI

**Vanja Mandić-Maravić<sup>1</sup>, Marija Mitković<sup>1</sup>, Milutin Kostić<sup>1</sup>,  
Ana Munjiza<sup>1</sup>, Nikola Jovanović<sup>1</sup>, Dejan Todorović<sup>1</sup>, Danilo Pešić<sup>1</sup>,  
Amir Peljto<sup>1</sup>, Aleksandar Misojčić<sup>1</sup>, Aleksandar Repac<sup>1</sup>,  
Dušica Lečić-Toševski<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija  
<sup>2</sup>Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija

**Apstrakt: Uvod:** Upotreba društvenih mreža od strane medicinskog osoblja prepoznata je kao kontroverzna, zbog mogućeg uticaja na odnos lekar-pacijent. Iako se ovaj odnos, kao osnova terapijskog rada, smatra posebno značajnim u psihijatriji u odnosu na druge medicinske specijalnosti, ne postoji dovoljno podataka o odnosu psihijatrije i društvenih mreža, posebno Facebook-a. Cilj našeg istraživanja je da se utvrde učestalost, praksa i stavovi o korišćenju Facebook-a među lekarima, kao i da se uporedi način korišćenja društvenih mreža od strane lekara u psihijatriji u odnosu na dve specijalnosti somatske medicine – neurologiju i hirurgiju. **Metod:** Uzorak je obuhvatio 109 ispitanika, od toga je 44 ispitanika pripadalo grani psihijatrije, 35 grani neurologije i 30 grani hirurgije (specijalisti, specijalizanti i klinički lekari) – 47.6% ispitanika bilo je muškog pola, prosečnih godina starosti 36.4±7.34. Primenjen je opšti upitnik o sociodemografskim karakteristikama ispitanika, kao i upitnik “Lekari i društvene mreže – iskustva i stavovi” koji je formiran za potrebe ovog istraživanja. **Rezultati:** U ukupnom uzorku učestalost korišćenja Facebook-a kao društvene mreže iznosila je 76.8%. Od ukupnog broja lekara koji imaju profil na ovoj društvenoj mreži, 80% je podešavalo opcije kontrole privatnosti, 46% lekara koji koriste Facebook primilo je zahtev za prijateljstvo od strane pacijenta, a 16% svih korisnika prihvatilo je taj zahtev. U poređenju sa lekarima koji rade na neurologiji i hirurgiji, lekari u psihijatriji imali su manje kompromitujućih sadržaja na svojim profilima, kao i konzervativnije stavove po pitanju korišćenja društvenih mreža od strane lekara uopšte, kao i sopstvene specijalnosti. **Diskusija:** Društvene mreže su novi oblik komunikacije, sa još nedovoljno poznatim rizicima za medicinsku profesiju. Lekari u oblasti psihijatrije pokazali su veću opreznost i restriktivnije stavove prilikom korišćenja društvenih mreža u odnosu na kolege u neurologiji i hirurgiji. Značajne razlike u načinu korišćenja društvenih mreža, kao i njihov nedovoljno ispitani uticaj na medicinsku profesiju zahteva postojanje dodatnih istraživanja i jasnih smernica za njihovo korišćenje. S obzirom na to da postoje značajne razlike u vrsti terapijskog odnosa, moglo bi se razmotriti i stvaranje smernica specifičnih za specijalnost.

**Ključne reči:** *društvene mreže, Facebook, lekari, psihijatri, specijalizanti*

## **Uvod**

Društvene mreže predstavljaju internet zajednice koje okupljaju ljude sličnih interesovanja [1]. Najveća društvena on-line mreža danas je Facebook, koja od osnivanja 2004. godine do danas ima oko milijardu mesečno aktivnih korisnika širom sveta. Kako je istaknuto na sajtu kompanije, Facebook je socijalno uslužni program koji pomaže ljudima da efikasnije komuniciraju sa svojim prijateljima, porodicama i kolegama [2]. Registrovani korisnik može postati virtuelni prijatelj sa drugim korisnicima Facebook-a obostranim sporazumom (virtuelni prijatelj time dobija uvid u iznete sadržaje – postove i privatne informacije drugog korisnika). Svaki korisnik dobija veliki broj mogućnosti postavljanja ličnih fotografija, dopisivanja, razmene informacija i umrežavanja sa drugim korisnicima, ali i mogućnost podešavanja opcija privatnosti kome će i u kojoj meri biti dostupne informacije koje su prezentovane od strane korisnika.

Ekspanzija upotrebe Facebook-a i drugih društvenih mreža odrazila se i na medicinsku profesiju tako da danas sve veći broj medicinskih škola i fakulteta ima svoju Facebook prezentaciju, ali mali broj njih usmerava svoje studente kodeksima ponašanja na društvenim mrežama [3]. Ipak, sve više značaja poklanja se takozvanom odgovornom korišćenju novih tehnologija u profesionalnom životu, upozorava se na tanku granicu između ličnog i profesionalnog, kao i na opasnost da se u okviru društvenih mreža izgubi poverenje i poštovanje pacijenata. Pojedini stručnjaci formirali su termin “digitalna medicinska etika” koji za sada postoji kao on-line kurs, namenjen svim medicinskim radnicima [4].

Kod većine lekara, prema istraživanju Mostaghimi i saradnika, moguće je naći neki lični ili profesionalni podatak pretraživanjem interneta [5]. Različita istraživanja pokazuju da 65-73% mladih lekara koristi Facebook [6,7]. Sve veća pažnja posvećuje se i vezi između privatnosti pacijenta i socijalnih mreža, odnosno pitanju da li bi lekari trebalo da odgovaraju za neprofesionalno ponašanje na društvenim mrežama i koje bi bile mere sankcija [4,8]. U istraživanju MacDonald i saradnika, 65% mladih lekara koji su imali Facebook profil koristili su opcije privatnosti. Od onih koji ove opcije nisu koristili, 16% otkrilo je svoja religiozna uverenja, 43% bračni status, 46% istaklo je fotografije na kojima se konzumira alkohol a 10% fotografije na kojima su u alkoholisanim stanju [6]. Po istraživanju Garnera, većina studenata medicine koji su imali Facebook navela je da na svom profilu ima fotografije koje bi mogle štetiti njihovom profesionalnom ugledu, kao i da su primetili neprofesionalno ponašanje kod oko polovine kolega na njihovim Facebook profilima [9].

Postojanje društvenih mreža je, sa druge strane, doprinelo unapređenju znanja u medicini [10] i olakšanoj komunikaciji sa kolegama širom sveta [8]. Pored toga, stiče se utisak da je u poslednje vreme povećana svesnost lekara korisnika društvenih mreža o etičkim stanovištima privatnosti i odnosa lekar-pacijent. Polovina mladih lekara veruje da bi odnos lekar-

pacijent bio narušen ako bi pacijent otkrio da lekar ima profil na socijalnoj mreži [7]. U studiji Moubaraka i saradnika ispitanici lekari koji imaju Facebook profile naveli su da, kada dobiju zahtev od pacijenta za virtuelno prijateljstvo, čak 85% odmah odbije zahtev dok ostali razmatraju odluku u zavisnosti od individualnog slučaja [7]. Istraživanja ukazuju da studenti medicine žele da dobiju smernice kako da se profesionalno zaštite tokom korišćenja društvenih mreža, ali su u isto vreme osetljivi na temu kontrole njihovih privatnih izbora [11]. Potreba za ovakvim smernicama naznačena je u većini istraživanja koja se odnose na ovu temu [12]. Mogućnosti kompromitovanja profesionalnosti dovele su do publikovanja nezvaničnih smernica lekarima u nekim zemljama, a u cilju odgovorne i profesionalne upotrebe i koristi od socijalnih foruma [13].

Iako je sve više istraživanja na temu odnosa lekara prema upotrebi društvenih mreža, oskudni su podaci o pojedinostima ovog odnosa unutar medicinske profesije, odnosno među različitim granama medicine. Odnos lekar-pacijent je izuzetno važan deo terapijskog procesa u medicini [14]. U području psihijatrije značaj ovog odnosa još je veći jer čini ne samo deo, već suštinu terapijskog procesa [15]. Kako je sve češće naznačen uticaj upotrebe društvenih mreža lekara na odnos sa pacijentom, očekivano je da se on može posebno odraziti na psihijatrijsku profesiju. Do sada je sprovedeno malo istraživanja korišćenja društvenih mreža od strane psihijatarata [16].

Cilj našeg istraživanja je da se utvrdi učestalost, praksa i stavovi o korišćenju Facebook-a među lekarima, kao i da se uporedi način korišćenja društvenih mreža od strane lekara koji rade na psihijatriji u odnosu na dve specijalnosti somatske medicine – neurologiju i hirurgiju. Detaljnija saznanja o ovoj temi imala bi, osim teorijskog, i praktični značaj u smislu planiranja smernica i unapređenja kako cele medicinske, tako i specifično psihijatrijske prakse.

## **Metod**

### *Ispitanici*

U istraživanje su uključeni lekari specijalisti, lekari na specijalizaciji i klinički lekari zaposleni u tri medicinska domena – psihijatrija, neurologija i hirurgija. Uzorak je obuhvatio 109 ispitanika (34 lekara specijalista i 75 lekara na specijalizaciji i kliničkih lekara), od toga je 44 ispitanika pripadalo grani psihijatrije, 35 neurologije i 30 hirurgije. 47.6% ispitanika bilo je mušskog pola, prosečnih godina starosti  $36.4 \pm 7.34$ , u rasponu od 26 do 65 godina. Sociodemografski presek po specijalnostima prikazan je u Tabeli 1, u radu "Lokus kontrole psihijatarata: poređenja unutar i izvan specijalnosti" [17] koji je proistekao iz istog uzorka.

Uzorak je prikupljen u periodu od oktobra 2011. do marta 2012. godine, u Institutu za mentalno zdravlje, Klinici za neurologiju KCS, Klinici za vaskularnu hirurgiju KCS, kao i Klinici za hirurgiju KBC "Dr Dragiša Mišović-Dedinje". Stopa odgovora bila je 72-80%.

Ispitanici su selektovani po principu prigodnog uzorka. Svaki ispitanik dobio je informacije o istraživanju na početku upitnika. Sami upitnici ispunjeni su anonimno, a dobijeni podaci čuvaju se kao poverljivi. Istraživanje je odobreno od strane Stručnog kolegijuma i Etičkog odbora Instituta za mentalno zdravlje i obavljeno je u skladu sa principima dobre istraživačke prakse Medicinskog fakulteta u Beogradu.

### Instrumenti

1. *Opšti upitnik*, sačinjen za ovo istraživanje, sadrži pitanja o sociodemografskim karakteristikama ispitanika, specijalnosti, statusu specijalizacije i broju godina radnog staža.

2. *Upitnik "Lekari i društvene mreže – iskustva i stavovi"*, sačinjen za potrebe aktuelnog istraživanja, sadrži pitanja o iskustvima i stavovima lekara vezanim za upotrebu društvenih mreža. Sastoji se od 24 pitanja zatvorenog i poluotvorenog tipa, sa petostepenom i forsirano dihotomnom skalom odgovora. U okviru iskustva posebno je ispitivan način kontrole privatnosti na društvenim mrežama, dostupnim sadržajima, kao i kontakt sa pacijentima putem društvenih mreža. Definisana je skala stavova o privatnosti u odnosu lekar-pacijent koja je izražena kao kontinualni skor. Upitnik posebno ispituje stav o sopstvenoj specijalnosti i potrebi za privatnošću u okviru društvenih mreža.

### Statistička obrada

Podaci su obrađeni metodama deskriptivne statistike,  $\chi^2$ -testom, Fisher-ovim testom tačne verovatnoće, Studentovim t-testom i Mann-Whitney-ovim U-testom.

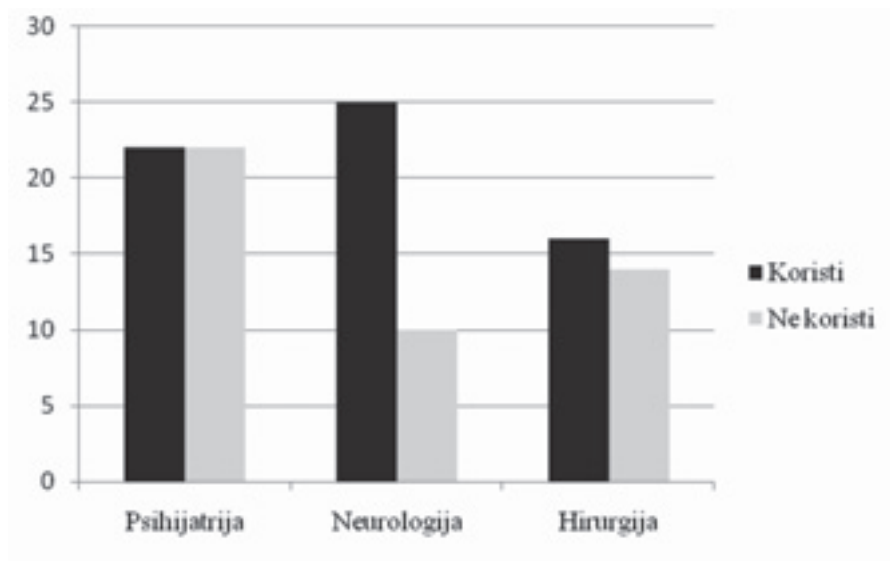
### Rezultati

U tabeli 1 prikazana je učestalost korišćenja pojedinih društvenih mreža. Rezultati pokazuju da je najveća učestalost korišćenja za društvenu mrežu Facebook (76.8%). S obzirom na to da je mogućnost narušenja privatnosti najveća upravo putem ove društvene mreže, svi kasniji rezultati odnose se na Facebook.

**Tabela 1.** Učestalost korišćenja pojedinih društvenih mreža, ceo uzorak (%)

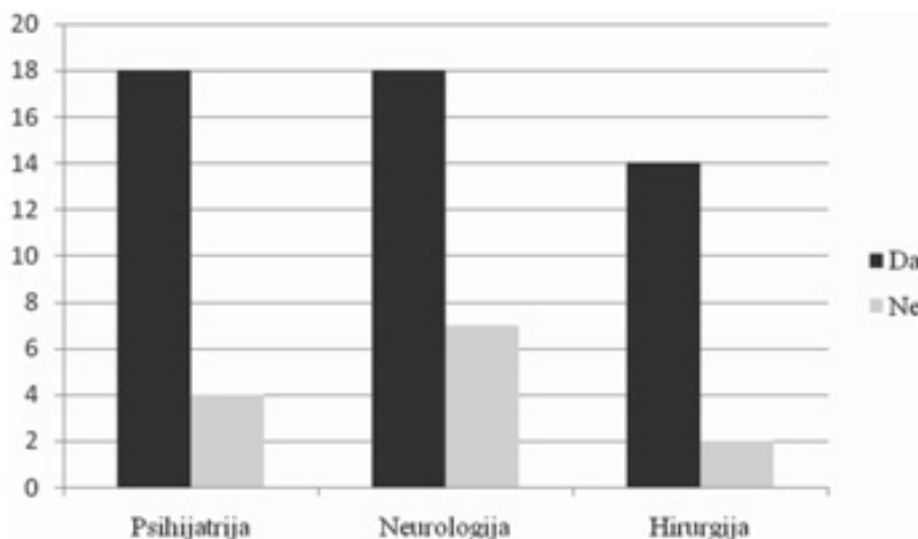
	Facebook	Twitter	MySpace	Google+	LinkedIn	Yahoo/ MSN/Skype
DA	76.8	8.5	0	22	18.3	58.5
NE	23.2	91.5	100	78	81.7	41.5

Učestalost korišćenja Facebooka prema specijalnostima prikazana je na grafikonu 1. Kada smo uporedili psihijatriju kao specijalnost u odnosu na neurologiju i hirurgiju zajedno, nije bilo statistički značajne razlike ( $\chi^2=4.008$ ,  $p=0.135$ ).



**Grafikon 1.** Korišćenje Facebook-a prema specijalnostima

Na nivou celog uzorka upotreba opcije kontrole privatnosti iznosila je 80%. Pri poređenju psihijatrijske grupe sa neurologijom i hirurgijom takođe nije pokazana statistički značajna razlika ( $p=0.498$ ). Upotreba kontrole privatnosti prikazana je na grafikonu 2.



**Grafikon 2.** Korišćenje opcije kontrole privatnosti prema specijalnostima

U okviru psihijatrije, 90% lekara na Facebook-u koristi svoje pravo ime, dok u oblastima neurologije i hirurgije to čini njih 97.5%. Ni u ovoj karakteristici nije pokazana statistički značajna razlika ( $p=0.227$ ).

Deo upitnika koji je posvećen sadržaju koji se može videti na profilu ispitanika bio je posvećen kompromitujućim sadržajima, odnosno fotografijama. Između grupe lekara u oblasti psihijatrije i onih u oblasti neurologije i hirurgije nije bilo statistički značajne razlike u postavljanju fotografija na kojima se konzumira alkohol, na kojima se puši i drugim kompromitujućim fotografijama, dok je statistički značajna razlika utvrđena za fotografije na kojima je osoba u alkoholisanom stanju. Među lekarima u psihijatriji nijedna osoba nije imala ovakve fotografije na svom profilu (Tabela 2).

Vrlo važan aspekt upitnika odnosio se na kontakt sa pacijentima putem Facebook-a. Prema rezultatima istraživanja, u ukupnom uzorku 43% lekara dobilo je zahtev za prijateljstvo na ovoj društvenoj mreži, a 16% je prihvatilo. U tabeli 2 prikazani su rezultati o kontaktu sa pacijentima, prema specijalnostima.

**Tabela 2.** Kompromitujući sadržaji na profilu i kontakt sa pacijentima prema specijalnostima

	Psihijatrija		Neurologija/ Hirurgija		$\chi^2$	p
	Da	Ne	Da	Ne		
Fotografije na kojima osoba konzumira alkohol	3	19	10	31		0.253
Fotografije na kojima osoba puši	4	18	9	32		0.498
Fotografije u alkoholisanom stanju	0	22	7	34		0.04*
Druge kompromitujuće fotografije	2	20	3	38		0.576
Primljen zahtev za prijateljstvo	9	13	18	23	0.052	0.8
Prihvaćen zahtev za prijateljstvo	2	9	8	11	1.794	0.18

Stavovi o korišćenju društvenih mreža od strane lekara, kao i o kontaktu sa pacijentima putem društvenih mreža mereni su putem kontinualne skale. Maksimalni skor na ovoj skali iznosio je 30, a veći skor odgovara stavu o potrebi za restriktivnijim korišćenjem društvenih mreža od strane lekara, kao i izbegavanju kontakata sa pacijentima na ovaj način. Pokazano je da lekari u oblasti psihijatrije imaju restriktivnije stavove o privatnosti lekara na društvenim mrežama i ova razlika bila je na samoj granici statističke značajnosti (razlika srednjih vrednosti=1.80,  $t=1.938$ ,  $p=0.05$ ).

Pored toga, posebnom tvrdnjom “moja specijalnost zahteva veću privatnost u odnosu na druge specijalnosti” skorovanom od 1–5 (gde je skor 5 označavao potpuno slaganje sa tvrdnjom) ispitivan je stav koji se specifično odnosi na sopstvenu specijalnost. U odnosu na kolege u neurologiji i hirurgiji,

skor lekara u psihijatriji za ovu tvrdnju bio je statistički značajno viši (razlika srednjih rangova=36.12,  $U=465.500$ ,  $z=-6.037$ ,  $p=0.000$ ).

### **Diskusija**

Naše istraživanje ukazalo je da je među lekarima tri specijalnosti Facebook najčešće korišćena društvena mreža koja se u celom uzorku koristi sa učestalošću od 76.8%. Prethodna istraživanja koja su se bavila korišćenjem Facebook-a među lekarima pokazuju učestalost od 13% u grupi studenata medicine, 64% u grupi hirurga i 73% u grupi više specijalnosti [18,19,7]. Značajnu razliku koju uočavamo u poređenju sa prvom navedenom studijom možemo objasniti time da je studija rađena 2008. godine, tako da možemo pretpostaviti da rezultat prati porast korišćenja ove društvene mreže u opštoj populaciji [20].

U našem uzorku korišćenje opcije kontrole privatnosti iznosilo je 80%. U poređenju sa prethodnim studijama ova opcija se među našim lekarima koristi češće – 37.5%, 50%, 61% [18,19,7].

Kada je u pitanju kontakt sa pacijentima putem društvene mreže Facebook, u ukupnom uzorku 43% lekara je primilo zahtev za prijateljstvo od pacijenta, a 16% ukupnog uzorka ima pacijente kao prijatelje na ovoj društvenoj mreži. Studije koje su se bavile ovim pitanjem [7,16] ukazale su na značajno manji procenat – 6% odnosno 9.7% lekara je dobilo zahtev, a 3% ima pacijente za prijatelje [7]. Ovaj rezultat ukazuje na to da, pored češćeg korišćenja opcije kontrole privatnosti, lekari u našem uzorku znatno češće dobijaju i prihvataju zahtev za prijateljstvo od strane pacijenata, što dopušta uvid u veliku količinu privatnih informacija. Neophodna su dodatna istraživanja da bi se utvrdio razlog ovakvog nalaza. Možemo pretpostaviti da na ove nalaze utiču kulturološki faktori, pa i sama vrsta zdravstvenog sistema u kojoj se lekar ne doživljava samo kao osoba koja pruža zdravstvenu uslugu, već i kao osoba koja brine.

U okviru psihijatrije, 50% lekara u našem uzorku koristi Facebook. Njih 40% primilo je zahtev za prijateljstvo od strane pacijenta, a od svih psihijatar korisnika Facebook-a, 9% je prihvatilo zahtev za prijateljstvo od strane pacijenta. Studija koja je ispitala korišćenje Facebook-a od strane specijaliziranih psihijatrije [16] ukazala je na to da 95.7% njih koristi Facebook, kao i to da je 9.7% njih dobilo zahtev za prijateljstvo od strane pacijenta. I ovde je pokazana značajno veća učestalost primanja zahteva za prijateljstvo od strane pacijenata, što u grupi psihijatar ima još veći značaj.

Kada smo u našem uzorku poredili lekare koji se bave psihijatrijom sa druge dve specijalnosti “somatske” medicine (neurologija/hirurgija), pokazan je trend u kojem oni u psihijatriji imaju manje kompromitujućih sadržaja na svojim profilima, a statistički značajna razlika utvrđena je u postavljanju fotografija u alkoholisanom stanju. Lekari u psihijatriji pokazali su i restriktivnije stavove vezano za privatnost lekara na društvenim mrežama (na graniči statističke značajnosti) kao i po pitanju privatnosti sopstvene specijalnosti



(statistički značajno). Prema našem saznanju, do sada nisu rađene studije koje poredе psihijatре sa lekarima drugih specijalnosti.

Pregled literature povezane sa ovom temom ukazuje na značajne razlike u učestalosti i načinu korišćenja društvenih mreža među lekarima. U našem istraživanju pokazano je da, pored dobre kontrole privatnosti na društvenim mrežama, postoji veliki broj lekara koji svoje privatne sadržaje čini dostupnim pacijentima. Ovakvi nalazi ukazuju na potrebu za postojanjem jasnih smernica koje bi usmeravale lekare o načinu korišćenja društvenih mreža, ali i ukazivale na potencijalne posledice nesavesnog predstavljanja sopstvenih privatnih sadržaja.

Prikazano istraživanje imalo je određena ograničenja. Veći uzorak, sa jednakom zastupljenošću specijalista u svim grupama, pružio bi mogućnost senzitivnijeg ispitivanja razlika u varijablama vezanim za praksu i stavove prema korišćenju društvenih mreža, kao i njihovih korelata i implikacija u okviru obavljanja lekarske profesije, dok bi veća reprezentativnost uzorka omogućila pouzdanije zaključivanje o karakteristikama ispitivane populacije.

Naše istraživanje pokazalo je da postoje razlike u načinu na koji se društvene mreže koriste među različitim specijalnostima. Zbog različitog oblika terapijskog odnosa koji se uspostavlja u psihijatriji u odnosu na druge medicinske grane, smatramo neophodnim da smernice budu upravo specifične za specijalnost, odnosno granu medicine.

### **Zahvalnica**

Zahvaljujemo se kolegama koji su zaposleni ili obavljaju specijalizaciju u Institutu za mentalno zdravlje, Klinici za neurologiju KCS, Klinici za vaskularnu hirurgiju KCS i Klinici za hirurgiju KBC “Dr Dragiša Mišović-Dedinje”, na učešću u ovom istraživanju.



## PSYCHIATRISTS AND SOCIAL NETWORKS – PRACTICES AND ATTITUDES

**Vanja Mandic-Maravic<sup>1</sup>, Marija Mitkovic<sup>1</sup>, Milutin Kostic<sup>1</sup>,  
Ana Munjiza<sup>1</sup>, Nikola Jovanovic<sup>1</sup>, Dejan Todorovic<sup>1</sup>, Danilo Pesic<sup>1</sup>,  
Amir Peljto<sup>1</sup>, Aleksandar Misojic<sup>1</sup>, Aleksandar Repac<sup>1</sup>,  
Dusica Lecic-Tosevski<sup>1,2</sup>**

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

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

**Abstract: Background:** The use of Facebook among medical professionals is a controversial subject due to its possible implications on doctor-patient relationship. Even though that relationship is considered to be specific in psychiatry comparing to other medical specialties, being the essence of therapeutic work, there is no sufficient data on psychiatrists' associations to this social network. The aim of our study was to determine the frequency, practices and attitudes regarding Facebook use among medical doctors, as well as in psychiatry doctors compared to two other medical specialties – neurology and surgery. **Method:** Our sample consisted of 109 subjects, including 44 psychiatrists, 35 neurologists and 30 surgeons (both residents and specialists in all specialties) – 47.6% subjects were male, with the average age of 36.4±7.34. All subjects filled out the general sociodemographic questionnaire, as well as the questionnaire “Doctors and social networks – practices and attitudes” which was created for the purpose of this research. **Results:** The use of Facebook was 76.8% in the whole sample. Of all the doctors who have a profile on this social network, 80% used privacy control options. 46% of the doctors who use Facebook received a friend request from a patient, while 16% of users accepted a patient friend request. In comparison to neurologists and surgeons, psychiatrists had less compromising content on their profiles, as well as more conservative attitudes regarding the use of social networks on behalf of doctors in general, as well as doctors of their own specialty. **Discussion:** Social networks represent a new communicational setting with yet unknown risks and benefits for the medical profession. Doctors in psychiatry might be less prone to use social networks as means of connection, with more caution comparing to their colleagues in neurology and surgery. There is a need for clear recommendations on the use of social network in medicine, which, due to differences in the therapeutic relationship, might need to be modified according to the challenges of each specialty.

**Key words:** *social networks, Facebook, doctors, psychiatrists, trainees*

## Literatura

1. Radović N. Društvene mreže, osvrt na istorijat facebook-a, pro et contra, at <http://www.interfejs.tv/prilog.php?ID=2553> [cited at January 30th 2013]
2. Oficial websight Executive Bios Facebook, at <http://www.facebook.com/press/info.php?execbios> [cited at January 30th 2013]
3. Kind T, Genrich G, Sodhi A, Chretien KC. Social media policies at US medical schools. *Med Educ Online*. 2010;15. doi: 10.3402/meo.v15i0.5324.
4. Devi S. Facebook friend request from a patient? *Lancet*. 2011;377(9772):1141-2.
5. Mostaghimi A, Crotty BH, Landon BE. The availability and nature of physician information on the internet. *J Gen Intern Med*. 2010;25(11):1152-6.
6. MacDonald J, Sohn S, Ellis P. Privacy, professionalism and Facebook: a dilemma for young doctors. *Med Educ*. 2010; 44(8):805-13.
7. Moubarak G, Guiot A, Benhamou Y, Benhamou A, Hariri S. Facebook activity of residents and fellows and its impact on the doctor-patient relationship. *J Med Ethics*. 2011;37(2):101-4.
8. Hader AL, Brown ED. Patient privacy and social media. *AANA J*. 2010;78(4):270-4.
9. Garner J, O'Sullivan H. Facebook and the professional behaviors of undergraduate medical students. *Clin Teach*. 2010; 7(2):112-5.
10. Gray K, Annabell L, Kennedy G. Medical students' use of Facebook to support learning: insights from four case studies. *Med Teach*. 2010;32(12):971-6.
11. Chretien KC, Goldman EF, Beckman L, Kind T. It's your own risk: medical students' perspectives on online professionalism. *Acad Med*. 2010;85(10 Suppl):S68-71.
12. von Muhlen M, Ohno-Machado L. Reviewing social media use by clinicians. *J Am Med Inform Assoc*. 2012;19(5):777-81.
13. Guseh JS 2nd, Brendel RW, Brendel DH. Medical professionalism in the age of online social networking. *J Med Ethics*. 2009;35(9):584-6.
14. Ibrahim NK, Attia SG, Sallam SA, Fetohy EM, El-Sewi F. Physicians' therapeutic practice and compliance of diabetic patients attending rural primary health care units in Alexandria. *J Family Community Med*. 2010;17(3):121-8.
15. Malmquist CP, Notman MT. Psychiatrist-patient boundary issues following treatment termination. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1010-8.
16. Ginory A, Sabatier LM, Eth S. Addressing therapeutic boundaries in social networking. *Psychiatry*. 2012;75(1):40-8.
17. Mitković M, Mandić-Maravić V, Kostić M, Munjiza A, Jovanović N, Todorović D, Pešić D, Peljto A, Misojčić A, Repac A, Lečić-Toševski D. Lokus kontrole psihijatarata: poređenja unutar i izvan specijalnosti. *Psihijat Dan*. 2013;45(1):43-54.
18. Thompson LA, Dawson K, Ferdig R, Black EW, Boyer J, Coutts J, Black NP. The intersection of online social networking with medical professionalism. *J Gen Intern Med*. 2008;23(7):954-7.

19. Landman MP, Shelton J, Kauffmann RM, Dattilo JB. Guidelines for maintaining a professional compass in the era of social networking. *J Surg Educ.* 2010;67(6):381-6.
20. Madden M, Zickuhr K. <http://pewinternet.org/Reports/2011/Social-Networking-Sites.aspx>

---

***Dr Vanja MANDIĆ-MARAVIĆ, psihijatar,*** Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

***Vanja MANDIC-MARAVIC, MD, psychiatrist,*** Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

**Email:** vanjamandic81@gmail.com



## LOKUS KONTROLE PSIHIJATARATA – POREĐENJA UNUTAR I IZVAN SPECIJALNOSTI

Marija Mitković<sup>1</sup>, Vanja Mandić-Maravić<sup>1</sup>, Milutin Kostić<sup>1</sup>,  
Ana Munjiza<sup>1</sup>, Nikola Jovanović<sup>1</sup>, Dejan Todorović<sup>1</sup>, Danilo Pešić<sup>1</sup>,  
Amir Peljto<sup>1</sup>, Aleksandar Misojčić<sup>1</sup>, Aleksandar Repac<sup>1</sup>,  
Dušica Lečić-Toševski<sup>1,2</sup>

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

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

**Apstrakt: Uvod:** Lokus kontrole odnosi se na stepen do kojeg osoba veruje u ličnu (unutrašnji lokus kontrole) ili spoljašnju kontrolu (spoljašnji lokus kontrole – “moćni drugi” i “slučajnost”) ishoda događaja. Nema dovoljno podataka o lokusu kontrole u psihijatrijskoj profesiji. Cilj ovog istraživanja bio je ispitivanje sociodemografskih i za specijalizaciju vezanih korelata lokusa kontrole među lekarima koji rade u psihijatriji, kao i poređenje njihovog lokusa kontrole sa lekarima u neurologiji i hirurgiji. **Metod:** Uzorak je činilo 109 lekara, i to 34 specijalista i 75 specijalizanata i kliničkih lekara (psihijatrija – 44, neurologija – 35, hirurgija – 30), prosečne starosti  $36.4 \pm 7.34$  godina, koji su ispunili opšti upitnik i Višedimenzionalnu skalu lokusa kontrole (*Multidimensional Locus of Control Scales* – MDLCS). **Rezultati:** Lokus kontrole lekara u psihijatriji nije pokazao značajnu povezanost sa ispitivanim varijablama. Unutrašnji lokus kontrole bio je izraženiji kod žena (neurologija) i onih sa višim mesečnim prihodima (neurologija, hirurgija). Spoljašnji lokus kontrole “moćni drugi” bio je izraženiji kod specijalista nego kod specijalizanata i kliničkih lekara (neurologija), a dimenzija “slučajnost” kod onih sa nižim mesečnim prihodima (hirurgija). Skorovi lokusa kontrole nisu bili značajno različiti između različitih specijalnosti, kako u ukupnom uzorku, tako ni u podgrupi specijalizanata/kliničkih lekara. Specijalisti psihijatrije imali su značajno niže vrednosti spoljašnjeg lokusa kontrole “moćni drugi” od specijalista neurologije. **Zaključak:** U poređenju sa neurolozima, specijalisti psihijatrije pokazali su slabije verovanje da su ishodi događaja kontrolisani od strane drugih. Lokus kontrole lekara u psihijatriji bio je dosledan kroz specijalnost. U radu su diskutovani potencijalni faktori pronađenih razlika i implikacije.

**Ključne reči:** lokus kontrole, psihijatrija, neurologija, hirurgija, specijalisti, specijalizanti

## Uvod

Prema Rotter-ovoj teoriji o socijalnom učenju [1], lokus kontrole predstavlja opšte uverenje o stepenu do kojeg životni ishodi mogu biti kontrolisani ličnim aktivnostima (unutrašnji lokus kontrole) ili spoljašnjim faktorima kao što su sreća, “sudbina”, ili druge osobe (spoljašnji lokus kontrole) [2]. Radi se o karakteristici ličnosti koja doživljava kontrole životnih događaja pozicionira na kontinuumu između verovanja da oni zavise isključivo od ličnog angažovanja i verovanja da na njih utiču isključivo spoljašnji faktori. Pokazano je da se ponašanja ljudi sa dominantno unutrašnjim i dominantno spoljašnjim lokusom kontrole mogu značajno razlikovati [2,3]. Levensonova [4] je ovaj model modifikovala, uz pretpostavku da se ne radi o jednom kontinuumu sa dve krajnosti, već o zasebnim dimenzijama unutrašnjeg i spoljašnjeg lokusa kontrole koje mogu biti paralelno prisutne. Model je proširila definisanjem poddimenzija spoljašnjeg lokusa kontrole, i to “moćnih drugih” (powerful others) i “slučajnosti” (chance).

Lokus kontrole ispitivan je u kontekstu medicine, posebno u kontekstu ponašanja vezanog za zdravlje i unapređenje zdravlja [5]. Ovaj fenomen istraživao je i u populaciji lekara, i pokazana je povezanost sa njihovim komunikacionim veštinama u radu sa pacijentima i njihovim porodicama, nošenju sa stresom kao i doživljajem kompetentnosti [2,6,7].

Iako je odnos lekar-pacijent uvek deo terapijskog procesa u granama medicine, posebno u smislu uticaja na komplijantnost prema terapijskim režimima [8], ovaj odnos, ipak, pokazuje specifičnost u domenu psihijatrije, jer se odražava i na samu sadržinu i tehnike terapijskog procesa [9], pa bi od posebnog značaja bile i psihosocijalne karakteristike psihijatara koje bi mogle biti povezane sa ovim odnosom. Malo je, međutim, istraživanja koja govore o specifičnostima lokusa kontrole među psihijatrima, kako unutar profesije, tako i u odnosu na druge grane medicine. Prema našim saznanjima, nema studija koje govore o razlikama lokusa kontrole između psihijatara i neurologa – dveju grupa stručnjaka koje se bave različitim aspektima funkcionisanja nervnog sistema. Pronađeno je da o istim medicinskim pitanjima, graničnim za ove dve oblasti, psihijatri i neurolozi imaju različita uverenja [10,11], što bi moglo biti povezano i sa različitim doživljajem mogućnosti kontrole.

Cilj ovog istraživanja bio je da utvrdimo sociodemografske i za stručni status vezane korelate lokusa kontrole unutar psihijatrijske delatnosti, kao i razlike u lokusu kontrole između lekara u psihijatriji i lekara iz drugih medicinskih oblasti – neurologija i hirurgija. Poznavanje ovih korelata i razlika doprinelo bi boljem razumevanju specifičnosti psihosocijalnih aspekata psihijatrijske prakse i dalo usmerenje za dalja istraživanja i praktične implikacije u ovoj oblasti.

## Metod

### Ispitanici i procedura

Istraživanje je obavljeno u periodu od oktobra 2011. do marta 2012. godine, u Institutu za mentalno zdravlje, Klinici za neurologiju KCS, Klinici za vaskularnu hirurgiju KCS i Klinici za hirurgiju KBC “Dr Dragiša Mišević-Dedinje”. Uz stopu odgovora 72-80%, istraživanje je uključilo ukupno 109 lekara odabranih po principu prigodnog uzorka, i to 44 lekara iz oblasti psihijatrije, 35 lekara iz oblasti neurologije i 30 lekara iz oblasti hirurgije. Sociodemografska struktura ukupnog uzorka uključila je 51 muškarca i 58 žena, 34 lekara specijalista i 75 lekara na specijalizaciji i kliničkih lekara, prosečne starosti  $36.4 \pm 7.34$  godine, u rasponu od 26 do 65 godina. Sociodemografski presek po specijalnostima prikazan je u Tabeli 1.

**Tabela 1.** Sociodemografska struktura uzorka

Karakteristike	Psihijatrija	Neurologija	Hirurgija
Pol – N (%)			
Muški	13 (29.5)	12 (34.3)	26 (86.7)
Ženski	31 (70.5)	23 (65.7)	4 (13.3)
Starost (god. $\bar{x} \pm SD$ )	40.66 $\pm$ 8.71	33.74 $\pm$ 4.84	33.27 $\pm$ 3.83
Mesečni prihodi (hiljada din. $\bar{x} \pm SD$ )	65.27 $\pm$ 21.08	62.13 $\pm$ 29.88	59.15 $\pm$ 25.21
Partnerski status – N(%)			
Brak/partnerska veza	37 (84.1)	26 (74.3)	24 (80.0)
Nije u vezi	7 (15.9)	9 (25.7)	6 (20.0)
Deca – N(%)			
Da	25 (56.8)	10 (28.6)	12 (40)
Ne	19 (43.2)	25 (71.4)	18 (60)
Stručni status – N(%)			
Specijalista	19 (43.2)	10 (28.6)	5 (16.7)
Specijalizant/klinički lekar	25 (56.8)	25 (71.4)	25 (83.3)
Dužina radnog iskustva (godine $\bar{x} \pm SD$ )	12.75 $\pm$ 8.39	6.81 $\pm$ 4.72	6.08 $\pm$ 3.81

Ispitanici su dobili podatke o istraživanju putem informacionog lista na početku upitnika. Upitnike su ispunjavali anonimno, a dobijeni podaci čuvani su kao poverljivi. Istraživanje je odobreno od strane Stručnog kolegijuma i Etičkog odbora Instituta za mentalno zdravlje i obavljeno je u skladu sa principima dobre istraživačke prakse Medicinskog fakulteta u Beogradu.

## Instrumenti

Ispitanici su ispunili sledeće upitnike:

- **Opšti upitnik**, sačinjen za potrebe ovog istraživanja, sadržao je pitanja o sociodemografskim podacima, specijalnosti, statusu specijalizacije i broju godina radnog staža.
- **Višedimenzionalna skala lokusa kontrole (Multidimensional Locus of Control Scales, MDLCS, Levenson, 1973)** predstavlja upitnik samoprocene koji utvrđuje verovanja vezana za centar kontrole životnih događanja. Zasnovan je na modelu Levenson-ove [4] o višedimenzionalnoj prirodi lokusa kontrole i rezultat je izražen kroz tri kontinualna skora: skor unutrašnjeg lokusa kontrole (ULK) i dva skora spoljašnjeg lokusa kontrole, moćni drugi (MD) i slučajnost (S). Skorovi se dobijaju iz 24 stavke (8 stavki za svaki skor) sa šestostepenom skalom odgovora "Likertovog tipa (od -3 do +3).

U istraživanju je korišćen i upitnik Lekari i društvene mreže – iskustva i stavovi", čiji su rezultati prikazani u drugom radu [12].

### *Statistička obrada*

Dobijeni podaci obrađeni su metodama deskriptivne (srednja vrednost, standardna devijacija, učestalost) i analitičke statistike (Student-ov t-test, Pearson-ov koeficijent linearne korelacije, jednosmerna analiza varijanse).

## Rezultati

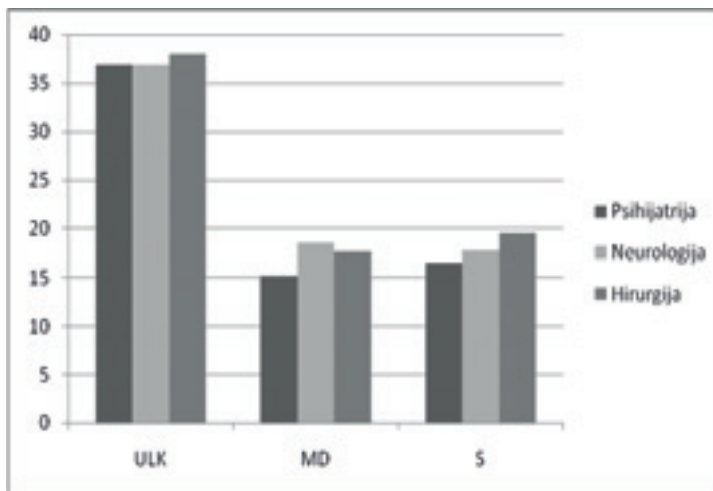
U okviru psihijatrije, skorovi lokusa kontrole nisu pokazali značajnu povezanost sa sociodemografskim korelatima i varijablama vezanim za posao ( $p > 0.05$  za sve varijable).

U oblasti neurologije, ULK bio je izraženiji kod žena ( $t = -3.194$ ,  $p = 0.003$ , srednja vrednost žena – srednja vrednost muškaraca = 5.37) i bio je direktno povezan sa visinom mesečnih prihoda ( $r = 0.411$ ,  $p = 0.022$ ). Skor MD bio je veći kod specijalista nego kod specijalizanata i kliničkih lekara ( $t = 2.047$ ,  $p = 0.025$ , srednja vrednost specijalista – srednja vrednost specijalizanata/kliničkih lekara = 7.50).

Kod lekara u hirurgiji, visina mesečnih prihoda bila je direktno povezana sa skorom ULK ( $r = 0.431$ ,  $p = 0.031$ ) i recipročno povezana sa skorom S ( $r = -0.461$ ,  $p = 0.021$ ).

S obzirom na to da postoje različite proporcije stručnih statusa u okviru različitih specijalnosti u uzorku, osim u ukupnom uzorku, obavili smo i zasebne analize varijanse lokusa kontrole za podgrupu specijalista i podgrupu specijalizanata/ kliničkih lekara (Grafikoni 1, 2, 3).



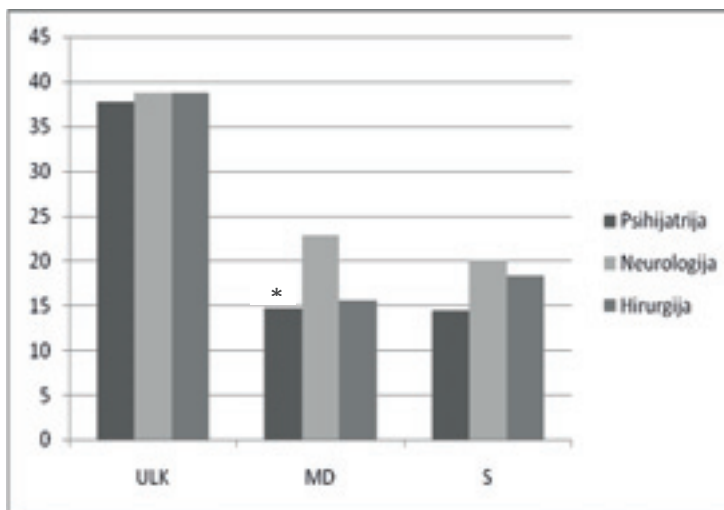


**Grafikon 1.** Srednje vrednosti podskala lokusa kontrole u ukupnom uzorku

ULK – unutrašnji lokus kontrole

MD – moćni drugi

S – slučajnost



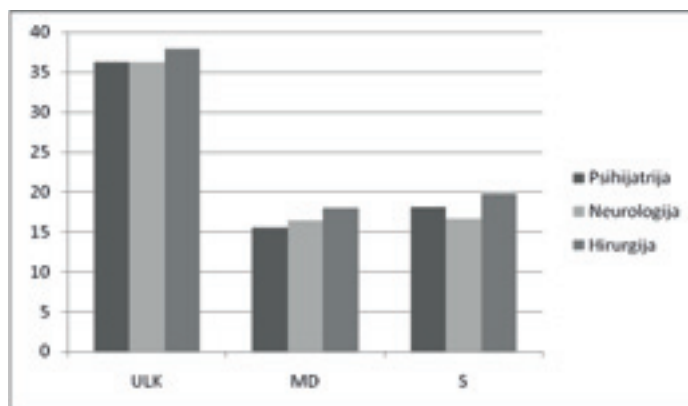
**Grafikon 2.** Srednje vrednosti podskala lokusa kontrole u grupi specijalista

ULK – unutrašnji lokus kontrole

MD – moćni drugi

S – slučajnost

\* – p<0.05



**Grafikon 3.** Srednje vrednosti podskala lokusa kontrole u grupi specijalizanata / kliničkih lekara

ULK – unutrašnji lokus kontrole

MD – moćni drugi

S – slučajnost

Skorovi lokusa kontrole nisu bili značajno različiti između različitih specijalnosti, kako u ukupnom uzorku, tako ni u podgrupi specijalizanata/kliničkih lekara. U podgrupi specijalista, međutim, bilo je statistički značajnih razlika: skor MD kod neurologa bio je značajno veći nego kod psihijatara. Skor MD kod neurologa bio je veći nego kod hirurga, a ova razlika bila je blizu granice statističke značajnosti. Skorovi psihijatara i hirurga nisu pokazivali značajne razlike (Tabela 2).

**Tabela 2.** Parametri analize varijanse za lokus kontrole u funkciji specijalnosti

Ispitanici	ULK	MD	S
Ukupni uzorak	F=0.461 p=0.632	F=1.656 p=0.196	F=1.052 p=0.353
Specijalisti	F=0.111 p=0.895	F=4.949 p=0.014	F=2.361 p=0.112
Specijalizanti / klinički lekari	F=0.688 p=0.506	F=0.481 p=0.620	F=0.711 p=0.495
Međugrupne razlike u grupi Specijalisti		Razlika srednjih vrednosti	p
Pshijatri – neurolozi		-9.216;	0.004
Pshijatri – hirurzi		-0.816;	0.847
Neurolozi – hirurzi		8.400;	0.073

ULK – unutrašnji lokus kontrole

MD – moćni drugi

S – slučajnost

## Diskusija

Dosadašnji podaci o lokusu kontrole psihijatara su oskudni. Studija koja je ispitivala ovaj fenomen u različitim specijalnostima (psihijatrija, hirurgija, interna medicina, porodična medicina) [13] nije pronašla razlike vezane za pol u ispitivanom uzorku lekara. Značajni sociodemografski korelati lokusa kontrole nisu pronađeni ni u studiji koja je obuhvatila onkologe, radiologe, hematologe, ginekologe i druge specijalnosti [2]. U našem istraživanju, takođe, lokus kontrole, nije bio značajno povezan sa sociodemografskim karakteristikama među lekarima koji rade na psihijatriji, ali su korelacije pronađene u okviru neurologije i hirurgije. Veći unutrašnji lokus kontrole imale su žene u grupi lekara iz oblasti neurologije, kao i oni sa višim mesečnim primanjima u okviru neurologije i hirurgije, dok je spoljašnji lokus kontrole koji se odnosi na slučajnost bio izraženiji kod lekara u hirurgiji sa nižim mesečnim primanjima.

Kada je u pitanju stručni status, malo je podataka o povezanosti nivoa edukacije sa lokusom kontrole među lekarima. Studija Liberta i saradnika [2] koja je uključila različite specijalnosti obuhvatila je vrlo mali broj specijalizanata, kod kojih je bio izraženiji unutrašnji lokus kontrole. U našem istraživanju nije bilo razlika u lokusu kontrole između specijalista i specijalizanata/kliničkih lekara u psihijatriji, kao ni u hirurgiji, dok su razlike bile značajne u grupi lekara u neurologiji – spoljašnji lokus kontrole koji se odnosi na moć drugih bio je izraženiji u grupi specijalista, u odnosu na specijalizante i kliničke lekare. Navedeni rezultati upućuju na veću relativnu homogenost lokusa kontrole među psihijatrima u odnosu na druge ispitivane specijalnosti, što bi moglo biti odraz specifične povezanosti ovog fenomena sa psihijatrijskom profesijom.

U ukupnom uzorku, lokus kontrole lekara nije se razlikovao u odnosu na specijalnost, a razlike nisu pronađene ni u grupi specijalizanata i kliničkih lekara. Lokus kontrole specijalista, međutim, bio je povezan sa vrstom specijalnosti. U odnosu na neurologe, psihijatri su imali značajno manje izražen spoljašnji lokus kontrole koji se odnosi na moć drugih. Ova dimenzija bila je, takođe, manje izražena među hirurzima nego među neurolozima, a razlika je imala graničnu značajnost (0.07) koja je verovatno posledica malog broja hirurga specijalista i mogla bi biti značajna na većem uzorku. Lokus kontrole specijalista psihijatrije i hirurgije nije se značajno razlikovao. Ovi rezultati u skladu su sa rezultatima studije Viswanathan-a i saradnika [13] koja je pokazala da se lokus kontrole psihijatara nije razlikovao u odnosu na hirurge, ali je među psihijatrima bila izraženija anksioznost vezana za smrt. U navedenoj studiji pronađen je trend većeg spoljašnjeg lokusa kontrole kod specijalista interne medicine u odnosu na psihijatre, hirurge i specijaliste porodične medicine.

Nema podataka, međutim, koji se odnose na poređenje lokusa kontrole lekara u psihijatriji i neurologiji, dvema srodnim granama koje se bave različitim aspektima funkcionisanja nervnog sistema. Neka istraživanja

pronašla su da o istim medicinskim pitanjima, graničnim za ove dve oblasti, psihijatri i neurolozi imaju različita uverenja. Psihijatri su pokazali verovanja u manji emocionalni uticaj epilepsije na pacijente, u veći značaj psiholoških uzroka u nastanku epilepsije, u manje negativne posledice neepileptičnih napada [10] i veću obazrivost prema perinatalnoj bezbednosti antiepileptika [11] u odnosu na neurologe. Psihijatrija se često odlikuje dijalektičkim diskursom (npr. lično naspram kulturalnog, biološko naspram psihološkog, svesno naspram nesvesnog, manifestno naspram latentnog; psihijatrijski rad podrazumeva stalno osluškivanje i interpretaciju), a neurologija relacionim (npr. oštećenje nervnog puta uslovljava ispad inervacije mišića) [14]. Pored uloga medicinskog specijaliste, psihijatri se susreću i sa ideološkim konfliktima [15]. Iako je odnos lekar-pacijent fundamentalan za obe specijalnosti [16], terapijska komunikacija od posebnog je značaja u psihijatriji jer je povezana i sa sadržajem i sa tehnikom terapijskog procesa [9] što daje specifičnu ulogu unutrašnjim faktorima lekara, i može uticati na terapijsku komplikaciju. Specifičnost psihijatrije u odnosu na neurologiju ogleda se i u tome da je dominantni uzrok smrtnosti suicid [17], koji se može smatrati inherentnijim i nepredvidljivijim u odnosu na kauzalno jasnije “spoljašnje” neurološke uzroke mortaliteta, praćene očiglednijim i merljivijim parametrima telesnih disfunkcija. Navedeni podaci mogli bi biti povezani sa manjim uverenjem psihijatara da je centar kontrole ishoda u spoljašnjim faktorima, u odnosu na neurologe.

Istraživanja crta ličnosti specijalizanata psihijatrije u odnosu na specijalizante drugih grana pokazala su “stabilniji” profil [18, 19], što je u skladu sa manje izraženim spoljašnjim lokusom kontrole psihijatara u našem istraživanju, dimenzijom koja se u drugim populacijama povezuje sa nižim samopouzdanjem, depresivnim tendencijama, otežanim nošenjem sa stresom i manjim doživljajem kompetentnosti [20].

Još jedna tema koja se nameće u istraživanju ove pojave, odnosi se na pitanje da li je lokus kontrole datost, ili se može menjati kroz kliničko iskustvo. Naime, neki autori govore o tome da se radi o stabilnoj psihološkoj crti [21], dok drugi ukazuju da se ovaj fenomen ipak može menjati, kako kroz život individue zavisno od okolnosti [22], tako i kroz epohe [23]. Neurolozi u našem istraživanju imali su izraženiji spoljašnji lokus kontrole u odnosu na specijalizante neurologije, što nije bio slučaj u psihijatriji i hirurgiji gde je lokus kontrole stabilan u odnosu na klinički staž i stručni status.

Naše istraživane imalo je izvesna ograničenja. Veći uzorak (sa većom i jednakom zastupljenošću specijalista) omogućio bi senzitivnije otkrivanje statistički značajnih razlika i primenu multivarijantnih analiza koje bi kontrolisale efekat drugih varijabli kao što su crte ličnosti, životni događaji i klinička performansa. Prigodni uzorak u istraživanju nije obezbedio reprezentativnost neophodnu za donošenje opštih zaključaka, a studija preseka ne može odgovoriti na pitanje da li lokus kontrole uslovljava odabir specijalnosti ili specijalnost uslovljava plasticitet lokusa kontrole.

U zaključku, istraživanje je dalo nove podatke o specifičnostima lokusa kontrole lekara koji rade u psihijatriji. Njihov lokus kontrole bio je stabilan u odnosu na sociodemografske karakteristike kao i status specijalizacije i kliničko iskustvo. U poređenju sa neurolozima, specijalisti psihijatrije imali su manje izražen spoljašnji lokus kontrole (moćni drugi). Ovi podaci mogu biti osnova za dalja istraživanja u ovoj oblasti u smislu definisanja normi lokusa kontrole za populacije različitih medicinskih specijalnosti, i eksplorisanja povezanosti sa drugim psihosocijalnim karakteristikama lekara i dimenzijama kliničke efikasnosti. Praktične implikacije mogle bi podrazumevati utvrđivanje relativno povoljnih kognitivnih obrazaca vezanih za doživljaj kontrole ishoda, kao i mogućnost primene psioedukacije kroz program specijalizacije.

### **Zahvalnica**

Zahvaljujemo se kolegama zaposlenim u Institutu za mentalno zdravlje, Klinici za neurologiju KCS, Klinici za vaskularnu hirurgiju KCS i Klinici za hirurgiju KBC “Dr Dragiša Mišović-Dedinje”, kao i kolegama koji u ovim klinikama obavljaju specijalizaciju, na učešću u ovom istraživanju.

## PSYCHIATRISTS' LOCUS OF CONTROL – COMPARISONS WITHIN AND OUTSIDE THE SPECIALTY

Marija Mitkovic<sup>1</sup>, Vanja Mandic-Maravic<sup>1</sup>, Milutin Kostic<sup>1</sup>,  
Ana Munjiza<sup>1</sup>, Nikola Jovanovic<sup>1</sup>, Dejan Todorovic<sup>1</sup>, Danilo Pesic<sup>1</sup>,  
Amir Peljto<sup>1</sup>, Aleksandar Misojic<sup>1</sup>, Aleksandar Repac<sup>1</sup>,  
Dusica Lecic-Tosevski<sup>1,2</sup>

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

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

**Abstract: Introduction:** Locus of control (LOC) refers to the level to which individuals believe in personal (internal LOC) or outer control (external LOC – powerful others and chance) of the life events outcomes. There is insufficient data on LOC in psychiatric profession. The aim of our study was to examine the socio-demographic and training correlates of LOC among doctors in psychiatry, and to compare their LOC with LOC of doctors in neurology and surgery. **Method:** The sample of 109 medical doctors, 34 specialists and 75 trainees (psychiatry – 44, neurology – 35, surgery – 30), age  $36.4 \pm 7.34$ , filled in the following self-report instruments: 1) the general questionnaire and 2) the Multidimensional Locus of Control Scales (MDLCS). **Results:** Locus of control among doctors in psychiatry didn't show any significant correlates. Internal LOC was related to female gender (neurology) and those with higher income (neurology, surgery). External LOC “powerful others” was related to the status of specialist (neurology) and “chance” was associated to lower income (surgery). Differences of LOC between three specialties were not significant neither in the total sample, nor among the trainees. The specialists of psychiatry had significantly lower external LOC “powerful others” comparing to the specialists of neurology. **Conclusion:** Comparing to neurologists, psychiatrists show weaker belief that the events that affect them are controlled by others. Psychiatry doctors' LOC was consistent throughout the specialty. The results are discussed in terms of the potential factors underlying these differences and their implications.

**Key words:** *locus of control, psychiatry, neurology, surgery, specialists, trainees*

## Literatura

1. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966;0:1-28.
2. Libert Y, Janne P, Razavi D, Merckaert I, Scalliet P, Delvaux N, Etienne AM, Conrard S, Klustersky J, Boniver J, Reynaert C. Impact of medical specialists' locus of control on communication skills in oncological interviews. *Br J Cancer.* 2003;88(4):502-9.
3. Rotter JB. Internal versus external locus of control of reinforcement. *Am Psychol.* 1990;45:489-93.
4. Levenson H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol.* 1973;41:397-404.
5. Smith IK, Lancaster CJ, Delbene VE, Fleming GA. The relationship between medical students' locus of control and promotion of breast self-examination. *Med Educ.* 1990;24(2):164-70.
6. Libert Y, Merckaert I, Reynaert C, Delvaux N, Marchal S, Etienne AM, Boniver J, Klustersky J, Scalliet P, Slachmuylder JL, Razavi D. Does psychological characteristic influence physicians' communication styles? Impact of physicians' locus of control on interviews with a cancer patient and a relative. *Support Care Cancer.* 2006;14 (3):230-42.
7. Libert Y, Merckaert I, Reynaert C, Delvaux N, Marchal S, Etienne AM, Boniver J, Klustersky J, Scalliet P, Slachmuylder JL, Razavi D. Physicians are different when they learn communication skills: influence of the locus of control. *Psychooncology.* 2007;16(6):553-62.
8. Ibrahim NK, Attia SG, Sallam SA, Fetohy EM, El-Sewi F. Physicians' therapeutic practice and compliance of diabetic patients attending rural primary health care units in Alexandria. *J Family Community Med* 2010 Sep;17(3):121-8.
9. Malmquist CP, Notman MT. Psychiatrist-patient boundary issues following treatment termination. *Am J Psychiatry* 2001;158(7):1010-8.
10. Whitehead K, Reuber M. Illness perceptions of neurologists and psychiatrists in relation to epilepsy and nonepileptic attack disorder. *Seizure.* 2012;21(2):104-9.
11. Viguera AC, Cohen LS, Whitfield T, Reminick AM, Bromfield E, Baldessarini RJ. Perinatal use of anticonvulsants: differences in attitudes and recommendations among neurologists and psychiatrists. *Arch Womens Ment Health.* 2010;13(2):175-8.
12. Mandić-Maravić V, Mitković M, Kostić M, Munjiza A, Jovanović N, Todorović D, Pešić D, Peljto A, Misojčić A, Repac A, Lečić-Toševski D. Psihijatri i društvene mreže – iskustva i stavovi. *Psihijat Dan.* 2013;45(1):31-41.
13. Viswanathan R. Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians. Their relationship to patient death notification. *Psychosomatics.* 1996;37(4):39-45.

14. Pies R. Why psychiatry and neurology cannot simply merge. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005;7(3):304-9.
15. Double DB. Integration of mind and brain creates biopsychological understanding in psychiatry. *BMJ.* 2002 5; 325 (7367):778.
16. Hobday GS, Gabbard GO. Psychotherapy for neurologists. *Semin Neurol.* 2009;29(3):194-9.
17. Kisely S, Smith M, Lawrence D, Maaten S. Mortality in individuals who have had psychiatric treatment: population-based study in Nova Scotia. *Br J Psychiatry.* 2005;187:552-8.
18. Lecic-Tosevski D, Pejovic-Milovancevic M, Tenjovic L, Draganic-Gajic S, Christodoulou GN. Personality characteristics of psychiatric trainees. *Psychother Psychosom.* 2005;74(2):129-30.
19. Christodoulou GN, Lykouras LP, Mountokalakis T, Voulgari A, Stefanis CN. Personality of psychiatric versus other medical trainees. *J Nerv Ment Dis.* 1995;83:339-40.
20. Harrow M, Hansford BG, Astrachan-Fletcher EB. Locus of control: relation to schizophrenia, to recovery, and to depression and psychosis - A 15-year longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2009;168(3):186-92.
21. Phares EJ. Locus of Control. In: Craighead WE, Nemeroff CB, editors. *The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science*, Vol. 2. New York: John Wiley & Sons; 2001. p. 889-91.
22. Legerski EM, Cornwall M, O'Neil B. Changing locus of control: steelworkers adjusting to forced unemployment. *Social Forces.* 2006;84(3):1521-37.
23. Twenge JM, Zhang L, Im C. It's beyond my control: a cross-temporal meta-analysis of increasing externality in locus of control, 1960-2002. *Pers Soc Psychol Rev.* 2004;8(3):308-19.

---

**Dr Marija MITKOVIĆ, mr sci med, psihijatar**, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

**Marija MITKOVIC, MD, MSc, psychiatrist**, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

**Email:** mitkovic\_marija@yahoo.com



## **KONVERZACIJA SA TEGLOM I RINGLOM – PRIVATNI GOVOR ODRASLIH<sup>1</sup>**

**Jovan Mirić, Milica Perić**

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

**Apstrakt:** Privatni govor najčešće je istraživan kod dece i najčešće tako dobijeni podaci korišćeni za proveravanje teorije Vigotskog. Naše istraživanje se okrenulo privatnom govoru kod odraslih. Podatke smo dobijali posrednim putem. Od studenata psihologije (N=109) kao informanata dobijeni su osnovni podaci o privatnom govoru 211 odraslih osoba; svaki student je odgovarao na 17 pitanja o svojstvima privatnog govora dve odrasle osobe. Nalazi pokazuju da se taj vid govora kod odraslih javlja u različitim vidovima i u različitim kontekstima, da ima raznolika svojstva u pogledu dužine, gramatičke pravilnosti, emotivnosti. Kod odraslih privatni govor češće ima afektivnu nego intelektualnu autoregulativnu funkciju. Dobijeni nalazi pružaju osnova da se upute izazovi teoriji Vigotskog.

**Ključne reči:** *odrasli, afektivna autoregulacija, Vigotski, internalizacija*

---

<sup>1</sup> Rad je saopšten na skupu *Empirijska istraživanja u psihologiji*, 2012.

## Uvod

Malo ko od nas će poreći da je u svom iskustvu imao slučaj da progovori glasno sam sa sobom u nekoj situaciji: kad neki posao ne ide, kad nas neka sprava ne sluša, kad nam je u žustroj raspravi sagovornik otišao, a ostao dužan... Glasni govor koji nije upućen prisutnom sagovorniku naziva se privatni govor i predmet je psihološkog proučavanja već skoro ceo vek. Prvi koji se okrenuo proučavanju ovog vida govora bio je Žan Pijaže [1], koji ga je našao kod dece i nazvao ga egocentričnim govorom. Posle Pijažea egocentričnim govorom se još pomnije bavi Lav Semjonovič Vigotski [2], koji se, kao i Pijaže, ograničava na tu pojavu kod dece i za koga ona ima izuzetno važno mesto u njegovoj teoriji. Kasnije, kada se na Zapadu pojavila knjiga Vigotskog "Thought and Language" [3] i kada su otpočela brojna istraživanja privatnog govora (kako je, ispravnije, sada nazvan), niko od istraživača nije propuštao priliku da svoje nalaze dovede u vezu sa postavkama iz te knjige. Postavke Vigotskog su, dakle, one koje su neizostavno proveravane na sakupljenim podacima gotovo svih istraživača od sredine šezdesetih [4] do danas, a verovatno su one igrale ključnu ulogu i u proširenju istraživačkog interesovanja i na adolescente i odrasle. Te postavke iznećemo ovde u najkraćim crtama, jer su one važne za sagledavanje nalaza do kojih smo došli i mi u našem istraživanju. Evo tih postavki:

- 1) Egocentrični govor se izdvaja iz socijalnog govora u ranom uzrastu i potom prelazi u unutrašnji govor negde pred dečji polazak u školu.
- 2) Egocentrični govor ima značajnu autoregulativnu funkciju: on služi regulaciji saznanjog funkcionisanja pri rešavanju praktičnih problema (služi fiksiranju problema, lociranju izvora teškoće ili nedostatka, uobličavanju hipoteza, vraćanju svesti na problem itd.), kao i regulaciji afektivnog života (dete može da teši sebe, reguliše osećanja itd.).
- 3) Dečji privatni govor je gramatički nepravilan (skraćanja, izostavljanja reči, predikativnost itd.); po tome je on sličan unutrašnjem govoru, pa je ta sličnost uzeta kao dokaz da dečji privatni govor ne nestaje, kako je smatrao Pijaže, nego prelazi u unutrašnji.
- 4) Svojstva egocentričnog govora su takva zato što dete ne uspeva da dobro diferencira socijalnu od individualne funkcije govora.

Kasnija istraživanja vršena na Zapadu često su pružala nalaze koji se nisu najbolje uklapali u teoriju Vigotskog. Najpre ćemo pomenuti istraživanje Lore Berk i Rut Garvin [5]: njih dve su utvrdile da se privatni govor kod dece javlja u devet različitih vidova, od kojih se većina nikako ne može shvatiti kao egocentrična; takođe su utvrdile da nisu sve vrste gramatički nepravilne. Ovi nalazi su otvorili nekoliko pitanja na koja nije bilo odgovora u postavkama Vigotskog: da li svi vidovi privatnog govora prelaze u unutrašnje ili samo neki, šta biva sa gramatički pravilnim vidovima privatnog govora, da li svaki

od tih vidova ima autoreglativne funkcije. Zatim se pokazalo da se privatni govor javlja i kod adolescenata [6], kod mlađih odraslih [7], starijih odraslih [8] i kod starih žena na selu [9]. Pojava privatnog govora na uzrastima posle predškolskog ne uklapa se u teoriju Vigotskog prvo stoga što se ne vidi zašto bi taj govor opstajao posle nastanka unutrašnjeg govora, ali i stoga što se ne može povezati sa nedostatkom diferencijacije kao objašnjenjem (potpuna diferencijacija postignuta je prelaskom egocentričnog govora unutra).

Treba takođe kazati da su istraživači često svojim nalazima pružali i podršku teoriji Vigotskog. Važno je, međutim, imati u vidu da su se sva istraživanja koja su davala podršku okretala intelektualnoj funkciji egocentričnog govora kod dece, odnosno autoreglativnoj intelektualnoj funkciji (tako da je uloga tog govora u autoregulaciji afektivnog života ostala zapostavljena). Ipak, ni podrška postavci koja govori o ovoj funkciji nije bila jednodušna. Pokazalo se, naime, da nastankom teškoće u rešavanju problema – a to je jedan od načina kako je Lav Semjonovič potvrđivao svoju teoriju – dolazi do porasta svih vidova privatnog govora, a ne samo onih koji mogu da imaju funkcionalnu vrednost za rešavanje problema [10]. Ni ovaj nalaz ne odgovara sasvim teoriji Lava Semjonoviča.

Dakle, niz pitanja o privatnom govoru ostao je otvoren do danas. Teorija Vigotskog ostala je kao preuska za svu raznolikost pojavne strane privatnog govora. Mi smo stoga krenuli u prikupljanje podataka o privatnom govoru kod odraslih, postavljajući sebi skroman cilj. Prvo smo očekivali da će se potvrditi pretpostavka da se kod odraslih privatni govor javlja u više različitih vidova i da neki od tih vidova – a možda i većina – nemaju intelektualnu funkciju. Drugo, pretpostavili smo da se kod odraslih privatni govor često javlja uz slabije ili snažnije emocije, odnosno da ima funkciju ili regulacije ili izražavanja emocija – da, jednostavno rečeno, govor služi kao odušak.

## **Metod**

Metodološki problemi u istraživanju privatnog govora kod dece nisu mali [11]. Problemi u istraživanju privatnog govora odraslih još su veći. Prvo, taj vid govora je po svoj prilici redak i teško je zamisliti neku opservacionu studiju (najčešće korišćenu kod dece) koja bi bila u stanju da ga zabeleži u prirodnim uslovima u kojima se odvija i u dovoljnoj količini za proučavanje. Drugo, privatni govor odrasli mogu doživljavati kao deo svoje najuže privatnosti i intime, tako da bi direktno traženje bilo kog oblika samoizveštaja bilo praćeno gubitkom validnosti. Stoga smo bili prinuđeni da do podataka o privatnom govoru odraslih dođemo posrednim putem, tj. od bliskih osoba – informanata. Njih smo našli u studentima psihologije na Filozofskom fakultetu u Beogradu. Od njih smo tražili da nam, kroz odgovore na 17 jednostavnih pitanja postavljenih u pisanoj formi, pruže osnovne podatke o dva slučaja privatnog govora, tj. o dve odrasle osobe koje su

zatečene u toj verbalnoj aktivnosti. Najveći broj pitanja u ovom upitniku bila su zatvorenog tipa, i u ovom radu iznećemo samo nekoliko podataka dobijenim na taj tip pitanja. Ponudjeni odgovori su isti kao u donjima tabelama. Postavljali smo samo ona pitanja za koja smo verovali da studenti kao nenamerni svedoci privatnog govora mogu odgovoriti.

U ispitivanju je učestvovalo 109 studenata (20 muškog i 89 ženskog roda) i oni su pružili podatke o privatnom govoru 211 odraslih osoba (od 218 mogućih). Nije bilo odustajanja od ispitivanja, ali se sedmero njih nije moglo setiti druge osobe sa primerkom privatnog govora.

### Rezultati

Neki nalazi ovog istraživanja više odražavaju selekcionisanu prirodu uzorka informanata nego objektivno stanje u populaciji. Takav je nalaz da se privatni govor češće javlja u gradu nego na selu ( $\chi^2=67.403$ ,  $df=3$ ,  $p=.000$ ), ili nalaz da se češće javlja kod srednje i visokoobrazovanih nego kod nižeobrazovanih osoba ( $\chi^2=146.618$ ,  $df=5$ ,  $p=.000$ ), kao i nalaz da se češće javlja kod onih koji u domaćinstvu žive sa decom nego kod onih koji žive bez dece ( $\chi^2=6.964$ ,  $df=1$ ,  $p=.008$ ). Očigledno je da su naši studenti najčešće izveštavali o bliskim osobama iz istog domaćinstva, a studenti većinom potiču iz grada i od obrazovanijih roditelja. Moguće je da i nalaz o češćem javljanju privatnog govora kod žena nego kod muškaraca (učestalost 124 prema 86,  $\chi^2=6.876$ ,  $df=1$ ,  $p=.009$ ) odražava uzorak informanata, jer se naše studentkinje češće nalaze u prisustvu osoba ženskog nego muškog roda.

Ostali nalazi do kojih smo došli već mogu da se uzmu kao objektivni, tj. kao oni koji ne odražavaju strukturu uzorka informanata nego, verovatno, pravo stanje u populaciji. Razlog za to verovanje leži naprosto u tome što, za razliku od gornje grupe nalaza, u sledećoj grupi ne možemo da uvidimo nikakvu sličnost između nalaza i uzorka informanata. Takav je nalaz o dužini privatnog govora koji se čuo: podaci su dati u Tabeli 1.

**Tabela 1.** Dužina privatnog govora

Dužina privatnog govora	f	%
Nekoliko nepovezanih reči	38	18.0
Jedna rečenica	51	24.2
Nekoliko rečenica	90	42.7
Više rečenica	32	15.2
Ukupno	211	100.1

Kao što se može videti, najčešće se privatni govor javlja u trajanju od jedne do nekoliko rečenica ( $\chi^2=38.648$ ,  $df=3$ ,  $p=.000$ ). Ljudi su najčešće zatečeni kako pričaju naglas bez fizički prisutnog sagovornika. Ne znamo, međutim, sa kolikom se učestalošću (u danu, nedelji) ovaj vid govora javlja, pošto korišćeni metod nije pružao mogućnost da se dobiju i ti podaci.

Smatramo da se i svi sledeći nalazi koje ćemo navesti mogu uzeti kao objektivni, tj. kao reprezentativni za populaciju. Takođe smatramo da su naši studenti dovoljno kompetentni da svaki od ovih aspekata govora validno neposredno kvalifikuje. Takav je, verujemo, nalaz o gramatičnosti privatnog govora. Gramatički pravilan govor je onaj koji se sastoji od gramatički celih i ispravnih rečenica (bar jedne), dok u nepravilnom govoru ili nešto od rečeničkih delova nedostaje ili je rečenica nedovršena. I ova razlika je značajna ( $\chi^2=14.933$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ): iako većinu čini gramatički nepravilan privatni govor (133 slučaja), preko jedne trećine je ipak pravilan (77 slučajeva).

I nalaze o emotivnosti privatnog govora takođe smatramo objektivnim i kompetentno ocenjenim. Emotivnost privatnog govora odraslih procenjivali su studenti-informanti, tako što su zaokruživali neki od ponuđenih odgovora koji stoje i u Tabeli 2. Razlike su značajne ( $\chi^2=81.346$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$ ) i pokazuju da se privatni govor ređe javlja kao neutralan nego kao emotivno obojen, pri čemu se najčešće javlja kao negativno i izrazito negativno obojen.

**Tabela 2.** Emotivnost privatnog govora

Emotivnost	f	%
Neutralan	62	29.4
Pozitivan	26	12.3
Izrazito pozitivan	12	5.7
Negativan	83	39.3
Izrazito negativan	28	13.3
Ukupno	211	100.0

Jedno pitanje imalo je za cilj da utvrdi u kojim situacijama se najčešće javlja privatni govor odraslih. Da li se ta vrsta govora javlja tokom obavljanja neke aktivnosti (manuelne ili intelektualne) ili se javlja van aktivnosti. Podaci pokazuju da se najmanje privatnog govora javlja uz intelektualnu aktivnost (14.7%), dok se podjednako često (po 42.7%) ovaj vid govora javlja uz manuelnu aktivnost i van neke vidljive aktivnosti. I ove razlike su statistički značajne ( $\chi^2=32.995$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$ ) i pokazuju da se ovaj vid govora najređe javlja uz intelektualnu aktivnost.

Naravno, nije važna samo vrsta aktivnosti uz koju se privatni govor javlja, važno je i kakav je njegov odnos sa tom aktivnošću. Da li je govor sadržinski povezan sa aktivnošću ili nije - te podatke daje nam Tabela 4. Razlike u učestalosti su značajne:  $\chi^2=46.111$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$ . Privatni govor odraslih češće jeste nego nije povezan sa aktivnošću.

**Tabela 3.** Vezanost govora za aktivnost

	f	%
Povezan	99	46.9
Nepovezan	77	36.5
Ne znam	23	10.9
Bez odgovora	12	5.7
Ukupno	211	100.0

### Diskusija

Iznegli smo devet osnovnih nalaza do kojih smo došli analizom podataka o privatnom govoru odraslih osoba. Četiri od tih nalaza mogu se shvatiti pre kao izraz strukture naših informanata (studenti psihologije, većinom ženskog roda i pretežno sa mestom življenja u gradu). Preostalih pet nalaza, prikazanih u pet tabela, mogu se uzeti kao slika populacije odraslih osoba u našoj zemlji. Šta nam ti podaci kazuju i koje izazove i pitanja iznose pred teoriju Lava Semjonoviča Vigotskog?

Privatni govor odraslih je, kao i kod dece, sporadičan, redak i zavisian od situacije

Prvo što smo zabeležili našim istraživanjem jeste postojanje više različitih vidova privatnog govora; heterogenost privatnog govora je nađena i u brojnim drugim istraživanjima kako sa decom tako i sa odraslima. Od posebne je važnosti, međutim, naš nalaz da se privatni govor pojavljuje i kao gramatički sasvim pravilan, tj. isti kao i socijalni govor; ovakav nalaz utvrđen je u jednom domaćem istraživanju sa starim ženama na selu [9] Za Vigotskog je gramatička nepravilnost govora (kako privatnog, odnosno egocentričnog, tako i unutrašnjeg) bila veoma važna ne samo kao dokaz prelaska egocentričnog u unutrašnji, nego i kao pokazatelj sve veće diferencijacije i individualizacije govorne funkcije, a individualizovanje je neophodno za pounutranje. Ako se privatni govor kod odraslih (dakle kod onih kod kojih već postoji unutrašnji govor, odnosno kod kojih je već došlo do pounutrenja), pojavljuje i kao gramatički ispravan, onda se možemo zapitati da li bar neki vidovi unutrašnjeg govora nastaju neposredno prelaskom socijalnog govora na unutrašnji plan, preskačući gramatički nepravilan egocentrični govor kao most ka unutrašnjosti?

Drugo što se može videti u našim nalazima jeste to da su studenti-informanti dali podatke o privatnom govoru odraslih koji ima prvenstveno afektivnu autoregulativnu funkciju. Na tu funkciju nedvosmisleno ukazuju podaci iz Tabele 2. (privatni govor se najčešće javlja kao emotivno obojen) i podaci iz Tabele 3. (privatni govor se češće javlja uz manuelnu nego uz intelektualnu aktivnost). Pregled pojedinačnih primera koje su studenti naveli pokazuje da su najčešći oblici privatnog govora psovke, gundanja i tepanja (od 170 primera, koje su studenti naveli, ti oblici čine 43,5 %). Odrasli

razgovaraju sa biljkama i životinjama, sa odsutnim osobama, sami sa sobom, čak i sa stvarima: jedna gospodja se obraća tegli (“Zašto nećeš da mi se otvoriš?”), druga ringli. Najzad, dodaćemo (mada bi bliže ispitivanje ove pojave bilo neophodno za sigurniji zaključak) da se reči izgovorene naglas i neupućene drugome najčešće koriste kao izrazi emocije: privatni govor služi kao odušak.

Ne možemo na osnovu ovih nalaza reći, međutim, da postoji pravilnost u tome smislu da se afektivna autoregulacija javlja pred socijalnim a intelektualna pred praktičnim ili misaonim problemom. Već je rečeno da je afektivno-autoregulaciona funkcija privatnog govora zapostavljena u dosadašnjim istraživanjima ove pojave i kod dece i kod odraslih, čak toliko da su istraživači namerno (kroz izbor zadataka stavljenih pred decu) želeli da ispitaju samo intelektualno-autoregulativnu ulogu, i da su tek Fernihou i Fradlej [10] prvi zabeležili da se pred intelektualnom teškoćom javljaju razni oblici privatnog govora, a ne samo oni koji imaju funkciju u rešavanju problema. Afektivna uloga privatnog govora je, po svemu sudeći, postojala i u onim vidovima koje su dosadašnja istraživanja registrovala, samo što toj funkciji niko nije posvetio potrebnu pažnju. Naše istraživanje ukazuje (a to bi svakako trebalo dalje ispitati) da se pred praktičnim problemom, možda tek onda kada se naniže niz neuspeha, javlja izrazito emotivno obojen glasni privatni govor. Sadržaj tog govora mogao bi nam dalje pokazati put ka boljem razumevanju ove povezanosti između tvrdokorne teškoće i privatnog govora: da li se – postavivši sada samo jedno pitanje koje se može shvatiti kao hipoteza – tom prilikom otkriva, u sadržaju govora, moralna reakcija (“pravedni gnev”, optuživanje, jadikovanje nad nepravdom) čoveka. Sa druge strane, može se pretpostaviti da je, ne samo za odrasle nego i za decu, praktični, pa čak i čisto intelektualni problem, često i neka vrsta nevolje ili malog stresa, usled čega dolazi do afektivno obojenog privatnog govora. Takođe se mora pomisliti da postoje i individualne razlike u reakciji na problem i teškoću: kod nekoga će više doći do izražaja afektivna a kod nekog drugog intelektualna autoregulacija.

### **Zaključak**

U zaključku ćemo ukazati na dve osnovne stvari. Jedna je metodološke, a druga problemske prirode.

Način dobijanja podataka o privatnom govoru odraslih koji smo mi primenili ima svoje i prednosti i nedostatke. Nedostaci su vezani za to što se podaci dobijaju iz druge ruke, posredno, odnosno onim putem kojim se ne može prići dovoljno blizu proučavanoj pojavi kako bi se ona što detaljnije upoznala. Ograničeni smo, dakle, na površnije i grublje podatke. Sa druge strane, međutim, korišćenje studenata psihologije kao informanata ima i neke prednosti: oni su, zahvaljujući kako svom opštem tako i uže stručnom obrazovanju, dovoljno kvalifikovani da registruju neke karakteristike privatnog govora sasvim pouzdano (recimo gramatičnost, dužinu govora,



emocionalnost itd). Ipak, imamo li u vidu ovako selekcionisan uzorak informanata i posredni način obaveštavanja o pojavi koju proučavamo, razumljivo je da treba biti vrlo oprezan u tumačenju nalaza.

Čini nam se, ipak, da u proučavanju ove pojave nemamo previše metodoloških postupaka na raspolaganju, pogotovo ukoliko želimo da je registrujemo onako kako se ona stvarno zbiva, u svakodnevnom životu i prirodnom okruženju. Ako bismo sebi postavili upravo takav cilj, onda bi prethodno obučavanje informanata bio dobar put ka njemu. Informanti bi trebalo da budu osetljivi da uoče suštinske crte aituacije i aktivnosti u kojima se javlja privatni govor odraslih i da budu sposobni da postave i neka dodatna pitanja.

Detaljnijim poznavanjem situacije i aktivnosti i dobijanjem daljih objašnjenja bolje bismo upoznali i intelektualnu i afektivnu regulacionu funkciju privatnog govora odraslih. Ako se sada zadržimo samo na afektivnoj regulacionoj funkciji privatnog govora kod odraslih, sa sigurnošću možemo reći da je ona složena. Mi nismo u ovom istraživanju mogli dublje da upoznamo ovu pojavu (ipak, u nekom sledećem radu iznećemo i podatke dobijene analizom odgovora informanata na otvorena pitanja), s tim da treba imati u vidu da nismo mogli ni da zabeležimo svu raznovrsnost afektivnih zadataka koju privatni govor može da rešava. Kod sportista znamo, recimo, da glasni ili poluglasni govor upućen samo sebi često služi i motivisanju za veći napor ili veću usredsređenost. U nekim situacijama privatni govor ne služi izražavanju nego suzbijanju emocija, kao kada čovek pred opasnošću sebe hrabri. I klinički psiholozi bi mogli sa svoje strane da rasvetle privatni govor koji se javlja u određenim patološkim kategorijama. Korisno bi bilo, za početak, samo zabeležiti svu raznovrsnost oblika privatnog govora odraslih, da bismo potom zakoračili ka bližem i detaljnijem upoznavanju svakog od njih.



## **CONVERZATIONS WITH A JAR AND A BURNER: THE PRIVATE SPEECH OF ADULTS**

**Jovan Miric, Milica Peric**

Faculty of Philosophy,  
University of Belgrade, Belgrade

**Abstract:** Private speech as a phenomenon has been most frequently investigated among children and the results obtained from such studies have been most often used to test the theory of Vygotski. This study shifts the investigation of private speech from children to adults. Therein, data for this study was collected from indirect sources: namely, students of psychology (N=109) acted as informers and provided basic informations about the private speech of 211 adults according to a 17 question survey related to the characteristics of the private speech of two adult individuals. The results obtained therein demonstrate that manifestations of private speech of adults differ in both their variety of forms and across different contexts. Additionally, the study shows that the private speech of adults proves itself to have a great diversity of characteristics according to length of speech, grammar roles, and affective function rather than an intellectually auto-regulative function. The results of this study also provide evidence that may be utilized to confront the Vygotski's theory.

**Key words:** *adults, affective auto-regulation, Vygotski, internalization*

**Literatura**

1. Piaget J. The Language and Thought of the Child. 3rd ed. London: Routledge & Kegan Paul; 1959/1926.
2. Vigotski L. Mišljenje i govor. Beograd: Nolit; 1977.
3. Vygotskij LS. Thought and Language. Cambridge: MIT Press; 1962/1934.
4. Flavell J, Beach DR, Chinsky JM. Spontaneous verbal rehearsal in a memory task as a function of age. Child Deve. 1966;37:283-99.
5. Berk LE, Garvin RA. Development of private speech among low-income Appalachian children. Dev Psychol. 1984; 20:271-86.
6. Kronk CM Private speech in young adolescents. Adolescence. 1994;29:781-804.
7. Duncan RM, Cheyne JA. Private speech in young adults: Task difficulty, self-regulation, and psychological prediction. Cogn Dev. 2002;16:889-906.
8. John-Stainer V. Private speech among adults. In: Diaz RM, Berk LE, editors. Private Speech: from Social Interaction to Self-Regulation. Hove: Lawrence Erlbaum; 1992. p. 55-81.
9. Mirić J. Razgovor s odsutnim: privatni govor starica na selu. Psihijat. dan. 2012;44:73-83.
10. Fernyhough C, Fradley E. Private speech on an executive task: Relations with task difficulty and task performance. Cogn Dev. 2005;20:103-20.
11. Diaz RM. Methodological concerns in the study of private speech. In: Diaz RM, Berk LE, editors. Private Speech: from Social Interaction to Self-Regulation. Hove: Lawrence Erlbaum; 1992. p. 55-81.

---

**Prof. Jovan MIRIĆ, dr sci**, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd

**Prof. Jovan MIRIĆ, PhD**, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade

**E-mail:** jovmiric@gmail.com

*Prikaz slučaja*

*UDK: 616.89-008.43-085.851*

*ID: 197446412*

## **PSIHOTERAPIJSKI EFEKTI NEVERBALNE KOMUNIKACIJE U RADU SA PACIJENTIMA SA TURETOVIM SINDROMOM**

**Gordana Vulević**

Filozofski fakultet Univerzitet u Beogradu

**Apstrakt:** Savremena literatura koja se odnosi na tretman pacijenata sa Turetovim sindromom kao najdelotvorniji psihoterapijski metod preporučuje bihevioralnu psihoterapiju. U tekstu koji sledi ću pokušati da pokažem da psihoanalitička psihoterapija, uz izvesne modifikacije može da dovede do postepenog poboljšanja i redukcije tikova. Modifikacija analitičke tehnike je u izvesnim slučajevima neophodna usled umanjениh sposobnosti simboličke reprezentacije pacijenata sa Turetovim sindromom. Nemogućnost semiotizacije unutrašnjih stanja dovodi do pražnjenju tenzije kroz telo, što rezultuje brzim, iznenadnim, rekurentnim, ne-ritmičkim pokretima i foničnim tikovima. Klajnijanska škola bi govorila o evakuaciji nemislivih beta elementa posredstvom telesnih kanala. Ova rudimentarno mentalizovana unutrašnja stanja nemaju status označitelja. Stoga, ona ne podležu mehanizmu potiskivanja, već jedino primitivnim mehanizmima odbrane, spilitingu i projektivnoj identifikaciji. Zbog umanjениh sposobnosti simbolizacije, umanjena je i sposobnost pacijenata da procesuiraju sadržaj i značenje interpretacije. Moje iskustvo u terapijskom radu sa pacijentima sa Turetovim sindromom je pokazalo da ma koliko pažljivo sročeno bilo analitično tumačenje psihoterapeuta, ono često ostaje bez efekta. U nekim slučajevima je primećeno da su pacijenti u početnoj fazi tretmana bolje reagovali na adekvatno prilagodjene oblike neverbalne komunikacije kao što su intonacija, ritam govora i tiho, neintruzivno prisustvo terapeuta. Ovaj vid komunikacije ima potencijalno strukturišući, transformišući efekat u smislu uključivanja subjekta u simbolički poredak. Kako kapacitet pacijenta za simbolizaciju raste, tako interpretacija postaje delotvorno sredstvo psihoterapijskog tretmana.

**Ključne reči:** *Turetov sindrom, neverbalna komunikacija, simbolizacija*

## Uvod

Savremena literatura koja se odnosi na tretman pacijenata sa Turetovim sindromom kao najdelotvorniji psihoterapijski metod preporučuje bihevioralnu psihoterapiju [1]. Moje kliničko iskustvo ukazuje da psihoanalitička psihoterapija, uz izvesne modifikacije, može da dovede do postepenog poboljšanja i redukcije tikova kod ovih pacijenata. Neophodno je, bar u nekim slučajevima, modifikovati psihoanalitičku tehniku koja se primenjuje u radu sa neurotičnim pacijentima i uskladiti je sa specifičnostima psihodinamike Turetovog sindroma.

Za razliku od neurotičnog simptoma, Turetov sindrom nema simboličko značenje. Neurotični simptom, govori nam Lakan [2,3,4], ima status metafore. Parafrazirajući Lakana, Forester [5] navodi da su neurotični simptomi strukturirani kao jezik, “u smislu da postaju razumljivi samo kada se ‘čitaju’ kao skriven i iskrivljen izraz misli, te njihovo prevođenje u reči omogućava da zauzmu mesto u sledu događaja koji sačinjavaju iskustvo subjekta, i da sredstvo pomoću kojeg se simptom leči sastoji od pronalaženja tog prevoda, ali sada u govornom jeziku [5, str. 131].”

Kod pacijenata sa Turetovim sindromom sposobnost simbolizacije je narušena. Nemogućnost semiotizacije unutrašnjih stanja dovodi do praznjenju tenzije kroz telo, što rezultuje brzim, iznenadnim, rekurentnim, ne-ritmičkim pokretima i foničnim tikovima. Bion [6,7] bi govorio o evakuaciji nemislivih beta elementa posredstvom telesnih kanala. Ova rudimentarno mentalizovana unutrašnja stanja nemaju status označitelja. Stoga, kako to navodi Jevremović [8,9], ona ne podležu mehanizmu potiskivanja već jedino primitivnim mehanizmima odbrane, splittingu i projektivnoj identifikaciji

Usled umanjenih sposobnosti simbolizacije, pacijenti sa Turetovim sindromom mogu imati teškoća da procesuiraju sadržaj i značenje interpretacije. Moje kliničko iskustvo ukazuje da u radu sa ovim pacijentima, naročito u početnim fazama psihoterapijskog procesa, interpretacija može biti kontraproduktivna. U inicijalnim fazama tretmana, pacijenti sa Turetovim sindromom povoljnije reaguju na adekvatno prilagođene oblike neverbalne komunikacije kao što su boja glasa, ritam govora i neintruzivno prisustvo terapeuta. Rad sa nekim primitivnim mentalnim organizacijama, kao što će se to iz prikaza slučaja videti, zahteva izvesne izmene u pogledu psihoanalitičke tehnike.

## Prikaz slučaja

Psihoterapiju dečaka koga ću nazvati Matej inicirala je njegova majka, posle niza bezuspešnih pokušaja lečenja homeopatijom i obraćanja brojnim osobama neadekvatnog stručnog profila. Obratila mi se jer je Matej, star 14 godina, imao multiple motorne tikove i fonični tik koji se ispoljavao kroz neočekivano ubrzanje ritma i intenziviranje glasa.

Način na koji je majka pričala o Mateju je bio indikativan. Priču je započela saopštavajući mi da je o Turetovom sindromu dosta čitala. Navela je

impozantan broj stručnih radova i psihijatrijskih udžbenika. Nizala je jednu bibliografsku jedinicu za drugom, kao i svoja zapažanja o kompetenciji i razlikama između autora. Kada sam joj postavila pitanja u vezi njegovog ranog razvoja, ispričala mi je da je njegovo ponašanje bilo tipično za decu sa dijagnozom *Attention Deficit Disorder*. Potom su usledila njena razmišljanja u vezi etiologije i terapije ovog poremećaja.

Iz razgovora sa majkom sam malo toga saznala o Mateju. Priča o njemu je zapravo izostala. Ipak, njeno kazivanje je bilo indikativno u pogledu njenog odnosa prema Mateju. Iako je delovalo kao da je fokusirana na njegov problem, Matej je bio van njenog fokusa, van pogleda. Pogled (objekat malo *a*) je prema Lakanu [10] bitan za konstituisanje subjektiviteta.

Majka nije imala kapacitet da *kontejnira* Matejevu anksioznost. Njen kapacitet da procesuiru kako sopstvenu, tako i tenziju drugog je bio prilično narušen. Brojna psihosomatska oboljenja od kojih je patila su ukazivala na *lakune* u mentalizaciji. Sudeći po njenim psihičkim tegobama koje tokom razgovora opisala, godinama unazad je bila ozbiljno depresivna. Ipak, nikada se nije obratila za pomoć psihijatru ili psihoterapeutu. Izvesno smirenje je nalazila u Crkvi. Redovno je odlazila na liturgije i razgovarala sa svojim duhovnikom.

Matejevog oca sam videla samo jednom. Za razliku od Mateja koji je bio gracilne građe, otac je bio mišićav i korpulentan. Nije krio animozitet prema Matejevom slabašnom telu i nekontrolisanim pokretima. Uznemiravali su ga Matejevi tikovi jer je izgledalo kao da će mu se telo raspasti. Nije mogao da sluša njegovu “dreku” (fonični tik). Smatrao je da bi on mogao da kontroliše tikove kada bi to hteo, te je bio je zagovornik strogog, disciplinujućeg stava prema Mateju. Strahovao je da bi on mogao “zaraziti” i njegove dve sestre, pa je razmišljao da ga odvoji od porodice.

Matej je u početku nerado dolazio na psihoterapiju. To je za njega značilo da je ozbiljno poremećen, ludak, te mi je neprestano, na gotovo mehanički način, postavljao pitanja o prirodi svoje bolesti. Strahovao je da će biti izopšten i zatvoren u ludnicu. Kada bih pokušala da mu odgovorim ili da interpretiram njegovu strepnju, tikovi bi se pogoršavali. Ma koliko pažljivo uobličene, moje interpretacije su se pokazale kao kontraproduktive. Ubrzo sam primetila da Matej povoljno reaguje na specifična prozodijska svojstva mog glasa. Ukoliko bi govorila tihim glasom i ritmom koji bi se mogao opisati kao *andante*, njegovi tikovi bi gotovo iščezavali.

Tokom jedne od seansi pitao me je da li može da legne na kauč. Odgovorila sam potvrdno. Pitala sam ga gde želi da ja sednem, i on mi je pokazao na stolicu koja je bila van njegovog vidnog polja. Pošto je legao na kauč, njegovi tikovi su postepeno nestajali. Uskoro je ležao mirno, zagledan u jednu tačku. Čutao je. Kada sam ga posle nekih dvadeset minuta pitala o čemu razmišlja, tikovi su se ponovo vratili. Način na koji je odreagovao na moje reči mi je ukazao da je Mateju bilo potrebno tiho, neintruzivno prisustvo terapeuta, namesto verbalne komunikacije.

Sledeće seanse su se odvijale tako što bi me pozdravio, a zatim legao na kauč i ćutao. I ja sam ćutala, prepuštajući mu da inicira komunikaciju. Nakon nekih pola sata, Matej bi ustao i zatražio od mene da se igramo, najčešće pantomime ili zanimljive geografije. Nisam interpretirala njegovu igru. Odlučila sam da se uzdržim od interpretacija jer sam smatrala da moje reči doživljava na konkretan način, kao intruzivne, penetrirajuće objekte.

Jednom prilikom, dok smo se igrali pantomime, na osnovu njegovih gestova shvatila sam da me pita (iako je to znao) kako se zovem. Nisam mu rekla svoje ime. Označila sam svoju funkciju u seansi. Rekla sam mu da se zovem *Ona-koja-je-prisutna*. Nakon ove seanse (verovatno usled smanjenja persekutivne strepnje) sve češće je inicirao dijalog sa mnom.

Prošlo je gotovo godinu dana pre nego što je Matej počeo da koristi govor kao dominantno sredstvo komunikacije. U početku, pričao mi je o svojim drugovima i događajima u školi. Zatim je počeo da traži savete od mene. Onda je počelo da ga zanima *značenje* njegovog ponašanja. *Počeo je da traži interpretaciju*. Između ostalog, pitao se kako to da gotovo nema tikove tokom seansi. Posle kraćeg razmišljanja rekao je da je to zbog toga što je kod mene “tako mirno”.

U tom trenutku, Matejevi roditelji, nezadovoljni brzinom njegovim napretka, su prekinuli psihoterapiju. Njegova majka me je zvala s vremena na vreme obaveštavajući me da se Matejevo stanje nije popravilo uprkos promeni niza psihoterapeuta i psihijatara. Iznela je niz primedbi na rad Matejevog terapeuta i zatražila da nastavim njegov tretman. Odbila sam jer sam smatrala da majka pokušava da sabotira Matejevu terapiju sa njegovim tadašnjim terapeutom, kao što je sabotirala i terapiju sa mnom.

### Diskusija

Ečegojen [11] (kao i mnogi drugi analitičari) ističu *kontejnirajuću funkciju interpretacije*. Neki primitivno organizovani pacijenti, kao što je Matej, usled narušenih simboličkih sposobnosti, doživljavaju interpretaciju kao intruziju koja ne pacifikuje, već uvećava njihovu tenziju. Uspostvaljanje kontakta i napredak psihoterapijskog procesa u značajnoj meri zavisi od kapaciteta terapeuta da se uzdrži od interpretacije i toleriše odsustvo verbalne komunikacije. Umesto da tumači anksioznosti pacijenta, terapeut pruža *containment* posredstvom neverbalnih kanala komunikacije. Ovaj oblik komunikacije može imati strukturišući, transformišući efekat u smislu integracije subjekta u simbolički poredak. Kako sposobnost pacijenta za simboličku razmenu raste, interpretacija postaje efikasan instrument u psihoanalitičkom tretmanu.

Logika terapijskog procesa treba da sledi logiku ranog razvoja. U pogledu tehnike psihoterapijskog rada sa primitivno organizovanim pacijentima mogu biti relevantni neki nalazi opservacionih studija. Posmatrajući interakciju *licem-u-lice* između majke i bebe, Brazelton [12] je ustanovio sledeći sled: nakon perioda intenzivne interakcije sa majkom dete

se povlači, ne gleda u majku, ali je ipak drži u periferinom vidnom polju. Ciklusi pažnje i povlačenja se ponavljaju, a osetljivost majke i njena mogućnost da podnese periode povlačenja je najdelotvornija u održanju interakcije. Insistirajući na interakciji, majka bi preopteretila mentalni aparat svoje bebe što bi rezultovalo njenom potrebom da se povuče i prekine komunikaciju. Na analogan način, insistirajući na verbalnoj komunikaciji, terapeut može da prouzrokuje zastoj u psihoterapijskom procesu. Kako bi analitički proces napredovao, bitno je da terapeut prepusti pacijentu da započne dijalog sa njim.

Ne smatram da je ovaj način komunikacije terapijski delotvoran u svim slučajevima. Tokom psihoterapijskog rada sa primitivno organizovanim pacijentima, interpretacija na samom početku tretmana može dovesti do terapijskog progressa. Setimo se slučaja Malog Dika. Melani Klajn [13] je protumačila njegovu edipalnu želju tokom prve seanse, što je dovelo do značajnog terapijskog napretka. Dete koje nije govorilo, niti pokazivalo bilo kakvu potrebu za drugim ljudima, verbalizovalo je svoj prvi poziv: pozvalo je svoju dadilju sa kojom je došlo u sobu za konsultacije i na čiji je odlazak bilo sasvim ravnodušno. Lakan [14] je prokomentarisao da je Klajnova, tako što mu je rekla da je *Dik mali voz, tata veliki voz, voz ulazi u mamu*, uvela Dika u simbolički poredak kroz konstelaciju edipalnog trougla i proizvela Dikovu sekundarnu (edipalnu) identifikaciju.

Ukratko rečeno, kod primitivno organizovanih pacijenata prekomerno korišćenje primitivnih mehanizama odbrane vodi urušavanju granica između subjekta i objekta i smanjenju kapaciteta za simboličku reprezentaciju. Usled toga, reči terapeuta mogu da se dožive na konkretan način, kao prodirući objekti, te se od terapeuta očekuje da pažljivo obzervira efekte sopstvenog govora. Ukoliko su njegove reči od strane pacijenta doživljene kao intruzija, neophodno je modifikovati tehniku i uzeti u obzir neverbalne oblike komunikacije.

## THERAPEUTIC EFFECTS OF PRE – VERBAL COMMUNICATION IN WORK WITH PATIENTS WITH TOURETTE SYNDROME

Gordana Vulevic

Faculty of Philosophy, University of Belgrade

**Abstract:** Contemporary literature on treatment of Tourette syndrome recommends behavioral psychotherapy as first line offer to patients in most cases. In this paper I will try to show that psychoanalytic psychotherapy, if modified, may be efficient as well. Modification of psychoanalytic technique is needed in some cases because patients with Tourette syndrome have impaired capacities for symbolic representation. These patients' inability to semiotize their internal states leads to a release of tension through the body, which results in quick, unexpected, recurrent, non-rhythmic, movements and phonic tics. Kleinian school would describe it as the evacuation of unthinkable beta elements through bodily channels. These rudimentary mentalized internal states do not have status of the signifiers. Therefore, they are not subject to repression, but only to primitive defense mechanisms, splitting and projective identification. My experience in therapeutic work with patients with Tourette syndrome has shown that psychotherapist's analytic interpretation, no matter how carefully phrased, is often ineffective. Patients' impaired capacity for symbolization results in their being less capable of accepting and processing the content and the meaning of verbal interpretation. In some cases, it has been observed that the patients in the initial phase of treatment were more responsive to adequately adjusted forms of non-verbal communication such as the tone of voice, the rhythm of speech and the non-intrusive, silent presence of the therapist. This mode of communication has a potential structuring, transforming effect in terms of integrating the subject into a symbolic system. As the patient's capacity for symbolic exchange grows, verbal interpretation becomes an effective instrument of treatment.

**Key words:** *Tourette syndrome, symbolization, pre-verbal communication*



## **Literatura**

1. Verdellen C, van der Griendt J, Hartman A, Murphy T; ESSTS Guidelines Group. European clinical guidelines for Tourette syndrome and other tic disorders. Part III: behavioral and psychosocial interventions. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(4):197-207.
2. Lacan J. *Ecrits. A selection*. New York: W.W. Norton and Company; 2002.
3. Lacan J. *The Psychoses. The seminar of Jacques Lacan*. Miller JA, editor. London: Routledge; 1993.
4. Muller J, Richardson W. *Lacan and Language. A Reader's Guide to Ecrites*. New York: International Universities Press INC; 1985.
5. Forrester J. *Language and the Origins of Psychoanalysis*. Hound mills, Basingstoke, Hampshire and London: Macmillan Press LTD; 1980.
6. Bion W. *Second Thoughts*. London: Heinemann; 1967.
7. Bion W. *Learning from experience*. London: Heinemann; 1962.
8. Jevremović P. Neki problem bitni za razumevanje odnosa između mentalizacije, ranog splittinga i projektivne identifikacije. U: *Telo, fantazam, simbol*. Beograd: Službeni glasnik; 2012. p. 195-217.
9. Jevremović P. Nad – ja (Funkcije, elementi, stanja). U: *Telo, fantazam, simbol*. Beograd: Službeni glasnik; 2012. p. 217-45.
10. Lacan J. *The Four Fundamental Concepts of Psycho-analysis*. Miller JA, editor. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis; 1977.
11. Etchegoyen H. *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. Exeter: Polestar Wheatons Ltd; 1999.
12. Brazelton B, Kramer B. *Drama jednog vezivanja*. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2002.
13. Klajn M. *Zavist i zahvalnost*. Zagreb: Naprijed; 1983.
14. Lacan J. *The Seminar of Jacques Lacan. Freud's papers on Technique*. Miller JA, editor. Book I. Cambridge, New York, New Rochelle, Melbourne, Sydney: Cambridge University Press; 1988.

---

**Doc. Dr Gordana VULEVIĆ**, Filozofski fakultet Univerzitet u Beogradu

**Assoc. Prof. Gordana VULEVIC, PhD**, Faculty of Philosophy, University of Belgrade

**E-mail:** vulevic@eunet.rs





**50**

**godina Instituta za  
mentalno zdravlje**



**V FORUM**

**Instituta za mentalno zdravlje**

Pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Republike Srbije



**O KOMORBIDITETU MENTALNIH I  
SOMATSKIH POREMEĆAJA**

**APSTRAKTI**

**11-12. april 2013.  
Srpska akademija nauka i umetnosti  
Beograd, Srbija**



**50**

**Anniversary of the  
Institute of Mental Health**



**V FORUM  
of the Institute of Mental Health**

Under auspices of the Ministry of Health, Republic of Serbia



**COMORBIDITY OF MENTAL AND  
SOMATIC DISORDERS**

**ABSTRACTS**

**11-12 April 2013  
Serbian Academy of Sciences and Arts  
Belgrade, Serbia**

**11. АПРИЛ 2013.**

17.00 – 19.30 | СВЕЧАНА САЛА

---

**СВЕЧАНО ОТВАРАЊЕ**

*Превод обезбеђен*

**ПОЗДРАВНИ ГОВОРИ**

Академик Љубиша Ракић, потпредседник САНУ  
Проф. др Славица Ђукић-Дејановић, министар  
здравља РС, председник Удружења психијатара Србије  
Академик Веселинка Шушић, секретар  
Одељења медицинских наука САНУ

**50 ГОДИНА ИНСТИТУТА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ**

Душица Лечић-Тошевски, дописни члан САНУ,  
директор Института за ментално здравље

**ХОР COLLEGIUM MUSICUM**

Диригент Даринка Матић-Маровић

Коктел – Клуб САНУ

**12. АПРИЛ 2013.**

09.00 – 11.00 | СВЕЧАНА САЛА

---

**ПЛЕНАРНА ПРЕДАВАЊА – I**

Председавајући: Веселинка Шушић  
и Душица Лечић-Тошевски

*Превод обезбеђен*

**КОМОРБИДИТЕТ – ИЗАЗОВ ЗА  
ПСИХИЈАТРИЈУ И МЕДИЦИНУ**

Душица Лечић-Тошевски, дописни члан САНУ

**PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSYCHIC MEDICINE**

Prof. George N. Christodoulou (Greece)

**SCHIZOPHRENIA NEUROMENTAL 'COMORBIDITIES' –  
A SPECIAL CASE FOR NEUROPSYCHIATRY – OR A MODEL APPROACH  
FOR ALL MENTAL DISORDERS?**

Prof. Wolfgang Gaebel (Germany)

**PSYCHIATRIC COMORBIDITY AND SOMATOFORM DISEASES –  
META-ANALYTIC STUDY**

Dr Jan Walburg (The Netherlands)

**THE SOMATIC COMPLAINS TO ACCESS  
TO PSYCHIC CARE IN ADOLESCENTS**

Prof. Michel Botbol (France)

11.00 – 11.30 – Пауза

11.30 – 13.30 | СВЕЧАНА САЛА

---

**ПЛЕНАРНА ПРЕДАВАЊА – II**

Председавајући: Владимир Костић  
и Душица Лечић-Тошевски

*Превод обезбеђен*

**ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ – ПРИМЕР НЕУРОПСИХИЈАТРИЈСКЕ  
БОЛЕСТИ**

Академик Владимир Костић

**ДИЈАБЕТЕС – ПОВЕЗАНОСТ СА  
ДЕПРЕСИЈОМ И ОБОЉЕЊИМА ЦНС**

Академик Небојша Лалић

**МЕНТАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ И ГОЈАЗНОСТ**

Академик Драган Мицић

**КОМОРБИДИТЕТ БОЛЕСТИ ЕЗОФАГУСА  
И МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА**

Академик Предраг Пешко

13.30 – 15.00 – Пауза за ручак

**50**

година Института  
за ментално здравље

**СИМПОЗИЈУМИ**

13.45 – 14.30 | САЛА 2

---

**SEROQUEL (QUETIAPINE) XR IN  
SCHIZOPHRENIA – FROM CLINICAL TRIALS  
TO REAL LIFE PRACTICE**

Prof. Joseph Peuskens (Belgium)

13.45 – 14.30 | САЛА 3

---

**СХИЗОФРЕНИЈА И ДРУГИ ПСИХОТИЧНИ  
ПОРЕМЕЋАЈИ – ТЕРАПИЈСКЕ  
МОГУЋНОСТИ И ИЗАЗОВИ**

Проф. др Славица Ђукић-Дејановић

Доц. др Савета Драганић-Гајић

## СИМПОЗИЈУМИ

15.00 – 16.00 | СВЕЧАНА САЛА

---

### **КОГНИТИВНИ ПОРЕМЕЋАЈИ И СОМАТСКЕ БОЛЕСТИ У ТРЕЋЕМ ДОБУ**

Председавајући: Славица Ђукић-Дејановић  
и Надежда Човичковић-Штернић

### **УТИЦАЈ КОГНИТИВНОГ СТАРЕЊА НА СОМАТСКЕ БОЛЕСТИ – (НЕ)ОПТИМАЛНО КОГНИТИВНО СТАРЕЊЕ**

Проф. др Славица Ђукић-Дејановић

### **БОЛЕСТ МАЛИХ КРВНИХ СУДОВА МОЗГА – ЧЕСТ УЗРОК ОПАДАЊА КОГНИТИВНИХ ФУНКЦИЈА У СТАРИЈЕМ ЖИВОТНОМ ДОБУ**

Проф. др Надежда Човичковић-Штернић

### **ИМУНОДИСРЕГУЛАЦИЈА МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА**

Доц. др Иван Јовановић

15.00 – 16.00 | САЛА 2

---

### **ТЕРАПИЈА ДЕПРЕСИЈЕ – ОПТИМИЗАЦИЈА И ИЗАЗОВИ**

#### **ДЕПРЕСИЈА И ОПТИМИЗАЦИЈА АНТИДЕПРЕСИВНЕ ТЕРАПИЈЕ**

Проф. др Горан Михајловић

#### **ЛАТА У ФОКУСУ – КЛИНИЧКИ И ФАРМАКОЛОШКИ ПРОФИЛ ЕСЦИТАЛОПРАМА**

Доц. др Срђан Миловановић

15.00 – 16.00 | САЛА 3

---

### **НОВИ ЛЕКОВИ, НОВА НАДА ЗА НАШЕ ПАЦИЈЕНТЕ**

#### **ГЕНЕРАЛИЗОВАНИ АНКСИОЗНИ ПОРЕМЕЋАЈ – ИЗАЗОВ ЗА ЛЕЧЕЊЕ**

Асист. др Милица Пејовић-Милованчевић

#### **НОВИ АНТИПСИХОТИЦИ – НОВА ШАНСА**

Асист. др Оливера Вуковић

16.00 – 16.15 – Пауза

16.15 – 17.15 | СВЕЧАНА САЛА

---

**РАДИОНИЦА 1 – ACTIVE AGEING**

Dr Jan Walburg (The Netherlands)

*Превод обезбеђен*

16.15 – 17.15 | САЛА 2

---

**ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ –  
ПАТЊА ТЕЛА И УМА**

Председавајући: Michel Botbol  
и Смиљка Поповић-Деушић

**ACTING OUT У АДОЛЕСЦЕНЦИЈИ –  
ОД ИЗАЗОВА ДО КОМОРБИДИТЕТА**  
Др Загорка Брадић и Др Сабина Јаховић

**SUFFERING BODY THROUGH THE FRENCH PSYCHOSOMATIC  
APPROACH**

Dr Athanasios Alexandridis (Greece)

**КОМОРБИДИТЕТ СИСТЕМСКОГ ЛУПУСА  
И ПСИХИЧКИХ ПОРЕМЕЋАЈА ДЕЦЕ –  
ВИШЕ ОД ИЗУЗЕТКА?**

Асист. др Милица Пејовић-Милованчевић

**ПСИХИЧКО И ТЕЛЕСНО У АУТИЗМУ –  
ИСПОД ВРХА ЛЕДЕНОГ БРЕГА**  
Др Ненад Рудић

16.15 – 17.15 | САЛА 3

---

**КАКО ДА ПОМОГНЕМО ПАЦИЈЕНТИМА  
СА СХИЗОФРЕНИЈОМ ДА ОБЛИКУЈУ  
СВОЈУ БУДУЋНОСТ?**

**ШТА СУ НАЈВАЖНИЈИ ЦИЉЕВИ У  
ТЕРАПИЈИ СХИЗОФРЕНИЈЕ?**

Проф. др Славица Ђукић-Дејановић

**ИНТЕГРАТИВНИ ПРИСТУП ЛЕЧЕЊУ СХИЗОФРЕНИЈЕ**

Проф. др Светлана Дрезгић

**ДУГОДЕЛУЈУЋИ АНТИПСИХОТИЦИ  
У СВЕТУ И КОД НАС**

Проф. др Александар Дамјановић

17.15 – 17.30 – Пауза



17.30 – 18.30 | СВЕЧАНА САЛА

---

**ПСИХОСОМАТСКЕ БОЛЕСТИ – КАДА  
ДУША ПРОГОВОРИ КРОЗ ТЕЛО**

Председајући: Савета Драганић-Гајић  
и Цветана Црнобарић

**ХИПЕРТИРЕОИДИЗАМ И ПАНИЧНИ ПОРЕМЕЋАЈ –  
ЛИЦЕ И НАЛИЧЈЕ ПСИХОСОМАТСКЕ БОЛЕСТИ**

Доц. др Савета Драганић-Гајић

**ПЛОДОВИ ГНЕВА – КОМОРБИДИТЕТ АФЕКТИВНИХ ПОРЕМЕЋАЈА  
И ИНФЛАМАТОРНИХ БОЛЕСТИ ЦРЕВА**

Асист. др Цветана Црнобарић  
и Др Јасмина Стојковић-Павловић

**СИНДРОМ СЛОМЉЕНОГ СРЦА И ДЕПРЕСИЈА**

Асист. др Оливера Вуковић, Доц. др Јелена Степановић, Академик  
Миодраг Остојић, Душица Лечић-Тошевски

**БЕЗБРОЈ ЛИЦА ДЕПРЕСИЈЕ – ИСКУСТВА  
ЛЕКАРА ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ**

Прим. др Богданка Чабак

17.30 – 18.30 | САЛА 2

---

**РАДИОНИЦА 2 – ТЕЛО У ИГРИ**

Мирјана Тркуља (Француска)

17.30 – 18.30 | САЛА 3

---

**ЗАНЕМАРЕНА ПИТАЊА У  
ПСИХИЈАТРИЈИ – ДЕПРЕСИЈА, КОГНИЦИЈА,  
СЕКСУАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ**

**АНТИДЕПРЕСИВИ – ДОБАР ПРОФИЛ –  
БОЉА КОМПЛИЈАНСА**

Проф. др Горан Михајловић

**ХЕРБАЛНА МЕДИЦИНА У КОМПЛЕМЕНТАРНОМ ТРЕТМАНУ  
ВЕЛИКИХ ПСИХИЈАТРИЈСКИХ ПОРЕМЕЋАЈА**

Проф. др Александар Дамјановић

**СЕКСУАЛНЕ ДИСФУНКЦИЈЕ У  
ПСИХИЈАТРИЈСКИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА**

Асист. др Чедо Д. Миљевић

18.30 – 18.45 – Пауза

---

18.45 – 19.45 | СВЕЧАНА САЛА

---

**СХИЗОФРЕНИЈА – ДЕЗИНТЕГРАЦИЈА  
ТЕЛЕСНОГ И МЕНТАЛНОГ**

Председавајући: Горан Михајловић  
и Чедо Д. Миљевић

**НАЈВЕЋИ СТРАХ КЛИНИЧАРА – ПОРЕМЕЋАЈИ СРЧАНОГ РИТМА  
И НАПРАСНА СМРТ У СХИЗОФРЕНИЈИ**

Проф. др Горан Михајловић

**СХИЗОФРЕНИЈА И МАЛИГНА БОЛЕСТ – ДА ЛИ  
СУ СХИЗОФРЕНИ ПАЦИЈЕНТИ ЗАШТИЋЕНИ  
ОД НЕОПЛАЗМИ?**

Проф. др Александар Дамјановић

**МЕТАБОЛИЧКИ СИНДРОМ У СХИЗОФРЕНИЈИ – ПАНДЕМИЈА  
КОЈА ОДРЕЂУЈЕ КЛИНИЧКУ ПРАКСУ**

Асист. др Чедо Д. Миљевић

---

19.45 – 20.00 | СВЕЧАНА САЛА

---

**ЗАТВАРАЊЕ ФОРУМА**

**ОДРЖАВАЊЕ ФОРУМА  
ЉУБАЗНО СУ ПОМОГЛИ:**

Alkaloid

Astra Zeneca

Hemofarm

Janssen

Pfizer

Pharma Swiss

Lundbeck

Servier

## **ОРГАНИЗАТОРИ ФОРУМА**

Одељење медицинских наука САНУ  
Институт за ментално здравље  
Удружење психијатара Србије

## **ОРГАНИЗАЦИОНИ ОДБОР**

Душица Лечић-Тошевски, председник  
Веселинка Шушић, Владимир Костић,  
Небојша Лалић, Драган Мицић,  
Миодраг Остојић, Предраг Пешко,  
Загорка Брадић, Савета Драганић-Гајић,  
Чедо Д. Миљевић, Милица Пејовић-Милованчевић, Сања  
Николић, Бојана Пејушковић,  
Смиљка Поповић-Деушић, Оливера Вуковић,  
Цветана Црнобарић, Ивана Гавриловић,  
Јелена Каличанин, Вера Јаковљевић,  
Јелена Мирић-Оцић, Татјана Правиловић, Љиљана Хаџистевић

## **ОБАВЕШТЕЊЕ**

Котизација износи 7 000,00 динара.  
Котизација се уплаћује на жиро рачун број  
840-454667-44 позив на Форум 2013.  
и укључује присуство скупу,  
штампани материјал, послужење и др.

Форум је акредитован Одлуком ЗСС  
бр. 153-02-562/2013-01 од 01.03.2013,  
Таб. ЛК А-1-749/13 са 15 бодова за пленарна предавања,  
13 за предаваче и 9 за пасивно учешће.

Адресе за слање пријава и добијање информација су:  
Институт за ментално здравље, Палмотићева 37  
Тел: 011 3236 353, Факс: 011 3226 925  
Е-mail: jelena.odzic@imh.org.rs



## **KOMORBIDITET – IZAZOV ZA PSIHIJATRIJU I MEDICINU**

**Dušica Lečić-Toševski**

Dopisni član SANU  
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu  
Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Psihijatrijski komorbiditet je veoma čest u kliničkoj praksi, a komorbiditet mentalnih i somatskih poremećaja je pre pravilo nego izuzetak. Pokazano je da su somatske bolesti, u poređenju sa opštom populacijom, mnogo prevalentnije kod osoba sa mentalnim poremećajima i obrnuto – kod somatskih bolesnika češći su mentalni poremećaji nego u opštoj populaciji. Veliki broj istraživanja pokazalo je da ovaj komorbiditet dovodi do sniženja kvaliteta života i preranog mortaliteta kod osoba sa teškim mentalnim poremećajima. Zato zaštita i unapređenje fizičkog zdravlja osoba sa mentalnim poremećajima predstavlja veliki problem javnog zdravlja i ima etički značaj. Pa ipak, iako je medicina zasnovana na dokazima postala dominantna u kliničkoj praksi i kurikulumima edukacije, opšta globalizacija i savremene metode lečenja dovele su do parcijalizacije medicine i orijentacije na bolesni organ a ne na celovitu ličnost. Neophodno je da se uspostavi dijalog između lekara koji se bave psihijatrijom i somatskih specijalista, kao i pentalog između obolele osobe, psihosocijalnih okolnosti, porodice, interpersonalnih odnosa i lekara. „Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja“ je poznati dictum medicine ali važi i obrnuto - nema mentalnog zdravlja bez fizičkog zdravlja. „Čovek je totalnost, a ne kolekcija fragmenata“, poznata je izreka. On nije dihotomno bice, već mozaik mnogih delova i dimenzija, svetlosti i senki, koji postaje celovit u kontinuiranoj interakciji sa svojim unutrašnjim svetom i svojom okolinom. Zato je neophodno prevazilaženje dihotomije između somatskog i psihičkog kao i organska integracija bioloških i psiholoških aspekata i povratak na aristotelijansku medicinu ličnosti, odnosno na holistički, multidisciplinarni pristup u dijagnostici i lečenju. Farmakogenetika i neuroplastičnost mozga ukazuju da personalizovana medicina zasnovana na dokazima ali i na vrednostima treba da bude predmet izučavanja i dobre kliničke prakse. To, razume se, sa ekspanzijom novih podataka nije lako, ali mora biti model kojem će lekari težiti, prevazilazeći usku specijalizovanost i skotomizovanje celine. Skrining za mentalne poremećaje u ordinacijama somatskih lekara i za somatske poremećaje u službama za mentalno zdravlje, vođenje računa o potencijalnim metaboličkim neželjenim dejstvima antipsihotične medikacije i somatski tretman osoba sa teškim mentalnim poremećajima treba da je sine qua non savremene medicine. Pored toga, neophodna je revizija kurikuluma edukacije lekara, sa akcentom na jedinstvo uma i tela. Multidisciplinarna procena psihijatrijskih i somatskih stanja je neophodna, što zahteva, s obzirom na to da je „znanje svih stvari“ nedostižno, naročito u pletori savremenih informacija, aktivnu saradnju između lekara opšte medicine, „somatskih“ specijalista i psihijatarata, odnosno stvaranje multidisciplinarnih timova (biheioralna kardiologija, Dialog između depresije i dijabetesa, itd). Partnerstvo za zdravlje, koje ne zanemaruje prevalentni komorbiditet mentalnih i somatskih poremećaja, deo je i novog Akcionog plana za mentalno zdravlje SZO i dokumenta EU „Zdravlje 2020“. Individualizacija dijagnostike i tretmana, odnosno personalizovana medicina deo je tih dokumenata, a novi nalazi ukazuju da se psihijatrija sve više približava neurologiji i da je možda vreme da se obnovi neuropsihijatrija, odnosno sinteza neurologije i psihijatrije, kao subspecijalizacija, ako ne i jedinstvena specijalizacija.

## Literatura:

1. De Hert M, Correl CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52-77.
2. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry*. 2009;8(1):1-2.
3. Leucht S, Burkard T, Henderson J. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:317-33.
4. Sartorius N. Physical illness in people with mental disorders. *World Psychiatry*. 2007;6(1):3-4.

## **PSYCHOSOMATIC AND SOMATOPSYCHIC MEDICINE**

**George N. Christodoulou**

President-Elect, World Federation for Mental Health  
Past President, International College of Psychosomatic Medicine

Psychological contributors to physical illness and somatic contributors to psychiatric illness are now well recognized by both psychiatrists and somatic doctors. The question is how to deal with them and who will do the job. The psychiatrist or the somatic physician? This question will be dealt with and the conclusion (as expected) will be that the degree of involvement of the psychosomatic or somatopsychic approach and the respective therapists will be decided upon on the basis of the degree of involvement of the various contributing parameters. For instance, in the case of organic psychosyndromes, although the clinical picture is psychiatric the pathogenetic contribution is solely or primarily organic, somatic. So, in this case it is the somatic physician who will deal with the case and will determine the somatic aetiological factors that have produced the confusional state or the organic psychosis. On the contrary in Hysteria (conversion neurosis) the manifestation is usually somatic but the condition is typically psychological. There is no doubt that the psychological physician, the psychiatrist has the responsibility for it. There are, however cases in which the situation is 50-50. What do we do in these cases? The answer is simple. We collaborate. This is a rare opportunity to carry out reciprocal instruction. The somatic physician will be instructed how to listen and the psychiatrist will be taught how to value priorities. Other situations in which there is an overlap of somatic and psychological symptoms will be dealt with and the dynamics that determine the use of the body for the expression of emotions will be discussed.

### References:

1. Christodoulou GN. Psychosomatic Medicine. Plenum Press, New York, 1987.
2. Christodoulou GN. and collaborators. Psychiatriki, Beta Publishers, Athens, 2000

## **SCHIZOPHRENIA NEUROMENTAL 'COMORBIDITIES': A SPECIAL CASE FOR NEUROPSYCHIATRY– OR A MODEL APPROACH FOR ALL MENTAL DISORDERS?**

**Wolfgang Gaebel**

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Germany

Schizophrenia has always been associated with e.g. somatic, vegetative, brain structural and functional abnormalities. In recent times the focus of interest is mainly on (epi-) genetic and brain functional measures [1]. Whether these findings are to be conceptualized as independent or intrinsically – if not causally – associated 'comorbidities' of the morbid schizophrenia process 'per se', is still an open question. Instead, the discussion has shifted to whether there are endophenotypes or biomarkers on different levels contributing to the various clinical phenotypes of the 'group of schizophrenias'. [3] Neuropsychiatry is the subdiscipline between neurology and psychiatry working at the interface of both – assessing both mental/behavioral and neuroscientific, hence 'neuromental' or 'neurobehavioral' phenomena and their interrelationship. Schizophrenia and its spectrum of psychotic disorders is a case for neuropsychiatry since it usually displays phenomena on 'both sides of the coin' – with their relationship to be clarified. The 'neuromental' approach conceptually holds that the relationship is one of a complex modularity [2] and bidirectionality. Whereas the recent revisions of ICD-10 [3] and DSM-IV [4] refrain from including the 'neuro' – side because of as yet insufficient empirical evidence for its diagnostic value, the experimental NIMH-funded RDoC approach [5] to mental disorders as a prelude to a future classification system is currently exploring just this potentiality. Psychiatry needs to be multiperspective and multidisciplinary – covering both mental and somatic (embracing of course body and brain) 'comorbidities', whether they are causally interrelated or coincide by chance. Neuropsychiatry, neuropsychology, psychosomatics, somatopsychiatry etc. are all part of this concept. The presentation will pick up a neuropsychiatric view of schizophrenia as an example within this broader concept of psychiatry covering other illness categories as well.

### References:

1. Gaebel W, Zielasek J. Integrative etiopathogenetic models of psychotic disorders: methods, evidence and concepts. *Schizophr Bull.* 2011;37 Suppl 2:S5-12.
2. Zielasek J, Gaebel W. Modern modularity and the road towards a modular psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258 Suppl 5:60-5.
3. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull.* 2012;38(5):895-8.
4. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland HR. Classifying psychosis - Challenges and opportunities. *Int Rev Psychiatry.* 2012;24(6):538-48.
5. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry.* 2010;167(7):748-5.



## **PSYCHIATRIC COMORBIDITY AND SOMATOFORM DISEASES – META-ANALYTIC STUDY**

**Jan Walburg**

Trimbos Institute, Utrecht, Netherlands

At the national Institute for mental health and addiction in the Netherlands - the Trimbos Institute, we performed a thorough literature review into the correlation between somatic diseases and psychiatric diseases. We found clear evidence with asthma, COPD and arthritis, of comorbid depression and anxiety as well as between diabetes and depression. Of many of the other somatic diseases, we found consistent results in cross sectional studies that many of these diseases are related to comorbid depression. In view of this it would be advisable to stimulate the integral treatment of somatic and psychiatric comorbidity for patients with CVA, diabetes mellitus, cardiovascular disease and asthma/COPD. Especially interventions directed at the improvement of resilience and well being in people with chronic somatic diseases seems a good start in addressing comorbid problems. Apart from these somatic and psychiatric diseases it is also important to address somatoform diseases like chronic fatigue, fibromyalgia, burn-out, lower back aches, RSI and so forth. These problems account for a third of the people on disability benefit and represent a great problem in society and healthcare costs. Patients' associates are battling for recognition of these problems and evidence (Cochrane) shows that two interventions are effective: cognitive therapy and fitness training. The rest of the interventions seem to be without consistent effect. During his introduction, Jan Walburg will discuss these findings in its consequences for guidelines and treatment.

## **THE SOMATIC COMPLAINS TO ACCESS TO PSYCHIC CARE IN ADOLESCENTS**

**Michel Botbol**

University of Western Brittany and  
Brest University Hospital, France

The adolescent's reluctance to ask for psychic cares is a well documented characteristic of this age, and one of the major stakes of Adolescent Psychiatry. It can be considered not only as a difficulty for the treatment of suffering adolescents but also as an index of the severity of their psychological distress. A comprehensive psychological approach of this problem shows that the effect of the adolescence's process on bonding plays a major role on this reluctance that go hand in hand with a tendency to overinvest acting and body to avoid the psychological pain related to the separation induced by this process. Bodily modifications due to puberty are another central issue in adolescence. Body related symptoms, behaviors and complains are frequent at this age reminding us of the difficult tasks adolescents have to face to deal with this last phase of their psychosexual development. This intervention will put together these two set of clinical observations to consider if somatic complains can be used as an excuse to overcome the adolescents reluctance to recognize their psychological distress, to demand attention in this domain and to accept or at least tolerate the cares that are proposed to them to answer to their psychological needs, that is to say **to** improve distressed adolescents early access to psychic cares. It will be illustrated by examples stemming from Les Maisons des Adolescents (Adolescents' Houses) recently developed with this aim, in most French regions, and in some other countries.

## **PARKINSONOVA BOLEST – PRIMER NEUROPSIHIJATRIJSKE BOLESTI**

**Akademik Vladimir S. Kostić**

Srpska akademija nauka i umetnosti  
Klinika za neurologiju KCS  
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Mada se dijagnoza Parkinsonove bolesti (PB) zasniva na motornim simptomima i znacima, njoj često prethode ili prate njen tok, različita kognitivna i psihijatrijska ispoljavanja. Uz najčešće istraživanu demenciju, depresiju i psihozu, postoji i čitav niz, ne manje čestih i klinički značajnih, psihijatrijskih poremećaja tipa poremećaja kontrole impulsa, anksioznih poremećaja, apatije i poremećaja spavanja i budnosti. Nažalost, oni su često neprepoznati i nelečeni ili neadekvatno tretirani. Navedeni poremećaji bitno onesposobljavaju bolesnika i u najvećem delu studija o kvalitetu života, upravo su oni, a ne motorni problemi u PB, ključna odrednica kvaliteta života. Uprkos razvoju novih antidepresivnih lekova, atipičnih neuroleptika, i inhibitora holinesteraze, koji nesumnjivo doprinose boljoj kontroli tzv. “nemotornih simptoma” u PB, efekat je uglavnom suboptimalan. Za uspešniju kontrolu PB kognitivni i psihijatrijski simptomi i znaci predstavljaju novi izazov koji, međutim, prvo treba sagledati, klasifikovati, razumeti etiopatogenezu, a konačno i specifično lečiti.

## **DIJABETES – POVEZANOST SA DEPRESIJOM I OBOLJENJIMA CNS**

**Akademik Nebojša M. Lalić**

Srpska akademija nauka i umetnosti  
Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma KCS  
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Dijabetes mellitus je metabolički poremećaj koji nastaje usled neadekvatne sekrecije insulina i/ili smanjene insulinske senzitivnosti. U prethodnim radovima je pokazano da dijabetes, kako tip 1 (T1D), tako i tip 2 (T2D), može biti u osnovi oboljenja centralnog nervnog sistema (CNS), pre svega cerebrovaskularnih i neurodegenerativnih oboljenja. Naime, poznato je da je dijabetes udružen sa povećanim rizikom za razvoj ateroskleroze i cerebrovaskularnih oboljenja, a sa druge strane nezadovoljavajuća metabolička kontrola dijabetesa dovodi ne samo do promena u mikrocirkulaciji, već i u kognitivnoj funkciji i strukturi mozga. Rezultati brojnih kliničkih i epidemioloških longitudinalnih studija su ukazali da pacijenti sa dijabetesom imaju češće blagi do umereni poremećaj kognitivne funkcije u odnosu na zdravu populaciju, a precipitirajućim faktorima se smatraju nezadovoljavajuća metabolička kontrola bolesti, učestalost hipoglikemijskih epizoda, dužina trajanja dijabetesa, udruženost hipertenzije i cerebrovaskularnih komplikacija. S druge strane, pokazano je da pacijenti sa dijabetesom tri do četiri puta češće obolevaju od depresije u odnosu na nedijabetičare, imaju teži tok bolesti i deset puta veći rizik od suicida, što ukazuje da se razvoj i progresija depresije mogu smatrati važnom hroničnom komplikacijom dijabetesa. U nastojanju da utvrde osnove ove povezanosti, novije studije ukazuju da dijabetes može brojnim mehanizmima uticati na poremećaj neuroplasticiteta, koji se definiše kao sposobnost CNS da se prilagodi i reaguje na promene u okolnom miljeu. Naime, deficit neuroplasticiteta, u morfološkom, bihejvioralnom i elektrofiziološkom smislu, mogao bi biti u osnovi povećanog rizika za razvoj komorbiditeta u CNS, pre svega depresije u pacijenata sa dijabetesom. Istovremeno, poznato je da insulin ostvaruje značajnu ulogu ne samo u perifernom već i u centralnom energetsom metabolizmu, prolazi krvno-moždanu barijeru, i odgovoran je za održanje neuroplasticiteta. Međutim, pokazano je da u dijabetesu, pogotovu u uslovima dugotrajne periferne hiperinsulinemije i insulinske rezistencije, postoji smanjen nivo insulina u cerebrospinalnoj tečnosti što je jedan od potencijalnih mehanizama razvoja neuroloških komplikacija dijabetesa. Takođe, smatra se da nezadovoljavajuća glikoregulacija u smislu naizmeničnih hiperglikemija i/ili hipoglikemijskih epizoda doprinosi u značajnoj meri razvoju navedenih komplikacija. U istom smislu, dijabetes dovodi do disbalansa između prooksidantne i antioksidantne kaskade u CNS, što može takođe biti u osnovi deficita neuroplasticiteta u dijabetesu. Istovremeno, uvidom u rezultate kako eksperimentalnih, tako i kliničkih studija, u osnovi depresije u dijabetesu može biti i poremećaj aktivnosti hipotalamo-hipofizno-adrenalne osovine, što se ispoljava porastom bazalnog nivoa hormona stresa, pre svega porastom nivoa kortizola, kako bazalno, tako i profilu, kao i poremećajem reakcije na stres. U celini, rezultati novijih studija ukazuju ne samo na vrlo značajnu povezanost dijabetesa sa depresijom kao i sa cerebrovaskularnim i neurodegenerativnim oboljenjima već i sugerišu istovremeno da ne samo adekvatna kontrola glikemije nego i adekvatna insulinizacija i smanjenje insulinske rezistencije mogu biti zajednički putevi intervencije u smanjenju rizika za pojavu ovih oboljenja CNS u dijabetesu.

## **MENTALNI POREMEĆAJI I GOJAZNOST**

**Akademik Dragan Micić**

Srpska akademija nauka i umetnosti  
Klinika za endokrinologiju, dijabetes i bolesti metabolizma KCS  
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Mentalni poremećaji su često povezani sa pojavom gojaznosti, te je, na primer, gojaznost konstatovana u oko 60 % bolesnika sa bipolarnim poremećajima, 70 % bolesnika sa shizofrenijom i u oko 55 % bolesnika sa depresijom. Mehanizam koji povezuje ova dva entiteta je komplikovan i kompleksan. Dosadašnja epidemiološka istraživanja su ukazala na značajna preklapanja u epidemiji gojaznosti i mentalnih poremećaja koja je zahvatila savremeno čovečanstvo. Mentalna oboljenja često dovode do povećanja telesne težine sa jedne strane, dok je, sa druge strane, u većine gojaznih bolesnika koji se obraćaju lekarima radi terapije gojaznosti, moguće prepoznati čitav spektar mentalnih poremećaja različitog intenziteta ispoljavanja, od sasvim laganih, do izuzetno komplikovanih. Stoga je procena mentalnog statusa postala sastavni deo svakog terapijskog protokola namenjenog korekciji gojaznosti. Mentalna oboljenja se moraju razmotriti kao mogući etiološki faktor u svake osobe u koje dođe do ekscenog povećanja telesne težine usled prekomernog unosa hrane ili smanjenog obima fizičke aktivnosti. U terapijskom pristupu gojaznosti primenjuju se različiti psihoterapeutski pristupi, sa neujednačenim terapijskim uspehom (kognitivno-bihevioralna terapija, interpersonalna terapija, motivacioni intervjui, i sl.). Medikamentozno lečenje gojaznosti uključuje terapijske intervencije na nivou dopaminergičkog, serotoninergičkog, endokanabinoidnog, opijatnog i drugih sistema unutar perifernog i centralnog nervnog sistema, što ukazuje na moguće preklapanje između kontrole apetita i mentalnog zdravlja. Poslednjih godina se sve više primenjuje metabolička hirurgija u cilju korekcije gojaznosti i prema savremenim vodičima za primenu metaboličke hirurgije, ekstremno gojazni bolesnici sa dobrom kontrolom mentalnih poremećaja su kandidati za ovu vrstu terapijske intervencije, a prema nekim podacima ova populacija bolesnika je i najviše zastupljena među bolesnicima koji se podvrgavaju ovoj vrsti terapijske intervencije. Nedavno je pokazano da kod bolesnika koji su podvrgnuti nekim od terapijskih postupka metaboličke hirurgije u cilju korekcije gojaznosti, dolazi postoperativno do povišenja rizika za povećan unos alkohola.

## KOMORBIDITET BOLESTI EZOFAGUSA I MENTALNIH POREMEĆAJA

**Akademik Predrag Peško**

Srpska akademija nauka i umetnosti  
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu  
Klinika za digestivnu hirurgiju – Prva hirurška klinika KCS

Dobro je poznato da postoji jasna interakcija između psiholoških i fizioloških aspekata gastrointestinalnih bolesti, kao i ezofagealnih simptoma. Zahvaljujući ovim saznanjima razvijeno je nekoliko multidisciplinarnih terapijskih koncepata na bazi bio-psiho-fiziološke povezanosti. U svakodnevnoj kliničkoj praksi lekar koji se bavi tretmanom bolesti jednjaka, može jasno da uoči povezanost između psihološkog statusa bolesnika sa prisustvom simptoma. Najčešće benigno oboljenje jednjaka je gastroezofagealna refluksna bolest (GERB). U nekoliko studija čak do 60% bolesnika sa GERB-om prijavljuje pogoršavanje tegoba u momentu stresa. Objektivno merenje količine kiseline u jednjaku na bazi 24 časovne pH metrije jednjaka, ukazalo je na postojanje povišenih vrednosti patološkog refleksa kiseline u jednjaku kod oko 20% pacijenata. Ukazano je i da postoji jasna povezanost između stresa i pojave simptoma funkcionalne gorušice i pseudoanginoznog retrosternalnog bola porekla hiperkontraktilnosti jednjaka. Postoji direktna i dokazana korelacija stresa i oslabljene postprandijalne relaksacije donjeg ezofagealnog sfinktera. Prema našem iskustvu, retrospektivnom analizom istorija bolesti bolesnika koji su zbog ahalazije operisani u Centru za hirurgiju jednjaka Prve hirurške klinike, pokazano je da je kod preko 50% bolesnika početak disfagičnih tegoba bio povezan za pojavom stresa, odnosno da je u toku bolesti disfagija pogoršavana u momentima psihičke napetosti. Takođe, većina ispitanika navodi pojavu retrosternalnog tupog bola u momentu stresa. Još jedno oboljenje koje ima direktnu korelaciju između ezofagealne simptomatologije i stresa je difuzni spazam jednjaka. Prema našem iskustvu, kod preko 2/3 bolesnika početni napad oboljenja u vidu jakog retrosternalnog bola i otežanog gutanja desio se u toku stresne situacije, ili u stanju prolongirane psihičke napetosti. Jasna povezanost postoji i između takozvanog globus faringealisa koji se manifestuje cervikalnom disfagijom i pojačane psihičke napetosti. Ovo oboljenje obično se javlja kod mladih žena i spontano vremenom prolazi. U kurativnom smislu psihosomatska asocijacija ezofagealnih oboljenja i stresa indirektno se može dokazati empirijskom primenom tricikličnih antidepresiva, jer se u većini funkcionalnih oboljenja jednjaka može ostvariti dobro simptomatsko poboljšanje.

Posebnu grupu bolesnika u Centru za hirurgiju jednjaka predstavljaju bolesnici kod kojih je nakon ingestije korozivnih sredstava u cilju suicida došlo do razvoja stenoza jednjaka. U periodu od 1964. do 2010. godine na Prvoj hirurškoj klinici zbog razvoja postkorozivne stenoze jednjaka tretirano je 384 bolesnika kod kojih je učinjena substitucija obolelog jednjaka interpozicijom kolona. Preko 70% bolesnika bile su žene. Nakon sprovedenog hirurškog lečenja, kod većine bolesnika dolazi do poboljšanja psihičkog statusa, posebno u grupi mladih žena. Jedna pacijentkinja je nakon ovako sprovedenog lečenja pokušala suicid ponovo.

## **UTICAJ KOGNITIVNOG STARENJA NA SOMATSKE BOLESTI – (NE) OPTIMALNO KOGNITIVNO STARENJE**

**Slavica Đukić Dejanović, Milica Borovčanin**

Klinika za psihijatriju, Klinički centar Kragujevac  
Medicinski fakultet, Univerzitet u Kragujevcu

Starije životno doba odlikuje povećanje prevalencije somatskih bolesti i pad kognitivnih potencijala osobe. Razumevanje uticaja hroničnih bolesti na optimalno kognitivno funkcionisanje je važno, jer u starijem životnom dobu kognitivne izmene mogu biti pogrešno dijagnostikovane kao rani stadijum demencije. Sprovedena istraživanja u najvećem broju nisu uključivala pacijente sa komorbiditetom različitih somatskih oboljenja, jer je cilj bio da se utvrdi jednoznačna povezanost baš određene bolesti i kognitivnog pada. Realnost je da 50% starih osoba ima dve ili više hroničnih bolesti, pa primena ovakve metodologije u studijama ne daje pravu sliku. Pozno životno doba nosi veći rizik za nastanak određenih somatskih bolesti (infarkt miokarda, moždani udar, dijabetes melitus), uz rizik za komorbiditetnu depresiju. Depresija je čest "pratilac" mnogih somatskih bolesti: nagoveštava ih, javlja se istovremeno sa njima, nastaje kao njihova posledica ili ih čak dodatno pogoršava. Kognitivno oštećenje i mentalni poremećaji (npr. depresija, koja sa svoje strane vodi oštećenju kognicije) najčešće koreliraju sa somatskim bolestima. Uzimajući u obzir prevalencu depresije u somatskim bolestima i moguće difenecijalno-dijagnostičke nedoumice u odnosu na demenciju, potrebno je posebno pažljivo razmotriti u kliničkom radu zapažen fenomen "pseudodemencije". Komplementarna sa kliničkim istraživanjima, bazična istraživanja pružaju nova saznanja o starenju mozga. Moždana aktivnost u starenju je pojačana u pojedinim regionima (frontalni region), a pokazane su i izmene u metabolizmu i poremećaji citokinske mreže mozga. "Pozitivna" neuropsihologija i kognitivna "rezerva" bude nade za terapijske mogućnosti zbog striktnih relacija moždana struktura - manifestno ponašanje i zaštitu od kognitivnog propadanja. Vođenje bolesti se definiše kao sistem koordinisanih intervencija vezanih za medikaciju, zdravstvenu negu, komunikaciju sa obolelim, uz oslanjanje na korišćenje potencijala samog pacijenta da brine o sebi. Adekvatne tehnike lečenja osoba starijeg životnog doba treba da budu bazirane na činjenici da su zdravstvena oštećenja, limitirana aktivnost i personalna svojstva osoba u međusobnoj "feedback" relaciji. Autonomnost i nezavisnost starijih osoba ostaju duže očuvane primenom pravilnih tehnika vođenja somatskih i mentalnih bolesti ovog životnog doba, a što se odražava usporavanjem kognitivnog propadanja.

### Literatura:

1. Kapur N, Cole J, Manly T, Viskontas I, Ninteman A, Hasher L, Pascual-Leone A. Positive Clinical Neuroscience: Explorations in Positive Neurology. *Neuroscientist*. 2013 Jan 3.
2. Goh JO, Beason-Held LL, An Y, Kraut MA, Resnick SM. Frontal function and executive processing in older adults: Process and region specific age-related longitudinal functional changes. *Neuroimage*. 2012 Dec 22. pii: S1053-8119(12)01211-6. doi: 10.1016/j.neuroimage.2012.12.026.
3. Stranahan AM, Mattson MP. Metabolic reserve as a determinant of cognitive aging. *J Alzheimers Dis*. 2012; 30 Suppl 2:S5-13.
4. Comijs HC, Kriegsman DM, Dik MG, Deeg DJ, Jonker C, Stalman WA. Somatic chronic diseases and 6-year change in cognitive functioning among older persons. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48(2):191-6.
5. Bodles AM, Barger SW. Cytokines and the aging brain - what we don't know might help us. *Trends Neurosci*. 2004;2(10):621-6.

## **BOLEST MALIH KRVNIH SUDOVA MOZGA – ČEST UZROK OPADANJA KOGNITIVNIH FUNKCIJA U STARIJEM ŽIVOTNOM DOBU**

**Čovičković Šternić N, Pavlović A, Mijajlović M, Aleksić V,  
Zidverc Trajković J, Radojčić A, Jovanović Z**

Klinika za neurologiju Kliničkog Centra Srbije,  
Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Danas je poznato da je u Evropi oko 5% opšte populacije iznad 65 godina pogođeno demencijom, a do 85 godine života taj se procenat penje na 25%. Posmatrano globalno za svetsku populaciju, podaci su veoma slični, naime procenjuje se da trećina devedesetogodišnjaka podleže demenciji. Vaskularna demencija (VaD) je druga demencija po učestalosti (15-25% svih demencijih), odmah iza degenerativne demencije Alzheimerovog tipa (AD). Od ove vrste demencije obolevaju osobe sa vaskularnim faktorima rizika. Granica između AD i VaD i dalje je nejasna. Bolest malih krvnih sudova mozga (BMKS) ima važnu ulogu u cerebrovaskularnim bolestima i predstavlja vodeći uzrok kognitivnog opadanja i gubitka funkcionalnosti kod starijih osoba. Zbog toga bi trebalo da BMKS budu glavni cilj za preventivne i terapijske strategije. BMKS je prevalentni, a podcenjeni uzrok VKO. Tako, 20% starijih osoba ima "neme" ishemije, dok 25% simptomatskih ishemijskih infarkta nastaje kao posledica BMKS. Dakle, simptomatska subkortikalna ishemijska BMKS je najčešći i najhomogeniji uzrok kognitivne narušenosti u odmaklom životnom dobu. Postavlja se pitanje kojim mehanizmom BMKS narušavaju kognitivne funkcije. Mali infarkti ili inkompletna ishemija unutar moždane bele mase, BG i moždanog stabla narušavaju prefrontalne subkortikalne krugove i talamo-kortikalne krugove. Subkortikalna ishemijska vaskularna bolest tipična je za disegzekutivni sindrom bez ili sa oštećenjem memorije. U našoj studiji koja je obuhvatila 294 bolesnika sa BMKS (Pavlović A, Mijajlović M, Zidverc Trajković J, Radojčić A, Jovanović Z, Aleksić V, Šternić N) utvrdili smo da je kod bolesnika sa BMKS kognitivno oštećenje povezano sa: starijim životnim dobom, funkcionalnim statusom, postojanjem lezija bele mase, kao i težinom konfluentnih lezija bele mase. Kao nezavisni prediktori kognitivnog oštećenja utvrđeni su funkcionalni status i težina lezija bele mase. Evaluacija i optimalna kontrola vaskularnih faktora rizika ostaje integralni deo terapije kognitivne narušenosti izazvane BMKS.



## **IMUNODISREGULACIJA MENTALNIH POREMEĆAJA**

**Ivan Jovanović**

Centar za molekulska medicinu i ispitivanje matičnih ćelija,  
Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu

Kliničke i eksperimentalne studije su nedvosmisleno pokazale da postoji disfunkcija urođene i stečene imunosti u psihijatrijskim oboljenjima. Postoji jasan poremećaj mehanizama urođene imunosti koji između ostalog dovode do patoloških stanja kao što je metabolički sindrom. Interakcija sa mehanizmima stečene imunosti nije jasna. Eksperimentalni rezultati ukazuju da deficijencija T limfocita indukuje kognitivna i bihejvioralna oštećenja koja mogu biti uzrok demencija vezanih za starenje. U kliničkim studijama odnosa T ćelijskih subpopulacija i njihovih produkata u cirkulaciji kao i efekti antipsihotika na promene odnosa T limfocita i njihovih citokina i korelacija sa uspehom terapije je danas u fokusu istraživanja. U našim skorijim radovima (Borovcanin et al. *Journal of Psychiatric Research* 46: 1421-1426; 2012 i *Schizophrenia Research* 145: hhh; 2013) mi smo fokusirali istraživanja na nivo T1 (TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$ ), T2 (IL-4), T17 (IL-17) i regulatornih citokina (TGF- $\beta$ , IL-10, IL-6) u pacijenata sa shizofrenijom. Smanjen serumski nivo IL-17 ukazuje na snižen T17 odgovor kod psihotičnih pacijenata, pre primene terapije. Povišene vrednosti IL-4, upućuju na pojačan T2 odgovor kod istih pacijenata u korelaciji sa pojačanom produkcijom imunosupresivnog TGF- $\beta$ . Atipični i tipični antipsihotici su značajno snizili serumske vrednosti IL-4, a povećali imunosupresivnog TGF- $\beta$ . Relativan odnos proinflatornih T1 citokina i regulatornog TGF- $\beta$  je u negativnoj korelaciji sa PANSS i opštim i negativnim psihopatološkim skorom. Na kraju, populaciona istraživanja koja pokazuju korelaciju atopijskih oboljenja i gluten zavisne enteropatije sa shizofrenijom, ukazuju na prevagu T2 odgovora kao značajnog patogenetskog činioca u biološkoj osnovi nekih psihijatrijskih oboljenja.

## **ACTING OUT U ADOLESCENCIJI – OD IZAZOVA DO KOMORBIDITETA**

**Zagorka Bradić, Sabina Jahović**

Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Kada razmatramo acting out tokom adolescencije, moramo uzeti u obzir različita značenja ovog čina, koja idu od zdravih potreba adolescenta za sopstvenim prostorom i granicama, do ponavljanja traumatskih iskustava koja na nasilan način narušavaju telesne i prostorno – vremenske granice. Iskustvo nam pokazuje da je acting out karakteristika adolescencije, kao što je igranje karakteristika detinjstva ili komunikacija kroz jezik karakteristika odraslog doba. Možemo smatrati da je acting out fenomen tipičan za adolescenti period. Suočen sa telom koje se rasteže, menja i raste u svim pravcima, baš kao i njegov um – adolescent više nije onaj koji je bio. Njegovim psihičkim životom dominira doživljaj neizvesnosti i nemogućnosti kontrole, dok slika tela postaje difuzna. Uхваćen između zavisnosti i nezavisnosti, idealizacije i devalorizacije, ambivalentno oscilujući između najekstremnijih osećanja, adolescent proživljava krizu identiteta. Primitivni nagoni i sa njima povezane fantazije, pojačane do krajnjih granica, mobilisu se i prazne kroz acting out, suprostavljajući se stanju dezintegracije. Na taj način adolescent postiže kompromis između omnipotentih fantazija i privremeno oslabljenog ega. U radu ćemo se baviti zajedničkim karakteristikama acting out ponašanja tokom adolescencije, karakteristikama adolescenata koji ga ispoljavaju, ograničenjima psihijatrijske nosologije sa kojima nas suočavaju, teškoćama i iznad svega, kompleksnošću psihodinamskog pristupa, posebno u okviru striktnog terapijskog setinga Dnevne bolnice za adolescente. Primerom iz kliničke prakse ilustrovaćemo kako je telo graničnog adolescenta, kroz acting out bilo ugroženo ozbiljnom somatskom bolešću i kako je druga somatska bolest kod istog adolescenta bila acting out i razlog prekida terapije u trenutku prorade patologije vezivanja i/ ili konflikta zavisnost-nezavisnost.

## **SUFFERING BODY THROUGH THE FRENCH PSYCHOSOMATIC APPROACH**

**Athanasios Alexandridis**

Private Practice, Athens, Greece

The main theses of the French psychoanalytic theories concerning the psychosomatic unity and the genesis of the psychosomatic diseases will be presented critically. Special topics like the functions of the mother to hold, contain and metabolize the infans sensations and reactions in order to promote his/her mentalization will be examined as the necessary model for the setting of the therapy. Clinical examples will illustrate the author's practice.

## KOMORBIDITET SISTEMSKOG LUPUSA I PSIHIČKIH POREMEĆAJA DECE – VIŠE OD IZUZETKA?

Milica Pejović-Milovančević

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

Sistemski lupus eritematoses (SLE) je multisistemska, autoimuna bolest nepoznate etiologije, koja pogađa mnoge organske sisteme, naročito kožu, zglobove, krv i bubrege, uključujući i centralni nervni sistem. SLE je retka bolest koja se javlja godišnje kod 5 milion dece u svetu; početak je redak pre pete godine i neuobičajen pre adolescencije, a odnos ženskog pola prema muškom u periodu adolescencije je 9:1. Kod mlade dece, pre puberteta, odnos je viši u korist muškog pola. Kliničke manifestacije SLE kod dece i adolescenata slične su manifestacijama kod odraslih. Ipak, bolest se brže menja i teža je u odnosu na odrasle osobe. Neuropsihijatrijske manifestacije prisutne su kod 25% dece i adolescenata sa pedijatrijskom SLE, a kod 70% pojavljuju se u prvoj godini dijagnoze. Najčešće su glavobolja (66%), psihoza (36%), kognitivna disfunkcija (27%) i cerebrovaskularna bolest (24%). Terapija neuropsihijatrijskih manifestacija SLE zasniva se na rezultatima prospektivnih studija - preporučuju se imunosupresivna kombinovana terapija koja se sastoji od visokih doza prednizona i druge linije lekova, kao što su azatioprin ili ciklofosamid. Efekat novih terapija se i dalje proučava, a neželjeni efekti mogu biti uzrok neuropsihijatrijskih manifestacija kod dece. Ishod SLE sa neuropsihijatrijskim manifestacijama je relativno dobar – sveukupno preživljavanje je 95-97%. Ipak, 25% pacijenata ima trajna neuropsihijatrijska oštećenja. Uprkos relativno visokoj prevalenci neuropsihijatrijskih znakova, ne postoji jasan konsenzus između stručnjaka o terapijskim postupcima zbog čega je u lečenju dece sa SLE neophodan multidisciplinarni timski pristup i saradnja sa službom za dečju psihijatriju. U radu će biti prikazan slučaj jedanaestogodišnje devojčice obolele od SLE sa komorbidnom teškom depresivnom epizodom sa psihotičnim karakteristikama, kod koje je uspešno primenjena terapija psihofarmacima kao dodatak imunosupresivnoj terapiji i pokazana je uspešna saradnja između službi. Kako ovaj slučaj nije izuzetak, kod dece i adolescenata sa problemima mentalnog zdravlja neophodna je sveobuhvatna dijagnostika mentalnog i somatskog stanja, jer oni su uvek povezani i značajno utiču jedno na drugo.

### Literatura:

1. Benseler SM, Silverman ED. Neuropsychiatric involvement in pediatric systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2007;16(8):564-71.
2. Pejovic Milovancevic M, Miletic V, Deusic SP, Gajic SD, Tosevski DL. Depression with psychotic features in a child with SLE: successful therapy with psychotropic medications-case report. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Oct 10. [Epub ahead of print]
3. Muscal E, Nadeem T, Li X, Mian A, Harris TB. Evaluation and treatment of acute psychosis in children with Systemic Lupus Erythematosus (SLE): consultation-liason service experience at a tertiary-care pediatric institution. *Psychosomatics*. 2010;51(6):508-14.

## **PSIHIČKO I TELESNO U AUTIZMU – ISPOD VRHA LEDENOG BREGA**

**Nenad Rudić**

Institut za mentalno zdravlje, Beograd

Novija istraživanja govore o značajnom porastu prevalencije razvojnih poremećaja iz spektra autizma. Broj dijagnostikovane dece i mladih je deset do petnaest puta veći nego pre pedeset godina, što ovaj neurorazvojni poremećaj čini jednim od najčešćih u tom dobu. Uporedo sa promenama razumevanja i dijagnostikovanja ovoga stanja i dalje su otvorena pitanja nastanka i evolucije poremećaja, kao i odgovarajućeg tretmana. Na prvi pogled bi se moglo reći da se ranija i savremena shvatanja o etiologiji autističnog poremećaja umnogome razlikuju, ali to može biti i pogrešan zaključak. Psihičko i telesno su ovde veoma blizu, priljubljeni, što možda govori o teškoćama diferencijacije jednog od drugog. Tako shvaćeni mnogi telesni simptomi nisu nikada samo telesni, niti su psihički simptomi samo psihički. Novija istraživanja ukazuju da se brojna druga somatska i psihopatološka stanja javljanju kod dece i mladih sa autizmom, češće nego u opštoj populaciji. S obzirom da granice poremećaja često određuju šta je moguće razumeti kao komorbidno stanje, a da se te granice menjaju sa promenama shvatanja i klasifikatornih sistema, otvorenost za pojave izvan te granice je veoma značajna. U radu se razmatraju najčešća komorbidna stanja i ukazuje se na značaj sprovođenja procena koje prevazilaze samo usmerenost na otkrivanje simptoma koji opravdavaju dijagnostikovanje ovog poremećaja. Diskutuje se i mogući značaj proširivanja shvatanja komorbidnosti kod dece sa ovim razvojnim poremećajem, na nivo simptoma, a ne samo definisanih dijagnostičkih kategorija. Detektovanje komorbidnih stanja je neophodno, kako u razumevanju nastanka, tako i unapređenju opšte medicinske nege i razvoja dece i mladih sa ovim neurorazvojnim poremećajem.

## **ACTIVE AGEING**

**Jan Walburg**

Trimbos Institute, Utrecht, Netherlands

Old age is associated with many problems. Examples are: old age is responsible for diseases, for depression, for cognitive problems, for loneliness and is extremely costly for society. At the same time our life expectancy is rising fast and our societies are ageing. Many people have at age 65 a healthy perspective of about 10 to 20 years and it is a waste that many of these people do not contribute to society any more. That is a big loss in mental capital. In his workshop on active ageing, Jan Walburg discusses many of the myths regarding old age and discusses ways of supporting elderly people in participating and contributing to society.

## **HIPERTIREOIDIZAM I PANIČNI POREMEĆAJ – LICE I NALIČJE PSIHOSOMATSKE BOLESTI**

**Saveta Draganić-Gajić**

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

Hipertireoidizam se uključuje u grupu psihosomatskih poremećaja s obzirom na multifaktorsku interakciju psiholoških faktora (vulnerabilnost na stres), genetskih činilaca, imunoloških faktora i određenih činilaca u vezi sa polom. Kada je reč o komorbiditetu, hipertireoidizam se najčešće javlja udruženo sa nekim od anksioznih poremećaja, između ostalih, i sa paničnim poremećajem. Sličnost u kliničkoj prezentaciji i česta udruženost ukazuju na sličnosti između ovih poremećaja. Tiroidna disfunkcija, sa druge strane, ustanovljena je kod niza mentalnih poremećaja, najčešće upravo kod depresivnog i anksioznog poremećaja (panični poremećaj, generalizovani anksiozni poremećaj). Većina dosadašnjih istraživanja, decenijama unazad, usmerenih na ispitivanje prirode psihosomatskog koncepta hipertireoidizma bila su pretežno kvalitativna, bazirana na psihodinamičkim tumačenjima pojedinačnih slučajeva. Rezultati savremenih psihobioloških studija ličnosti otvaraju, međutim, novu perspektivu u istraživanju i razumevanju prirode ove bolesti. U radu će biti diskutovane sličnosti i razlike između ovih poremećaja u navedenoj perspektivi, uz rezultate jednog od istraživanja biološkog profila ličnosti obolelih od hipertireoze i paničnog poremećaja. Sličnost koja postoji može se tumačiti iz različitih perspektiva, može predstavljati ekvifinalni fenomen (bazično različiti poremećaji ispoljavaju sličnost na bihevioralnom i biohemijskom planu), dok, sa druge strane, može predstavljati i ekvikauzalni fenomen (mogućnost da isti nasledni etiološki faktori, određeni genotipom, predstavljaju osnovu sličnih neurohemijskih procesa koji se različito manifestuju kod različitih fenotipova, npr. različiti psihosomatski i psihijatrijski poremećaj). Svakako da bi dalje ispitivanje prirode sličnosti između poremećaja iziskivalo, prevashodno, studije praćenja obolelih sa ciljem ispitivanja dimenzija ličnosti kao faktora vulnerabilnosti za razvoj poremećaja, kao i studije blizanaca radi ispitivanja naslednosti ovakve vrste vulnerabilnosti.

### Literatura:

1. Bunevicius R, Prange AJ. Psychiatric Manifestations of Graves' Hyperthyroidism: Pathophysiology and Treatment Options: CNS Drugs. 2006; Vol 20(11):897-909.
2. Yang H, Liu T, Zang D. A study of stressful life events before the onset of hyperthyroidism: Chinese Mental Health Journal. 2000; Vol 14(3):201-2.
3. Belialov FI. Psychosomatic association in internal diseases. Klin Med. 2007;85(3):21-4.
4. Fornaro M, Ioveno N, Clementi N, Boscaro M, Paggi F, Balercia G. et al. Diagnosis of co-morbid Axis I psychiatric disorders among women with newly diagnosed, untreated endocrine disorders. World J Biol Psychiatry. 2010;11(8):991-6.
5. Draganić-Gajić, Lecić-Tosevski, Paunović VR, Cvejić V, Svrakić D. Panic disorder: psychobiological aspects of personality dimensions. Srpski Arhiv Celok Lek. 2005;133(3-4):129-33.

## PLODOVI GNEVA – KOMORBIDITET AFEKTIVNIH POREMEĆAJA I INFLAMATORNIH BOLESTI CREVA

Cvetana Crnobaric<sup>1,2</sup>, Jasmina Pavlović Stojković<sup>1</sup>

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

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

Inflamatorne zapaljenjske bolesti creva (IBD) su grupa hroničnih i ponavljajućih upalnih oboljenja gastrointestinalnog trakta, među kojima su najučestalije Kronova bolest i ulcerozni kolitis, sa karakterističnim nedaekvatnim imunim odgovorom koji dovodi do pojave specifičnih zapaljenjskih lezija. Etiologija je još uvek nepoznata, a kao uzroci se spominju genetska predispozicija, specificnost imunog sistema, sredinski, kao i psihološki faktori. Još početkom XX veka Franz Alexander je ovu vrstu oboljenja svrstao u psihosomatska i napravio blisku vezu između pojave bolesti i dešavanja unutar psihološkog aparata obolele osobe („skok psihičke u somatsku inervaciju“). Iako su danas prisutni kontroaverzni stavovi o tome da li psihološko utiče na egzacerbaciju somatskog u okviru IBD, mnoga aktuelna istraživanja pokazuju povećan komorbiditet psihijatrijskih poremećaja, narocito iz domena anksiozno-depresivnog spektra (23% - 27%), kod pacijenata koji boluju od Ulceroznog kolitisa i Kronove bolesti. U pilot istraživanju, u kojem je učestvovalo 30 pacijenata, ispitivan je uticaj psihijatrijskih komorbidnih poremećaja (depresija i anksiozna stanja), strukture ličnosti, sociodemografskih i kliničkih karakteristika osnovne bolesti na kvalitet života (QoL) pacijenata sa IBD. Od svih analiziranih faktora negativnu korelaciju sa subjektivnim doživljajem kvaliteta života pokazale su sledeće varijable: „aktivnost“ osnovne bolesti, aktuelna depresivna epizoda, narcističke i pasivno-zavisne crte ličnosti. Dobijeni rezultati, u skladu su sa nalazima objavljenim u savremenoj literaturi – psihijatrijski komorbiditet, broj, učestalost i težina aktivnih faza same bolesti određuju kvalitet života pacijenata (QoL) sa IBD. Koncept lečenja IBD podrazumeva dugoročan terapijski plan kreiran sa ciljem eliminisanja ili redukcije simptoma, uspostavljanja remisije, sprečavanja pojave komplikacija, prevencije relapsa i rehospitalizacija, kao i poboljšanja kvaliteta života i opšteg funkcionisanja samih pacijenata i njihovih porodica. Uključivanje rutinskog skrininga depresije i anksioznosti, kao i integrativni i kontinuirani terapijski pristup, nameću se kao potrebne mere sekundarne i tercijarne prevencije.

### Literatura:

1. Bernstein CN, Namalamba A. Hospitalization-based major comorbidity of inflammatory bowel disease in Canada. *Can J Gastroenterol.* 2007;21:507-15.
2. Lehnert T, Konnopka A, Riedel-Heller S et al. Health economic aspects of physical-mental comorbidity. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2011;54:120-7.
3. Pizzi LT, Weston CM, Glodfarb NI et al. Impact of chronic conditions on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2006;12:47-52.



## SINDROM SLOMLJENOG SRCA I DEPRESIJA

**Olivera Vuković<sup>1,2</sup>, Jelena Stepanović<sup>1,3</sup>,  
Miodrag Ostojić<sup>4</sup>, Dušica Lečić-Toševski<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

<sup>2</sup> Institut za mentalno zdravlje, Beograd

<sup>3</sup> Klinika za kardiologiju, KCS

<sup>4</sup> Srpska akademija nauka i umetnosti

Sindrom slomljenog srca (SSS) (eng. "broken heart syndrome") predstavlja entitet, koji su originalno opisali japanski kardiolozi Sato i sar. 1990. godine, a koji je zvanično našao svoje mesto u klasifikaciji kardioloških oboljenja 2006. godine. Zahvaljujući karakterističnom izgledu leve komore, sindrom je originalno nazvan takotsubo kardiomiopatija zbog sličnosti sa japanskom posudom za hvatanje hobotnica (čup sa uzanim vratom i širokom bazom). Danas se u literaturi sreće pod različitim nazivima, poput sindroma apikalnog baloniranja, stres kardiomiopatije, "ampula" kardiomiopatije, "amfora" kardiomiopatije, itd. Reč je o reverzibilnoj kardiomiopatiji, u čijoj je osnovi tranzitorna apikalna asinergija leve komore koja nije praćena signifikantnom stenozom epikardijalnih koronarnih arterija, a njenom ispoljavanju u dve trećine slučajeva prethodi snažan emocionalni i/ili fizički stres. Sindrom slomljenog srca manifestuje se bolovima u grudima, elektrokardiografskim promenama i minimalnim porastom kardiopospecifičnih enzima. Iako je sindrom slomljenog srca prvi put opisan pre više od dve decenije, patofiziološki mehanizam njegovog nastanka još uvek nije u potpunosti razjašnjen. Na osnovu podataka da emocionalni, odnosno fizički stres neposredno prethode bolesti, pretpostavlja se da značajnu ulogu u njegovom nastanku igra naglo povišenje nivoa kateholamina. Predloženo je nekoliko mogućih mehanizama nastanka bolesti: spazam koronarnih arterija, disfunkcija koronarne mikrocirkulacije, dinamička opstrukcija leve komore i direktna kateholaminska povreda kardiomiocita. Tokom poslednjih pet godina objavljeno je nekoliko istraživanja koja ukazuju na to da psihijatrijski komorbiditet (pre svega depresija i anksioznost) značajno doprinosi pojavi SSS. Na osnovu malog broja raspoloživih podataka iz literature, procenjuje se da 21 do 50% osoba sa SSS istovremeno boluje od depresije. Autori rada predlažu nekoliko potencijalnih mehanizama kojima bi mogla da se tumači veza između sindroma slomljenog srca i depresije i ukazuju na kliničke i terapijske implikacije ovog komorbiditeta.

## **BEZBROJ LICA DEPRESIJE – ISKUSTVA LEKARA OPŠTE MEDICINE**

**Bogdanka Čabak**

Dom zdravlja Zvezdara, Beograd

Bezbrojna su lica depresije u ordinaciji lekara opšte medicine. Depresija se sreće, pronalazi kod velikog broja pacijenata sa različitim somatskim tegobama, sa hroničnim somatskim bolestima, kod starih, dementnih, mladih, kod obolelih od terminalnih bolesti, HIV/AIDS-a, kod ovisnika od PAS, kod pacijenata koji upotrebljavaju izvesne lekove, kod pacijenata sa različitim socijalnim problemima, kod onih koji psihičke tegobe doživljavaju kao moralni problem a ne bolest, itd. Veoma je širok spektar različitih simptoma kojima se prezentuje depresija, sa jedne strane, dok, sa druge strane, različite okolnosti koje lekarima opšte medicine otežavaju prepoznavanje depresije kroz te simptome, imaju kao posledicu pacijente koji dugo čekaju na početak rešavanja svojih problema i ostaju bez adekvatne pomoći. U radu su predstavljena iskustva iz prakse koja ilustruju složenost problematike sa kojom se lekar opšte medicine suočava u susretu sa somatskim i depresivnim pacijentom.

### Literatura:

1. Bair M. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosomatic Medicine*. 2010;66:17-22.
2. Smyth R. Depression in physical illness. *J R Coll Physicians Edinb* 2009;39:337-42.
3. Trivedi M. The Link between depression and physical symptoms. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry*. 2004;12-16.
4. Teleconference “Recognizing the physical symptoms of depression”. *Primary care Companion J Clin Psychiatry*. 2004;168-77.
5. Tylee A, Gandhi P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary care Companion J Clin Psychiatry*. 2005;168-74.

## **TIJELO U IGRI**

**Mirjana Trkulja**

Bolnica St. Louis,  
Odeljenje za plastičnu i reparativnu hirurgiju i opekotine,  
Pariz, Francuska  
Centar za psihološku medicinu za djecu, Trappes, France

Psihoanalitička individualna psihodrama je modifikacija Morenove psihodrame, realizovana je od strane Serge Lebovici-a i njegovih saradnika sa svrhom da bi se omogućilo psihoanalitičko tretiranje pacijenata čiji mehanizmi odbrane predstavljaju prepreku u liječenju “klasičnim” psihoanalitičkim tretmanom. U jednonedeljnim seansama pacijent je u situaciji da predloži zamišljene scene ili situacije iz realnosti koje igra on sam sa još tri do osam koterapeuta psihoanalitički obučeni i pod vodstvom direktora u pravilu iskusnog na tom planu, a koji sam ne učestvuje u sceni. Psihoanalitička psihodrama je indikovana kod mnogobrojnih patologija kod djece i adolescenata, inače, nedostupne drugim tretmanima. Velike inhibicije, poremećaji u ponašanju, borderline samo su neke od indikacija a isto tako i patologija djece autista sa izgrađenim govorom. Psihoanalitička psihodrama koristi odbrane pacijenta ne da ih anulira, već da ih usmjeri u pravcu razrješenja konflikta i stavljanja na distancu izvjesnih afekta. Direktoru psihodrame ostaje izvan igre i bdije nad zaštitom narcizma pacijenta svo vrijeme. Za razliku od drugih metoda sa psihoanalitičkom inspiracijom, psihodrama se dešava u prostoru i podrazumijeva angažovanje tijela pacijenta isto kao i terapeuta što daje jednu novu dimenziju u izražavanju emocija i pobuđivanju već doživljenog kao i ispoljavanje fantazmatskog svijeta pacijenta. Pacijenti, isto kao koterapeuti, improvizuju scene i lično su “uvučeni” i pozvani da izraze ono što ih se dotiče u njihovoj najintimnijoj dimenziji ispoljavanja. Takvo ispoljavanje u grupi terapeuta najčešće stvara veoma prisne odnose među učesnicima. Psihoanalitička psihodrama ima kao sekundarnu dobit za koterapeute napredak u poznavanju psihopatologije pacijenata kao i produbljivanje lične samospoznaje. Dobro pogodena upotreba psihodrame za izvjesne pacijente vidno ubrzava analitički proces. Učesnici ove metode u praktičnom radu uočavaju pozitivne transformacije u poteškoćama pacijenata i snažnu mobilizaciju u kvaliteti kao i stvaranje veza tamo gdje ih do tada nije bilo.

## NAJVEĆI STRAH KLINIČARA-POREMEĆAJ SRČANOG RITMA I NAPRASNA SMRT U SHIZOFRENIJI

Goran Mihajlović<sup>1,2</sup>, Branimir Radmanović<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika za psihijatriju, KC Kragujevac

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

Pacijenti sa dijagnozom shizofrenije imaju veći rizik da obole od somatskih bolesti nego ljudi iz opšte populacije. Pojava elektrokardiografskih i metaboličkih abnormalnosti kod shizofrenih pacijenata koji su lečeni antipsihoticima trebale bi da povećaju opreznost kliničara u vezi bezbedne upotrebe ovih lekova. Posebno je zabrinjavajuća mogućnost produžetka QT intervala i posledične naprasne srčane smrti. QT interval predstavlja vreme za koje se komore depolarizuju i repolarizuju. Vrednost QT intervala, korigovana za srčanu frekvenciju (QTc), je normalno manja od 450 ms. Prolongacija QTc intervala na više od 500ms povećava rizik za nastanak "torsade de pointes", formu maligne ventrikularne tahikardije koja može evoluirati u ventrikularnu fibrilaciju i iznenadnu smrt. Iako nije moguće u potpunosti objasniti nastanak aritmije kod shizofrenih pacijenata lečenih antipsihoticima, pretpostavlja se da je najverovatniji uzrok od strane lekova izazvana blokada kalijumskih kanala a time i prolongacija srčane repolarizacije. U nekoliko dobro kontrolisanih kliničkih studija dobro je dokumentovan povećani rizik od naprasne srčane smrti shizofrenih pacijenata koji su bili lečeni antipsihoticima. U ovim studijama, takođe, pokazano je da je rizik kod primene antipsihotika druge generacije neznatno veći nego kod antipsihotika prve generacije. Incidenca za antipsihotike druge generacije, prema istraživanjima, je oko 3 na 100 000 pri čemu se rizik od naprasne srčane smrti povećava proporcionalno sa godinama života i povećanjem primenjene doze leka. Antipsihotici koji se najčešće povezuju sa prolongacijom QT intervala i naprasnom srčanom smrću su: tioridazin, mesoridazin, haloperidol, pimozyd i sertindol, a u manjoj meri risperidon i ziprasidon. Poseban oprez je potreban kada se u terapiji koriste i lekovi koji inhibiraju metabolizam pomenutih antipsihotika jer mogu dovesti do povećanja koncentracije leka u serumu, a samim tim i do produžetka QT intervala. S druge strane, mišljenje eksperata odbora Američke Psihijatrijske Asocijacije (APA) koji su učestvovali u izradi vodiča "Guidance on the Use of Antipsychotic Drugs and Cardiac Sudden Death" je da je možda incidenca iznenadne srčane smrti kod pacijenata lečenih antipsihoticima prećenjena, a potcenjeni kardiovaskularni komorbiditeti i neadekvatna kontrola drugih varijabli koje mogu uticati na iznenadnu smrt (dislipidemija, dijabetes). Smatramo da bi u cilju smanjenja rizika od naprasne smrti pacijenata sa dijagnozom shizofrenije koji su lečeni antipsihoticima trebalo sprovesti standardnu elektrokardiografsku dijagnostiku (u nekim slučajevima i Holter EKG monitoring) pre i u toku tretmana bilo antipsihoticima prve ili druge generacije. Produžen QT interval trebao bi da bude signal lekaru kliničaru o postojanju rizika za potencijalni maligni poremećaj srčanog ritma.

### Literatura:

1. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med.* 2009 Jan 15;360(3):225-35.
2. Manu P, Kane JM, Correll CU. Sudden deaths in psychiatric patients. *J Clin Psychiatry.* 2011 Jul;72(7):936-41.
3. Watanabe J, Suzuki Y, Fukui N, Ono S, Sugai T, Tsuneyama N, Someya T. Increased risk of antipsychotic-related QT prolongation during nighttime: a 24-hour holter electrocardiogram recording study. *J Clin Psychopharmacol.* 2012 Feb;32(1):18-22.
4. Koponen H, Alaräisänen A, Saari K, Pelkonen O, Huikuri H, Raatikainen MJ, Savolainen M, Isohanni M. Schizophrenia and sudden cardiac death: a review. *Nord J Psychiatry.* 2008;62(5):342-5.

## **SHIZOFRENIJA I MALIGNA BOLEST – DA LI SU SHIZOFRENI PACIJENTI ZAŠTIĆENI OD NEOPLAZMI?**

**Aleksandar Damjanović**

Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu  
Klinika za psihijatriju KCS

Postoji čitav niz kontroverzi koje se odnose na relaciju karcinoma i shizofrenije, posebno po pitanju etiopatogeneze i epidemioloških pokazatelja. Počevši od pojedinačnih, anegdotskih prikaza koji su govorili u prilog brze remisije karcinoma kod shizofrenih pacijenata pa do ekstenzivnijih studija osamdesetih i devedesetih godina prošlog veka koje su, iako ne konzistentno, govorile u prilog manje incidence karcinoma kod ovih pacijenata [4]. Ipak, epidemiološki vrlo metodično radjene studije na velikom broju pacijenata u periodu od 2000-2010. godine idu u prilog beleženja tendence povećanja incidence karcinoma kod shizofrenije. Kao osnovni uzrok navodi se sve češća pojava metaboličkog sindroma nakon intenzivne upotrebe atipičnih antipsihotika, kao i specifičnost životnog stila shizofrenih pacijenata (pasivnost, konzumacija alkohola, psihoaktivnih supstanci itd.) [3]. Mišljenja smo da je neophodno preispitati i revalorizovati savremene studije o komorbiditetu shizofrenije i karcinoma i kao razlog navodimo sledeće pokazatelje:

1. Nekoliko studija govore u prilog protektivnoj ulozi neuroleptika (tipičnih i atipičnih) [1]
2. Nedostatak ekstenzivnih epidemioloških istraživanja u našoj populaciji pacijenata
3. Iniciranje genetskih istraživanja koja bi ukazala na posebnu sklonost pojedinih pacijenata, grupe pacijenata ili dijagnostičkih kategorija, kod kojih bi koegzistiranje komponenti metaboličkog sindroma i genetske konstelacije shizofrenije (npr. postojanje dinamičkih mutacija, identifikovanih gena kandidata itd.) amplifikovale mogućnost nastanka posebnih tipova karcinoma (pluća, kolona, dojke). Napominjemo da su navedeni tipovi karcinoma značajno povećani kod populacije shizofrenih pacijenata u odnosu na zdravu kontrolu. [2]
4. Prisustvo manje zastupljenost karcinoma centralnog nervnog sistema, ostalih regija gastrointestinalnog trakta, koštanog sistema u odnosu na kontrolu možda govori u prilog delovanja protektivnih faktora kod shizofrenih pacijenata.
5. Sve ovo može pomoći u identifikaciji pojedinih etiopatogenetskih faktora, kao i u prevenciji i lečenju posredstvom sistemskog i eklektičkog sagledavanja problema koegzistiranja karcinoma i shizofrenije.

### Literatura:

1. Mortensen P. Neuroleptic treatment and other factors modifying cancer risk in schizophrenic patients. *Acta Psych Scand.* 1987;75:585-90.
2. Wang P. et al. Dopamine antagonists and the development of breast cancer. *Arch Gen Psych.* 2002;59:1147-54.
3. Theisen F, Linden A, Geller F. Et al. Prevalence of obesity in adolescent and young adult patients with and without schizophrenia and in relationship to antipsychotic medication. *J Psych Res.* 2002;35:339-45.
4. Brown S, Inskip H, Barraclough: Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psych.* 2000;177:212-7.

## METABOLIČKI SINDROM U SHIZOFRENIJI – PANDEMIJA KOJA ODREĐUJE KLINIČKU PRAKSU

Čedo D. Miljević

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

Shizofrenija predstavlja jedan od najtežih psihijatrijskih poremećaja. Poseban problem predstavlja skraćeni životni vek obolelih. Naime, još je Bleuler izneo podatak da je stopa mortaliteta obolelih oko 1.4 puta veća u odnosu na opštu populaciju. I dok su ranije tuberkuloza i gastrointestinalne infekcije (uz suicid) smatrani glavnim uzročnikom mortaliteta obolelih danas se smatra da je vodeći uzročnik mortaliteta metabolički sindrom. Tako se procenjuje da je prevalenca metaboličkog sindroma u shizofreniji otprilike dvostruko veća u odnosu na nepsihijatrijsku populaciju. Metabolički sindrom predstavlja klaster poremećaja koji čine gojaznost (centralna i abdominalna), dislipidemija, intoleranca glukoze, insulinska rezistencija (ili hiperinsulinemija) i hipertenzija i kao takav u visokom procentu dovodi do šećerne bolesti i kardiovaskularnih oboljenja. Nastanak metaboličkog sindroma, ranije se uglavnom objašnjavao nezdravim načinom života obolelih (pre svega nezdrava ishrana i životne navike) i slabijom globalnom zdravstvenom zaštitom. Danas se nastanak metaboličkog sindroma objašnjava pre svega uticajem antipsihotika. Štaviše, poslednja istraživanja ukazuju da je molekularni mehanizam nastanka npr. hiperglikemije i gojaznosti povezan sa poželjnim terapijskim efektima (npr. pozitivnim efektima na kogniciju) antipsihotika. Zbog visoke učestalosti metaboličkog sindroma u shizofreniji i negativnih efekata istog na dužinu života obolelih danas se insistira na podizanju svesti lekara o potencijalnim metaboličkim neželjenim efektima antipsihotika. S tim u vezi danas postoje brojne smernice o praćenju metaboličkih parametara kod obolelih ali i o potrebi davanja posebnog značaja metaboličkim efektima antipsihotika prilikom odabira terapije. Ipak, i pored ovoga, danas se globalno smatra da je monitoring metaboličkih neželjenih efekata kod obolelih nizak. Zbog ovoga ali i usled praktičnog odsustva mogućih alternativnih tretmana, danas se značajna pažnja poklanja farmakogenomskim ispitivanjima obolelih u cilju rane detekcije osoba sa posebnim rizikom za nastanak metaboličkog sindroma. Cilj ovog revijalnog rada jeste prikazivanje različitih kriterijuma za metabolički sindrom, različitih smernica za monitoring primene atipičnih antipsihotika, te različitih farmakogenomskih istraživanja (u prvom redu metabolizma folne kiseline).

### Literatura:

1. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RI, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. 2009;24:412-24.
2. van Winkel R, Moons T, Peerbooms, Rutten B, Peuskens J, Claes S et al. MTHFR genotype and differential evolution of metabolic parameters after initiation of a second generation antipsychotic: an observational study. *Int Clin Psychopharmacol*. 2010;25:270-26.
3. Meyer JM, Stahl SM. The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119:4-14.
4. Nielsen J, Skadhede S, Correll CU. Antipsychotics associated with the development of type 2 diabetes in antipsychotic-naive schizophrenia patients. *Neuropsychopharmacol*. 2010;35:1997-2004.

## **Prikaz knjige**

### **PSIHIJARIJA RAZVOJNOG DOBA**

**Prof. dr Svetomir Bojanin, Doc. dr Smiljka Popović-Deušić**

**Beograd, 2012.**

Urednici knjige “Psihijatrija razvojnog doba” Prof. dr Svetomir Bojanin i Doc. dr Smiljka Popović-Deušić počastvovali su me odlukom da budem jedan od recenzenata, na čemu sam im izuzetno zahvalan. Od samog početka bio sam svestan svoje odgovornosti i nastojao sam da se prema autorima odgovorno i profesionalno ponašam, pošto sam prema vokaciji i praktičnoj delatnosti psihijatar koji se bavi problemima mladih. S nekim autorima bio sam na nivou tragalačke i empatske rezonance, ceneći njihova nastojanja, i uspeh, da tragaju za pravim, svrsishodnim, naučno, stručno i empirijski utemeljenim rečima.

Najveći broj autora zavidnog je senzibiliteta za vreme u kojem živimo, pa su se tekstovi prilagođavali istorijskim i kulturološkim okvirima. U haosu modernog sveta, gde mnoga srca sve češće postaju stene, u stampeu življenja koje stvara turbulencije u mladom biću i umu, u tiraniji alijenacije u kojoj izostaju prava druženja, “druženja koja svetlucaju”, mentalni poremećaji razvojnog doba imaju svoje kolorite, svoje signale i svoje poruke, svoje skrivene proteste, koje treba spoznavati i dešifrovati, čuvajući se kandži psihijatrizacije.

Francuski autori upozoravaju: “Živimo na drogiranoj planeti!” Bombardovani smo “neokortikalnim ratom”, ispiranjem mozga, verskim sektama, darkerima, klubovima samoubica, internet i fejs buk edukacijama i indukcijama kako izvršiti samoubistvo.

Živimo u vremenu realne sumanutosti, u krletkama elektronskog autizma.

Mnogo je “dušokradica” koji duše dece i adolescenata “okreću napačke”.

Deca i mladi rastu u disfunkcionalnim porodicama, sa roditeljima zavisnim od daljinskih upravljača, žive “umrežena deca”, u kibernetском svemiru, u paralelnim i virtuelnim svetovima, krhkih struktura lako ranjivih za život u realnosti, “bez nagona borbenosti, o kojem je govorio Frojd poznatom metaforom, pa takvo dete pošaljete na Severni pol u kratkim pantalonama i mrežom za hvatanje leptirova.”

Između korica ove knjige nalaze se radovi, studiozni, stručni, na zavidnom nivou, pisani uz pomoć bogate i dobro odabrane stručne literature, uz dužno navođenje inovacija, ali i sa zavidnim empirijskim mirazom ne malog broja autora, koji nastavljaju poznatu i vrednu tradiciju beogradske psihijatrijske škole, a u dosluhu s napretkom svetske i evropske psihijatrije na planu dijagnostike, kliničkih entiteta i terapijskih modela.

Knjiga ima deset poglavlja i 584 strane. U njenom pisanju učestvovalo je 26 autora, koji poseduju bogato kliničko-terapeutsko iskustvo. Interdisciplinarnost je značajna i dodatna vrednost knjige, što dokazuje i izbor dobro ukomponovanih autora iz srodnih naučnih disciplina. Stoga će njihovi tekstovi pomoći da mladi terapeuti bez iskustva ne budu pčele bez meda (jer pčele su simbol i meda i žaoke), već da se naoružaju rečima koje neće biti dželatni nego vidari.

Na osnovu ovih pretpostavki treba verovati da će se formirati terapeuti koji će sve manje biti voajeri i letači kroz tamu i često nedokučive lavirinte dečjih i mladalačkih umova i duša. Jer, “darovao bih deci krila” – poručuje Gabrijel Garsija Markes – “ali im prepustio da sama nauče da lete”.

U ovom svetu mali je broj dečjih duša udaljenih od briga. Svet im, umesto da daruje, često saseca krila.

Terapeut danas treba da bude “metafora boga Eskulapa”, koji je lečio telo, pesnika i filozofa Platona, koji je lečio dušu. Psihijatri, posebno pedopsihijatri treba da imaju “oči za svaku suzu i dušu za svačiji bol”, jer deca su, govore Kinezi, “cveće života”. Treba im pomoći da ne venu zasušnjeni bolešću, a čuti i stih pesnika “deca su kao rosa”.

Bogata i sveobuhvatna knjiga biće dragocen dar mnogim stručnjacima i budućim terapeutima u multiprofesionalnim timovima koji se bave mentalnih poremećajima dečjeg i adolescentnog doba. Oni će postati, zavisno od nivoa aspiracija, dijagnostičari i terapeuti s oreolom identiteta.

Dugo je očekivana ovakva knjiga, koja donosi sistematizovane naučne činjenice, inovacije svetske i evropske misli, ali i informacije o domenima psihijatrije razvojnog doba u nas.

S toga joj želim iskrenu dobrodošlicu, i odredimo joj značajno mesto u našim bibliotekama.

*Jovan Bukelić*



## **KALENDAR KONGRESA**

**2013.**

### **21<sup>st</sup> European Congress of Psychiatry**

April 6-9, 2013, Nice, France

<http://www.epa-congress.org/>

### **International Forum on Quality and Safety in Healthcare – “Improve Quality, Reduce Costs, Save Lives”**

April 16-19, 2013, London

<http://internationalforum.bmj.com/home>  
[events@bmjgroup.com](mailto:events@bmjgroup.com)

### **CINP – Pharmacogenomics and Personalised Medicine in Psychiatry**

April 21-23, 2013, Jerusalem, Israel

<http://www.cinp2013.com/>

E-mail: [cinp2013@targetconf.com](mailto:cinp2013@targetconf.com)

### **Empathic Therapy Conference 2013**

April 26-28, 2013, Syracuse, New York, United States of America

<http://www.empathictherapy.org/Conference.html>

### **5<sup>th</sup> Congress of the European Federation of Critical Care Nursing Associations**

#### **East meets West: Critical Care Nursing Strengthening Healthcare in Europe**

May 23-25, 2013, Belgrade, Serbia

[www.efccna2013.rs](http://www.efccna2013.rs)

### **III Kongres Društva za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije sa međunarodnim učešćem**

23-26. maj 2013, Beograd

<http://www.deaps.org/>

### **3<sup>rd</sup> International Congress on Neurobiology, Clinical Psychopharmacology & Treatment Guidance (ICNP2013)**

May 30-June 2, 2013, Thessaloniki, Greece

<http://www.psychiatry.gr>

E-mail: [kfount@med.auth.gr](mailto:kfount@med.auth.gr), [kfount@otenet.gr](mailto:kfount@otenet.gr)

**2<sup>nd</sup> International Symposium on Controversies in Psychiatry**

June 6-8, 2013, Cancun, Mexico

[www.ControversiasMexico.org](http://www.ControversiasMexico.org)E-mail: [secretariat@ControversiasMexico.org](mailto:secretariat@ControversiasMexico.org)**4<sup>th</sup> World Congress on ADHD - From childhood to adult disease**

June 6-9, 2013, Milan, Italy

<http://www.adhd-congress.org/>**IASR World Congress on Suicide**

June 10-13, 2013, Montreal, Canada

<http://www.suicide2013.org/en/>E-mail : [jlajoie@legroupevidal.com](mailto:jlajoie@legroupevidal.com)**53<sup>rd</sup> International Neuropsychiatric Pula Congress “Depression and pain - what is the link?”**

June 19-22, 2013 Pula, Croatia

[www.pula-cong.com](http://www.pula-cong.com)E-mail: [info@pula-cong.com](mailto:info@pula-cong.com)**World Psychiatric Association – International Congress – Improving science, ethics, services and solidarity in psychiatry**

June 19-23, Istanbul, Turkey

<http://www.wpaistanbul2013.org/index.php>E-mail: [wpa2013ra@flaptour.com.tr](mailto:wpa2013ra@flaptour.com.tr)**11<sup>th</sup> World Congress of Biological Psychiatry**

June 23-27, 2013, Kyoto, Japan

<http://www.wfsbp-congress.org/>**The 21<sup>st</sup> World Congress for Social Psychiatry**

June 29-July 3, 2013, Lisbon, Portugal

[www.wasp2013.com](http://www.wasp2013.com)E-mail: [info@wasp2013.com](mailto:info@wasp2013.com)**World Mental Health Congress of the World Federation for Mental Health**

August 25-28, 2013 Buenos Aires, Argentina

<http://www.wmhc2013.aasm.org.ar/en/home>**XXII World Congress on Psychosomatic Medicine 2013**

September 12-14, 2013, Lisbon, Portugal

<http://www.icpm2013.org/>E-mail: [icpm2013@admedictours.pt](mailto:icpm2013@admedictours.pt)

**XIII International Congress on the Disorders of Personality**

September 16-19, 2013, Copenhagen, Denmark

<http://www.isspd2013.com/>

[dis@discongress.com](mailto:dis@discongress.com)

**1<sup>st</sup> International Conference on Creative Psychopharmacotherapy**

**14<sup>th</sup> Central European Neuropsychopharmacological Symposium**

**6<sup>th</sup> Croatian Congress of Psychopharmacotherapy**

September 25-28, 2013, Dubrovnik, Croatia

[www.iccp2013.com](http://www.iccp2013.com)

E-mail: [nikica.zunic@penta-zagreb.hr](mailto:nikica.zunic@penta-zagreb.hr)

**WPA International Thematic Congress - Human factors in crisis and**

disasters-future proofing of crisis and disaster management

September 29 - October 2, 2013, Melbourne, Australia

E-mail: [russell.f.dsouza@gmail.com](mailto:russell.f.dsouza@gmail.com)

<http://wpathematicconference.org/>

**26<sup>th</sup> ECNP Congress**

October 5-9, 2013, Barcelona, Spain

Deadline: 1 April 2012

[www.ecnp-congress.eu](http://www.ecnp-congress.eu)

E-mail: [barcelona2013@ecnp.eu](mailto:barcelona2013@ecnp.eu)

**3<sup>rd</sup> International Congress on Dual Disorders**

October 23-26, 2013, Barcelona, Spain

<http://www.cipd2013.com/>

**WPA International Congress**

October 27–30, 2013, Vienna, Austria

<http://www.wpaic2013.org/>

E-mail: [wpaic2013@guarant.cz](mailto:wpaic2013@guarant.cz)

**5th International Congress on Psychopharmacology & International  
Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology**

October 30- November 3, 2013, Antalya, Turkey

<http://www.psychopharmacology2013.org/mail/120213/mail.html>

**2014.**

**ISAD 2014: Affective Disorders – Integrated Approaches for the 21st  
Century**

April 28-30, 2014, Berlin, Germany

Email: [isad@kenes.com](mailto:isad@kenes.com)

**29<sup>th</sup> CINP World Congress of Neuropsychopharmacology**

June 22-26, 2014, Vancouver, Canada

[www.cinp2014.com](http://www.cinp2014.com)**XVI World Congress of Psychiatry – Focusing on Access, Quality and Humane Care**

September 14-18, 2014, Madrid, Spain

<http://www.wpamadrid2014.com/>E-mail: [secretariat@wpamadrid2014.com](mailto:secretariat@wpamadrid2014.com)**27<sup>th</sup> ECNP Congress**

October 18-22, 2014, Berlin, Germany

[www.ECNP-CONGRESS.EU](http://www.ECNP-CONGRESS.EU)e-MAIL: [berlin2014@ecnp.eu](mailto:berlin2014@ecnp.eu)**2016.****22<sup>nd</sup> International Association for Child & Adolescent Psychiatry and Allied Professions**

July 16-21, 2016, Calgary, Alberta, Canada

<http://http://www.iacapap2016.org/>**WPA SCIENTIFIC MEETINGS REPORT****2013.****WPA REGIONAL CONGRESS (Zone 9)**

April 10-13, 2013, Bucharest, Romania

Dr. Dan Prelipceanu – [prelipceanudan@yahoo.com](mailto:prelipceanudan@yahoo.com)Eliot Sorel – [esorel@gmail.com](mailto:esorel@gmail.com)**WPA THEMATIC CONFERENCE (Zone 8)**

Third Thematic Conference on Legal and Forensic Psychiatry

June 12-14, 2013, Madrid, Spain

Dr. Alfredo Calcedo Barba

[alfredoclacedo@gmail.com](mailto:alfredoclacedo@gmail.com)**WPA INTERNATIONAL CONGRESS (Zone 8)**

June 19-23 2013, Istanbul, Turkey

Dr. Levent Kuey

[kueyl@superonline.com](mailto:kueyl@superonline.com)

**WPA CO-SPONSORED MEETING (Zone 8)**

21st World Congress of Social Psychiatry – “The bio-psycho-social Model: the Future of Psychiatry”.

29 June to 3 July 2013, Lisbon, Portugal

[www.wasp2013.com](http://www.wasp2013.com)

**WPA REGIONAL CONGRESS (Zone 3)**

“WPA Regional Congress and XXIII APM National Congress”

September 12-16 2013, Guadalajara, Jalisco, México.

[www.psiquiatriasapm.org.mx](http://www.psiquiatriasapm.org.mx)

**WPA CO-SPONSORED MEETING (Zone 7)**

The International Society on the Study of Personality Disorders (ISSPD),  
XIII International Congress on Disorders of Personality – Bridging personality  
and psychopathology: The person behind the illness

September 16-19 2013, Copenhagen, Denmark

[www.isspd2013.com](http://www.isspd2013.com)

**WPA Thematic Congress (Zone 18)**

“Human Factors in Crisis and Disaster Interventions”

30 September - 3 October, 2013, Melbourne, Australia

[www.wpadisasterpsych.com](http://www.wpadisasterpsych.com)

**WPA International Congress (Zone 8)**

Future Psychiatry: Challenges and Opportunities

October 27-30, 2013, Vienna, Austria

[www.wpaic2013.org](http://www.wpaic2013.org)

**2014.**

**WPA Regional Meeting (Zone 14)**

February 6-8, 2014, Kampala, Uganda

Uganda Psychiatric Association

Dr. Fred Kigozi

E-mail: [buthosp@infocom.co.ug](mailto:buthosp@infocom.co.ug); [fredkigozi@yahoo.com](mailto:fredkigozi@yahoo.com)

**29th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology**

June 22-26, 2014, Vancouver, Canada

[www.cinp2014.com](http://www.cinp2014.com)

[cinp@northernnetworking.co.uk](mailto:cinp@northernnetworking.co.uk)



## UPUTSTVA SARADNICIMA

**PSIHIJARIJA DANAS** je zvanični časopis Udruženja psihijatara Srbije. Izlazi dva puta godišnje i objavljuje 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.

Radovi se prihvataju za štampanje ukoliko nisu publikovani ili predati za štampu u istom obliku nekom drugom časopisu. Dostavljeni radovi (osim uvodnika i radova po pozivu) prihvataju se za objavljivanje nakon dvostruke, anonimne stručne recenzije. Objavljeni radovi biće zaštićeni autorskim pravom.

Uz rad prihvaćen za štampu koji je autorizovan treba poslati i popunjen formular o potvrdi autorstva, ukoliko je u pitanju rada učestvovalo više autora.

Rukopis rada i svi prilozi uz rad dostavljaju se u *tri primerka*, zajedno sa disketom ili diskom (CD) na adresu urednika: *Prof. dr Dušica Lečić-Toševski, Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Palmotićevo 37, 11000 Beograd, Srbija* ili na e-mail: *psihijatrija.danas@imh.org.rs*.

U *pratećem pismu*, glavni autor treba da potvrdi da studija nije ranije objavljivana i da dostavljeni rad nije na razmatranju za objavljivanje na nekom drugom mestu. Prateće pismo poslati u posebnom fajlu. *Rad* napisan u Word-u treba da sadrži sve tabele, grafikone i slike, koje se mogu nalaziti u istom fajlu (na kraju teksta).

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

### **Priprema rukopisa**

Rad treba da je odštampan sa jedne strane lista, duplim proredom i marginom od najmanje 3.5 cm. Sve stranice treba da budu numerisane, uključujući i naslovnu stranicu.

**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* (<http://gateway.nlm.nih.gov>).

**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 (na kraju fajla), sa odgovarajućim naslovom, arapskim

brojem (Tabela 1) i u tekstu označiti njihovo mesto. Izbegavati vertikalne i horizontalne linije u tabelama.

**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.). Takođe navesti finansijsku i materijalnu pomoć (sponzorstvo, stipendije, oprema, lekovi itd.).

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

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

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

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

#### 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: McGraw-Hill; 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 Hispanic Americans [dissertation].* Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

5) *Neobjavljen materijal (u štampi):* Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in *Arabidopsis*. *Proc Natl Acad Sci U S A.* Forthcoming 2002.

6) *Članak iz časopisa u elektronskom obliku:* Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [Internet].* 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>.

#### Dostavljanje radova na disketi

Uz štampan tekst, radove dostaviti i na disketi ili disku (CD) koja je Windows kompatibilna. Disketa/CD treba da sadrži samo fajl koji će biti štampan. Odštampana kopija rada u potpunosti treba da odgovara verziji na disketi. Tekst treba da bude napisan u tekst procesoru (Word), u fontu Times New Roman. Tabele, grafikoni i slike često se moraju ponovo uraditi pa treba dostaviti i njihovu odštampanu kopiju.

**Vlasnik i izdavač – Owner & Publisher**  
INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE  
11000 Beograd, Palmotićeveva 37  
Tel/Faks: 011 3226 925; 3236 353  
e-mail: [imz@imh.org.rs](mailto:imz@imh.org.rs)  
[www.imh.org.rs](http://www.imh.org.rs)

**Štampa – Print**  
DOSIJE, Beograd

**Direktor – Director**  
Prof. dr Dušica Lečić-Toševski

**Tehnički urednici – Technical Editors**  
Ivana Gavrilović  
Jelena Kaličanin



## INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

**PSYCHIATRY TODAY** is the official journal of the Psychiatric Association of Serbia. It is published twice a year and welcomes review articles, research papers, case reports, book reviews and letters to the editor.

**Review articles** should be written by one author only, unless the second author is not a psychiatrist. They should contain one's own results already published and should not exceed 7500 words.

**Research papers** must be based on a research protocol and statistical evaluation of the findings is essential. They should not exceed 3000 words.

**Case reports** should include interesting clinical reports and description of cases where new diagnostic or therapeutic methods have been applied. They should not exceed 1500 words.

**General articles** may reflect opinion on theory and practice of psychiatry, on psychiatric services, on borderland between psychiatry and other disciplines, etc. They should not exceed 2000 words.

**Special articles** are most frequently invited articles concerning topics of special interest.

**Book reviews** contain critical reviews of selected books.

**Letters to the editor** – brief letters (maximum 400 words) may include comments or criticisms of articles published in *Psychiatry Today*, comments on current psychiatric topics of importance, preliminary research reports, suggestions to the Editorial Board, etc.

Papers are accepted for publication on condition that they are not published or submitted for publication in the same form in another journal. Contributions (excluding the editorial and invited papers) are accepted for publication after double anonymous peer review. The published papers will be protected by copyright.

Authorized paper accepted for publishing should be accompanied by a filled out copyright form, if the paper was written by more than one author.

Paper manuscript and all attachments should be submitted *in 3 copies*, along with a diskette or a disc (CD) to the Editor at the following address: *Professor Dusica Lecic-Tosevski, M.D., Ph.D., Psychiatry Today, Institute of Mental Health, Palmoticeva 37, 11000 Belgrade, Serbia* or by e-mail: [psihijatrija.danas@imh.org.rs](mailto:psihijatrija.danas@imh.org.rs).

The main author must state in their *covering letter* that the study has not been previously published and that the submitted paper is not under consideration elsewhere. The covering letter should be sent in a separate file. The *paper* must be written in Word for Windows and should include all tables, graphs and figures, possibly in the same file (at the end of the text).

When preparing manuscripts, authors should follow the instructions based on *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* of the International Committee of Medical Journal Editors.

### Arrangement

Articles must be typewritten, double-spaced on one side of the paper with a margin of at least 3.5 cm. All pages must be numbered, starting with the title page.

**Title page** should indicate the title of the paper (which should not exceed 12 words), the names and surnames of the authors, their academic titles, institutions where they work, as well as the name, surname, address, telephone number and e-mail address of the author in charge of correspondence.

**Abstract** (up to 300 words) should be sent on a separate, second page. It should include main facts from the paper, as well as 3-6 key words, selected

based on *Medical Subject Headings – MeSH* (<http://gateway.nlm.nih.gov>).

**Text** should be divided into sections (e.g., for research papers: Introduction, Method, Results, Discussion). Results appearing in the tables should not be reported again in detail in the text.

**Footnotes** are not allowed in articles.

**Tables, graphs and figures** should be submitted on separate sheets of paper (at the end of the file), with an adequate heading and Arabic enumeration (Table 1). The desired position of the table relative to the text should be indicated in the text. Avoid vertical and horizontal lines in tables.

**Abbreviations** should only be used when necessary, and the full term for which it stands should precede its first use in the text. Abbreviations in tables and graphs must be explained in the key to abbreviations.

**Acknowledgement:** List all persons who contributed to the creation of the manuscript, but do not meet the criteria for authorship (e.g. technical help, help in writing etc.). Also list the financial and material support (sponsor, scholarship, equipment, drugs etc.).

**References:** The list of references should include only the publications cited in the text. They should be identified in the text by Arabic numerals in square brackets in the order in which they are first mentioned in the text (*Vancouver style* - [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)), e.g. Kernberg [1] states that...

Abbreviations of journals should conform to the style used in *Index Medicus* (journal database listed at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog>). Journals not indexed there should not be abbreviated. After journal abbreviations use the dot. When citing pages, cite the beginning page. and end page without the repeating number/s (e.g. from 274 p. to 278 p. is written 274-8).

In references with up to six authors, all the authors must be listed. In references with more than six authors, list first six authors and et al.

#### **Examples:**

1) *Journal article:* Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002;347:284-7.

2) *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: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

3) *Book:* Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaffler MA. *Medical microbiology.* 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

4) *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) *Electronic journal article:* 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.

#### **Auricles submitted on diskette**

Along with the printed text, articles should be also submitted on a Windows compatible diskette or disc (CD). The diskette/CD should only contain the file to be published. The printed copy of the article should correspond exactly to the version on diskette. The text must be written in a word processor (Word), in Times New Roman. Tables, graphs and figures often need to be created again, so their printed copy should also be provided.

**PREPLATITE SE NA  
PSIHIJATRIJU DANAS Vol. 45/2013 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 2013. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Palmotićeve 37, 11 000 Beograd.



**SUBSCRIBE TO  
PSYCHIATRY TODAY Vol. 45 (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, Palmotićeve 37, 11000 Belgrade, Serbia,  
Tel/Fax: 381-11-3226 925, 3236 353.



CIP – Каталогизacija y publikaciji  
Народна библиотека Србије, Београд  
616.89(497.11)

PSIHIJARIJA danas : časopis Udruženja psihijatara  
Srbije = Psychiatry today : Official Journal of the Psychiatry  
Association of Serbia. – God. 8, br. 1/2 (1976)– . – Beograd:  
(Palmotićeва 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**  
Palmotićeva 37, 11000 Beograd, Srbija  
Tel/faks 3236-353, 3226-925  
[www.imh.org.rs](http://www.imh.org.rs)

**Institute of Mental Health**  
Palmoticeva 37, 11000 Belgrade, Serbia  
Tel/fax 3236-353, 3226-925  
[www.imh.org.rs](http://www.imh.org.rs)

Ne dozvolite da život  
prolazi pored njih!



 **Rispolept CONSTA<sup>®</sup>**  
RISPERIDON SA PRODUŽENIM DELOVANJEM

**Uključite ih u život!**

**janssen**   
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF 

JANSSEN Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson  
Omladinskih brigada 88B, 11070 Beograd  
tel: +381 (0)11 353 68 00, fax: +381 (0)11 353 68 01





# Za više vedrine

## Lata

escitalopram

film tablete 28x10mg



Prilikom propisivanja leka, prethodno pročitajte kompletan tekst Sažetka karakteristika leka Lata.

Lek se može izdavati samo uz lekarski recept.

Broj prve dozvole i obnove dozvole:

Lata, 10mg, film tablete: 206/2011/12

Datum prve dozvole i datum obnove dozvole:

Lata, 10mg, film tablete: 13.01.2011.

Datum revizije teksta: Novembar, 2010.

svako dobro  **Hemofarm**

član STADA grupe

# **SIZAP<sup>®</sup>**

**olanzapin**



**SIZAP<sup>®</sup>, film tablete, 30x5mg**  
**SIZAP<sup>®</sup>, film tablete, 30x10mg**



# DRUGIM PUTEM

 PharmaSwiss  
Choose More Life



**TIMOPRAM**<sup>®</sup>  
citalopram

F I L M T A B L E T E 2 0 m g

**Brži odgovor na terapiju**<sup>1</sup>

**Nizak potencijal za interakcije**<sup>12</sup>

**Dobra podnošljivost**<sup>1</sup>

Lek se može izdavati samo uz lekarski recept.  
Nosilac dozvole za stavljanje leka u promet:  
PharmaSwiss d.o.o, Vojvode Stepe 18, Beograd.  
Broj i datum izdavanja dozvole za stavljanje u promet:  
od 25.11.2008. JKL 1072706. Samo za stručnu javnost.



**ZELDOX<sup>®</sup>**  
(ziprasidon)





**Seroquel XR<sup>®</sup>**  
Kvetiapin

# NETIPIČNI ATIPIČNI ANTIPSIHOTIK

Shizofrenija  
Bipolarni afektivni poremećaj  
Veliki depresivni poremećaj\*

**AstraZeneca** 

Predstavništvo AstraZeneca UK Ltd.  
Augusta Cesarca 12, 11000 Beograd  
Tel + 381 11 3336 900  
Fax + 381 11 3674 310  
www.astrazeneca.com

Broj dozvole za Seroquel XR 50 mg: 2872/2010/12; od 06.05.2010.  
Broj dozvole za Seroquel XR 150 mg: 2874/2010/12; od 06.05.2010.  
Broj dozvole za Seroquel XR 200 mg: 2875/2010/12; od 06.05.2010.  
Broj dozvole za Seroquel XR 300 mg: 2871/2010/12; od 06.05.2010.  
Broj dozvole za Seroquel XR 400 mg: 2873/2010/12; od 06.05.2010.

**Režim izdavanja:**

Lek se može izdavati samo uz lekarski recept.

**Samo za stručnu javnost.**

Detaljnije informacije o leku su dostupne u Sažetku karakteristika leka Seroquel XR, Predstavništvo AstraZeneca UK Ltd.

Izvedeno iz materijala odobrenog od strane Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije rešenjem br. 15-00-00559-2012-3-009 od 17.09.2012.

\*Dodatna terapija kod epizode velike depresije

Onzapin 5mg JKL 1070025, Onzapin 10mg JKL 1070023, Onzapin  
Onzapin 5mg JKL 1070025  
Onzapin 5mg JKL 1070025, Onzapin 10mg JKL 1070023, Onzapin  
Onzapin 5mg JKL 1070025,  
Onzapin 10mg JKL 1070023, Onzapin 15mg JKL 1070024, Onzapin



# Onzapin®

olanzapin

Film tablete 28 x 5mg  
Film tablete 28 x 10mg

JKL 1070025  
JKL 1070023

ATC N05AH03

