

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDC 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2012/XLIV/1/5-105/BEOGRAD

PSYCHIATRY TODAY
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association

UDK 616.89

ISSN-0350-2538

PSIHIJARIJA DANAS

INSTITUT
ZA MENTALNO ZDRAVLJE

PSYCHIATRY
TODAY

INSTITUTE
OF MENTAL HEALTH

PSIHIJAT. DAN.
2012/XLIV/1/5-105/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-MILOVANČEVIC

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

Website: www.imh.org.rs

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 44

BEOGRAD

BROJ 1, 2012

SADRŽAJ**ISTRAŽIVAČKI RADOVI**

- Povezanost optimizma/pesimizma, emocionalne regulacije i kontrole kod postpartalne depresije
/A. Fazlagić, Đ. Soleša Grijak 5
- Uticaj komorbidne depresivnosti na kvalitet života osoba sa epilepsijom
/M. Milovanović, Ž. Martinović, M. Jovanović, N. Buder, P. Simonović,
R. Đokić 21
- Uloga iracionalnih uverenja i ličnosti u kognitivnoj reaktivnosti na tužno raspoloženje
/I. Peruničić, T. Vukosavljević-Gvozden, Z. Marić 35
- Asertivnost kod adolescenata sa anksioznim poremećajima – povezanost sa dimenzijama ličnosti, socijalnom zrelošću i sociodemografskim karakteristikama
/Ž. Košutić, V. Dukanac, Z. Bradić, M. Mitić, M. Mitković, V. Mandić Maravić,
M. Pejić, A. Peulić, D. Lečić Toševski 47
- Depresivna simptomatologija i zdravstveni status žena zaposlenih u oblasti psihijatrije u Mađarskoj
/G. Szényei, S. Ádám, Z. Győrffy, J. Harmatta, F. Túry 61

STRUČNI RADOVI

- Razgovor s odsutnim: privatni govor starica na selu
/J. Mirić 73

Prikazi knjiga

- Samoubistvo, pomoć, nada – psihoterapijska intervencija u krizi nakon pokušaja samoubistva
Autor Gordana Dedić
(Zorka Lopičić) 83
- Čarobni mozak
Autor Jovo Toševski
(Aleksandar Damjanović) 85

Obaveštenja

- Izveštaj o XIV Nacionalnom kongresu Udruženja psihijatara Srbije i
III Kongresu Udruženja psihijatara Istočne Evrope i Balkana – “Psihijatrija za svet koji se menja” 93
- Kalendar kongresa 95
- Uputstva saradnicima 101

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 44

BELGRADE

NUMBER 1, 2012

CONTENTS**RESEARCH ARTICLES**

- Correlation between optimism/pessimism, emotional regulation and control in postpartum depression
/A. Fazlagic, Dj. Solesa Grijak 5
- The influence of comorbid depression on the quality of life in persons with epilepsy
/M. Milovanovic, Z. Martinovic, M. Jovanovic, N. Buder,
P. Simonovic, R. Djokic 21
- The role of irrational beliefs and personality in cognitive reactivity to sad mood
/I. Perunicic, T. Vukosavljevic-Gvozden, Z. Maric 35
- Assertiveness in adolescents with anxiety disorders – correlation with personality dimensions, social maturity and socio-demographic characteristics
/Z. Kosutic, V. Dukanac, Z. Bradic, M. Mitic, M. Mitkovic,
V. Mandic Maravic, M. Pejic, A. Peulic, D. Lecic Tosevski 47
- Depressive symptomatology and health status of Hungarian females working in the field of psychiatry
/G. Szényei, S. Ádám, Z. Györffy, J. Harmatta, F. Túry 61
- GENERAL ARTICLES**
- Conversations with the absent: private speech of the rural elderly
/J. Miric 73
- Book Reviews**
- Suicide, help, hope – psychotherapeutic crisis intervention after attempted suicide
Author Gordana Dedic
(Zorka Lopicic) 83
- Magical Brain
Author Jovo Tosevski
(Aleksandar Damjanovic) 85
- Announcements**
- Report on the XIV National congress of the Serbian Psychiatric Association and III Congress of the Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans – “*Psychiatry for a changing world*” 93
- List of congresses 95
- Instruction to contributors 103

POVEZANOST OPTIMIZMA/PESIMIZMA, EMOCIONALNE REGULACIJE I KONTROLE KOD POSTPARTALNE DEPRESIJE

Anida Fazlagić, Đurđa Soleša-Grijak

Državni univerzitet u Novom Pazaru

Apstrakt: Optimizam je raspoloženje ili nastojanje da se sagleda povoljnija strana događaja ili uslova i da se očekuje povoljnije rešenje problema. Rođenje deteta donosi radost i blagostanje. Iscrpljenost nakon porođaja, stres i nedostatak sna u prvim nedeljama, preokret ritma života, pa i meseci života novorođenčeta možda nisu uzroci, ali kako pokazuju današnje statistike pospešuju trenutno stanje koje u 10% slučajeva vodi ka postpartalnoj depresiji. Stoga je cilj rada jeste ispitati povezanost optimizma, pesimizma i emocionalne regulacije i kontrole sa postpartalnom depresijom kod porodilja u nakritičnijem periodu za pojavu postpartalne depresije od 7 dana do 6 meseci. Dodatni cilj je i ispitivanje povezanosti demografskih obeležja (starost, nivo obrazovanja i broj trudnoća) sa pojavom postpartalne depresije. Rezultati su pokazali da je postpartalna depresija povezana sa emocionalnom regulacijom i kontrolom, sa pesimizmom, a da negativno korelira sa optimizmom. Proverom sociodemografskim varjabli, značajn podatak jeste povezanost postpartalne depresije kod žena sa visokim stepenom stručne spreme.

Ključne reči: *Optimizam, emocionalna regulacija i kontrola, postpartalna depresija, porodilja*

Uvod

Prelazni period majčinstva je stresna situacija i u većini slučajeva nastavlja se normalnom psihološkom prilagodbom. Za neke žene taj prelaz može biti ispunjen i dodatnim stresorima koji ih čine podložnim za razvoj postpartalne depresije. Otprilike 10 % do 13 % žena razvije nepsihotočnu postpartalnu depresiju nakon porođaja [1,2,3], iako je stopa prevalencije (do 26%) posmatrana više kod žena koje žive u gradovima ali imaju niska primanja [4]. Tokom protekle tri decenije, znatan broj istraživanja pokazuje da majčina depresija tokom postpartalnog perioda predstavlja ozbiljan javno zdravstveni problem za žene, dojenčad, i porodicu. Postpartalna depresija ima štetne, trajne posledice na dete i dobrobiti deteta [5,6], na majke i očeve [7], te na kvalitet odnosa u bračnoj zajednici [4]. Prema poslednjim podacima stopa postpartalne depresije raste, tako da se danas procenjuje da danas iznosi 20% u američkoj populaciji [8].

Optimizam i postpartalna depresija

Značajan broj istraživanja urađeno je sa ciljem da se otkrije u kojoj meri je optimizam zaštitni faktor u odbrani od postpartalne depresije, pod uslovima visoko-rizične trudnoće, povišenih depresivnih simptoma, i psihosocijalnih stresora. Istraživači su posebno bili usmerni ka identifikaciji pojedinačnih zaštitnih faktora, kao što su: optimizam, unutrašnji lokus kontrole samopoštovanje i strategije suočavanja sa stresom u prevenciji depresije[9,10]. Samopoštovanje i optimizam jesu pouzdani faktori koji doprinose diferencijalnoj osetljivosti na depresiju tokom postpartalnog perioda.

Depresija tokom trudnoće je jedan od najjačih prediktora postporođajne depresije u nekoliko studija [11]. U stvari, neki podaci ukazuju da će depresivni simptomi biti veći nakon poroda, nego tokom trudnoće [11]. Ostali psihosocijalni stresori tokom trudnoće povezani su sa razvojem simptoma depresije nakon rođenja deteta. Najčešće se pominju problemi sa emocionalnom podrškom partnera [12,13], sukobi u braku ili nezadovoljstvo brakom [13]. Stresni negativni životni događaji [14], hronični stres zbog nepovoljnih uslova stanovanja [15], ugroženi egzistencijalni uslovi [15,16], ili somatske poteškoće tokom trudnoće[17], kao i niska razina socijalne podrške i prethodna lična psihopatologija [18], pronađeni su kao bitni predisponirajući faktori za razvoj postpartalne depresije.

Nadalje, optimistične žene u situacijama fizičkog stresa, značajno manje razvijaju kliničke simptome deprsije od pesmističnih žena. Optimizam u trudnoći je povezan sa otpornosti da se razviju simptomi postnatalne depresije [19]. U skladu sa nedavnim istraživanjima među crnim i belim ženama, sa niskim finansijskim prihodima koje su doživele visoke frekvencije akutnog i hroničnog stresa, optimizam je bio povezan sa znatno nižim depresivnim simptomima nego pesimizam [20].

Prema Seligmanu, [21] optimizam je raspoloženje ili nastojanje da se sagleda povoljnija strana događaja ili uslova i da se očekuje povoljniji

izlaz.. Stoga smo se u ovom istraživanju vodili ovom definicijom. Pesimista misli sasvim suprotno: dobri događaji su privremeni, loši su, i trajni, dobri događaji su rezultat srećnih događaja, loši događaji su predvidljivi. Pesimista takođe greši u pripisivanju krivice. On će nastojati da okrivi sebe za sve loše događaje ili će okriviti sve i svakoga [12].

Značajni dokazi sugerišu da je optimizam koristan, a pesimizam štetan za psihičko blagostanje, posebno u stresnim situacijama ili prelaznim periodima života [12]. Dakle, optimizam može funkcionirati kao zaštitni faktor koji modelira elastičan okvir adaptacije u prelaznim periodima života. Na primer, u prospektivnoj studiji od 75 trudnica, pokazano je da optimizam moderira tendenciju da se postane depresivan nakon stresnog događaja poroda [11]. Optimizam je povezan sa manje simptoma depresije u periodu od tri nedelje nakon poroda. Slično tome, u longitudinalnom istraživanju, koje je trajalo tri godine, na 460 žene u dobi od 42 do 50 koje su bile na prelaznom periodu u menopauzi, optimistične žene koje su doživele akutne stresne i kronične stresne događaje su manje izveštavale o naknadnim depresivnim simptomima nego što je to bio slučaj kod pesimističnih žena [22]. Optimisti koriste više konstruktivnih strategija suočavanja, kao što su aktivno suočavanje, planiranje, traženje socijalne podrške, i pozitivna reinterpretacija, koja promoviše bolje psihološko prilagođavanje. Pesimisti se oslanjaju na više maladaptivne pristupe, kao što su poricanje, emocionalno pražnjenje, i izbegavanje ciljeva koji ih čine ranjivim.

Optimizam može da bude jedna vrsta imunizacije protiv mnoštva životnih problema. Seligman [20]. piše da se u preko stotinu studija-koje su uključile više od pola miliona dece i odraslih-pokazalo da su optimisti ređe depresivni, da su uspješniji u školi i na poslu, kao i da su čak fizički zdraviji od pesimista. Možda je i najvažnije to da je optimizam, čak i kod dece koja nemaju predispoziciju da razviju optimizam i koja su manje emocionalno inteligentna, mogu tokom života naučiti da se ponašaju optimističnije kao i da prepoznaju i usmere svoje emocije. Još više zabrinjava to što se ozbiljna depresija javlja u ranijem životnom ciklusu. Seligman navodi otkrića do kojih se došlo ispitivanjem 3000 dece između devete i četrnaeste godine, pri čemu je ustanovljeno da je 9% njih predoređeno da ima ozbiljne depresivne simptome. Na sreću, postoji način kako da se dete odbrani od optimizma o čemu su pisali Beck i suradnici [24], borba protiv depresije samo je jedan od blagodatni učenja dijeteta da bude optimista.

Emocionalna regulacija i kontrola

Roger i Neshoever [25] definišu konstrukt emocionalne kontrole kao opštu tendenciju ka inhibiranju ekspresije emocionalnih reakcija. Lok i Bishop [26] smatraju da inhibicija emocija ne mora nužno biti nezdrava. Gross i Levenson prema [27] ukazuju na postojanje određenih civilizacijskih zahteva prema kojima je ispravno i nužno inhibirati spontano izražavanje emocija. Evidentno je da zdrave odrasle osobe često moraju u različitim stepenima inhibirati izražavanje svojih emocija [27]. Freud je tvrdio da je emocionalna inhibicija važan uzročnik nastanka psihičkih bolesti. Stoga je njegova terapija upravo bila usmerena ka oslobađanju potisnutih emocija čija je ekspresija iz nekog od mnoštva potencijalnih razloga bila osujećena. U vezu s mentalnim zdravljem često se dovode brojni drugi konstrukti vezani uz emocije, međutim, relativno mali broj istraživanja posvećen je odnosu emocionalne kontrole i mentalnog zdravlja. Jedan od konstrukata vezanih uz emocije, a čiji su se efekti na mentalno zdravlje ispitani, je *konflikt pri emocionalnom izražavanju* [29].

Taj konflikt uključuje želju da se izrazi emocija i nemogućnost da se to i učini, odnosno izražavanje emocije uz istodobnu želju da se to ne čini. Ova vrsta konflikta, navode King i Emmons [29], povezana je s osećajem distresa i posebno sa depresijom.

Regulacija emocija odnosi se na procese kojima individue utiču na to koje emocije ima, kada ih ima i kako ih doživljava i pokazuje. Regulacija emocija je, zajedno sa generisanjem emocija, glavna tema savremene afektivne nauke. Istraživanja regulacije emocija pokazuju da procesi emocionalne regulacije mogu biti automatski ili kontrolisani, svesni ili nesvesni i da mogu imati efekte na jedan ili više aspekata u procesu generisanja emocija [30]. Razlikovanje poteškoća u emocionalnoj regulaciji od problema sa generisanjem emocija nije uvek lak posao. Zaista, iako psihopatologija često predstavlja neuspeh regulacije emocija, mnogi pojedinačni slučajevi psihopatologije su manje povezani sa regulacijom emocija nego sa abnormalnostima u mehanizmima generisanja emocija. Depresija ima heterogenu etiologiju. Razlika između obrazaca generisanja emocija i regulacije emocija koji mogu dovesti do depresivnosti, mogu biti korisni za objašnjavanje heterogenosti etiologije depresije. Na primer, nasledna osobina neuroticizma se povezuje sa vulnerabilnošću ka depresiji – putem niskog praga generisanja negativnih emocija [31]. Ipak, obrasci regulacija emocija koji mogu voditi ka depresiji takođe se mogu pojaviti zbog disfunkcionalnih načina pokušaja kontrole ili prevladavanja afektivnih impulsa. Pregledom literature nismo naišli na istraživanja koja su se bavila povezanošću postpartalne depresije i emocionalne regulacije i kontrole.

Cilj rada jeste ispitati povezanost optimizma, pesimizma i emocionalne regulacije i kontrole sa postpartalnom depresijom kod porodilja u nakritičnijem periodu za pojavu postpartalne depresije od 7 dana do 6 meseci. Dodatni cilj je i ispitivanje povezanosti demografskih obeležja

(starost, nivo obrazovanja i broj trudnoća) sa pojavom postpartalne depresije. U skladu sa ciljem istraživanja formulisali smo sledeće hipoteze:

Hipoteza H1 (u daljem tekstu H1) – Viši nivo izraženosti postpartalne depresije kod porodilja je povezan sa višim nivoima emocionalne regulacije i kontrole (H1a) i pesimizma (H1b), i nižim nivoom optimizma (H1c).

U osnovi depresije je emocionalni poremećaj, koji nije u skladu sa objektivnim okolnostima. Emocionalna regulacija i kontrola je tendencija ka inhibiranju emocija, a psihopatologija je neretko posledica neuspeha regulacije emocijama. Izrazite promene raspoloženja od velike tuge do dobrog raspoloženja, nedostatak ljubavi prema detetu negativne misli jesu najznačajniji simptomi postpartalne depresije, prema [33]. Budući da je očigledno u osnovi postpartalne depresije emocionalna disfunkcija, proveravali smo odnos emocionalne kontrole, optimizma i pesimizma.

Hipoteza H2 (u daljem tekstu H2) – Porodilje sa visokim stepenom obrazovanja beleže viši stepen postpartalne depresije u odnosu na porodilje sa srednjim stepenom obrazovanja. Prema većini istraživanja [15,16,18, 32,33], nivo obrazovanja nije povezan sa rizikom za razvoj postpartalne depresije, a mi smo proveravali da li i u kojoj kategoriji (VSS/SSS) rizik za razvoj depresije postoji.

Hipoteza H3 (u daljem tekstu H3) – Postpartalna depresija nije povezana sa starošću majke (H3a) i brojem porođaja (H3b). Prema većini istraživanja, nema značajne korelacije ova dva obeležja majke sa postpartalnom depresijom. [15,16,18,32,33].

Metod

Uzorak

U istraživanju su učestvovala porodilje (N=50) iz Novog Pazara i Sjenice. Starosna dob ispitanica je od 19 do 36 godina, sa prosekom od 27 godina (M= 26.94). Broj trudnoća ispitanica je bio u rasponu od 1-5, dok je najveći broj ispitanica imalo jednu trudnoću (M= 1.90, SD= 1.055, N= 22). Prema stručnoj spremi najveći broj ispitanica ima srednju stručnu spremu (74%), a visoku stručnu spremu ima (26%) ispitanica. Sve ispitanice imale su normalan porod bez većih poteškoća, a njihovo zdravstveno stanje kao i stanje deteta je dobro. U tabeli 1 prikazane su osnovne sociodemografske karakteristike uzorka. Ispitanice su podeljene na tri ravnomerne starosne grupe koje će biti korištene u daljoj analizi.

Instrumenti

U istraživanju su korišćene tri skale procene: Edinburška skala postnatalne depresije, Upitnik emocionalne regulacije i kontrole, Skala optimizma i pesimizma.

Edinburška skala postnatalne depresije (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) čiji su autori, J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky, nastala je 1987 godine [34]. EPDS je skala procene i sastoji se od 10 pitanja u formi izjave koje opisuju simptome koji se odnose na postpartalnu depresiju sa formatom od četiri alternativna odgovora. Reakcije se ocenjuju od 0 do 3 počevši od ozbiljnosti simptoma, gde skor tri znači da imaju jako izražene simptome, dok nula označava da nema simptoma.

Ukupan broj bodova se određuje zbrajanjem bodova za svako od deset pitanja, tako da je raspon rezultata od 0-30. Rezultati veći ili jednaki 12 predstavljaju rizik za razvoj postpartalne depresije. Pouzadnost skale na našem uzorku je zadovoljavajuća i iznosi $\alpha = .714$.

Upitnik emocionalne regulacije i kontrole

Upitnik emocionalne regulacije i kontrole (UERK) [35] sastoji se od 20 čestica, koje procenjuju veličinu efekata emocija i raspoloženja za mišljenje, pamćenje i ponašanje pojedinca. Sadrži tvrdnje kojima je cilj procena (negativnih) efekata *emocija i raspoloženja na mišljenje, pamćenje i ponašanje*, kao i sposobnost *emocionalne kontrole*. Upitnik je Likertovog tipa sa pet stupnjeva, gde se čestica 1- uopšte NE, a 5 - potpunosti DA. Ukupan broj bodova određuje se zbrajanjem bodova za svako pitanje. Što je rezultat više to upućuje na veću emocionalnu regulaciju i kontrolu. Pouzdanost skale na našem uzorku je zadovoljavajuća i iznosi $\alpha = .883$.

Skala optimizma/pesimizma

Za ispitivanje optimizma i pesimizma korištena je Skala optimizma i pesimizma, autora Changa [36]

Skala sadrži 14 tvrdnji i to 6 za procenu optimizma i 8 za procenu pesimizma. Skala je Likertovog tipa s pet stupnjeva. Ukupni rezultat se formira kao linearna kombinacija (suma) rezultat u svakoj pojedinoj čestici, i to posebno za optimizam i posebno za pesimizam.

Na osnovu rezultata istraživanja [36] pokazalo se da između skale optimizma i pesimizma postoji visoka negativna korelacija, što znači da su ova dva konstrukta u osnovi dve dimenzije, a ne dva pola iste dimenzije. Pouzdanost skale na našem uzorku je zadovoljavajuća i iznosi za optimizam $\alpha = .632$, a za pesimizam $\alpha = .728$.

Postupak

Instrumenti su primenjivani grupno tokom kućne posete porodiljama kao i tokom rutinskog pregleda u ginekološkoj ordinaciji. Nakon što im je data uputa, porodilje su ispunjavale upitnike, a po završetku ispitivanja objašnjen im je cilj istraživanja. Ispitanice su ispitivine u periodu od sedam dana do šest meseci nakon porođaja. Prikupljanje podataka trajalo je četiri meseca.

Rezultati

Prikupljeni podaci analizirani su uz pomoć statističkog paketa SPSS PASW 18.0. Linearnom korelacionom analizom dobili smo sledeće rezultate za varjable postpartalna depresija, emocionalna regulacija i kontrola, optimizam i pesimizam. Rezultati su prikazani u tabeli 1.

Tabela 1. Korelacije varjabli istraživanja

	EPDS	UERK	optimizam	pesimizam
EPDS				
UERK	,506**			
optimizam	-,346*	-,204		
pesimizam	,397**	,670**	-,371**	

* $p < ,05$, ** $p < ,01$

Prema našim rezultatima, postoji povezanost postpartalne depresije i emocionalne regulacije i kontrole, i ta povezanost je pozitivna i statistički značajna ($p < 0.01$), kao i povezanost između postpartalne depresije i pesimizma ($p < 0.01$), dok je povezanost optimizma i postpartalne depresije negativna, što upućuje na zaključak da što je optimizam kao crta ličnosti izražajniiji to je rizik za pojavu postpartalne depresije niži ($p < 0.05$).

Za naš uzorak možemo reći da većina žena nema rizik da razvije postpartalnu depresiju ($M = 10.18$; $SD = 4.67$), da većina žena ima tendenciju ka inhibiciji svojih emocija te da ih češće regulišu i kontrolišu.

Povezanost životne dobi, broja trudnoća, nivoa obrazovanja i postnatalne depresije

Jedan od ciljeva istraživanja bilo je i utvrditi da li postoji povezanost životne dobi, broja trudnoća i nivoa obrazovanja sa postpartalnom depresijom.

U našem istraživanju, većina 58% ispitanica nema rizik da razvije postpartalnu depresiju, dok 40% ispitanica ima rizik da razvije postpartalnu depresiju.

Hijerarhijskom regresijom hteli smo da ustanovimo da li se pomoću optimizma, pesimizma i emocionalne kontrole i regulacije može predvideti postpartalna depresija. Najpre smo proveravali da li je emocionalna kontrola i regulacija značajan prediktor postpartalne depresije. Emocionalna regulacija i kontrola jeste značajan prediktor postpartalne depresije ($p=.00$) i objašnjava 26% varijanse postpartalne depresije (ΔR^2). Zatim smo proveravali da li optimizam i pesimizam značajno doprinose predikciji postpartalne depresije. Međutim, optimizam i pesimizam ne doprinose značajno postpartalnoj depresiji ($p=.14$).

Optimizam i pesimizam objašnjavaju dodatnih 6% varijanse EPDS (ΔR^2), tako da sve tri varijable ukupno objašnjavaju 32%. U tabeli 2 prikazana je značajnost modela.

Tabela 2. Hijerarhijska regresija, značajnost modela

Model		SS	df	MS	F	p
1- UERK	Regresija	273.82	1	273.82	16.52	0.00
	Rezidual	795.56	48	16.57		
	Total	1069.38	49			
2- UERK, optimizam, pesimizam	Regresija	339.76	3	113.25	7.14	0.00
	Rezidual	729.62	46	15.86		
	Total	1069.38	49			

Zavisna varijabla – Postnatalna depresija (EPDS)

Emocionalna regulacija i kontrola je značajan prediktor postpartalne depresije, dok pesimizam i optimizam nisu. U tabeli 3 prikazani su regresioni koeficijenti.

Tabela 3. Regresioni koeficijenti

Model	prediktor	B	Beta	t	p
1- UERK	UERK	-.17	-.51	4.06	.00
2-UERK, optimizam, pesimizam	UERK	.15	.46	2.78	.01
	optimizam	-.37	-.26	-1.94	.06
	pesimizam	.00	.00	-.02	.98

Zavisna varijabla – Postnatalna depresija (EPDS)

H1 je delimično potvrđena (Viši nivo izraženosti postpartalne depresije kod porodilja je povezan sa višim nivoima emocionalne regulacije i kontrole (H1a) i pesimizma (H1b), i nižim nivoom optimizma (H1c). H1a je u potpunosti potvrđena, dok su b i c delimično potvrđene – optimizam i pesi-

mizam beleže značajne korelacije sa postpartalnom korelacijom, ali ne doprinose značajno predikciji postpartalne depresije kada se u analizu uključi emocionalna regulacija i kontrola.

Postnatalna depresija i demografska obeležja trudnica

Putem ANOVA-e i t-testa – posmatrali smo razlike u depresivnosti kod pojedinih kategorija porodilja. Kod starosti i broja trudnoća je rađena ANOVA, a kod stručne spreme t-test za nezavisne uzorke.

Jedina značajna razlika je u stručnoj spremi – značajno viši nivo depresivnosti se beleži kod žena visoke stručne spreme ($p=.02$). H2 je potvrđena; (H2 – Porodilje sa visokim stepenom obrazovanja beleže viši stepen postpartalne depresije u odnosu na porodilje sa srednjim stepenom obrazovanja). H3 je potvrđena; (H3 – Postpartalna depresija nije povezana sa starošću majke (H3a) i brojem porođaja (H3b)).

Diskusija

Postpartalna depresija je sve učestalija i posledica je interakcije faktora fiziološke, fizičke i socijalne sredine, ali se ne može jasno odrediti šta je uzrokuje. Ovim radom smo pokazali da postpartalna depresija nije povezana sa optimizmom kao crtom ličnosti, dok je emocionalna regulacija i kontrola značajan prediktor postpartalne depresije. Poznato je da su emocije osnovni deo onoga što jesmo i igraju važnu ulogu u našim odnosima sa ostalima. One se ne mogu zaobići. Kako je rođenje deteta velika promena za roditelje, pre svega majku, razumljivo je da postoje određene reakcije i novi obrasci ponašanja koji ženu u tom period usvaja i integriše za novu ulogu u životu. Jako je bitno da trudnice u periodu postpartalne depresije znaju da prepoznaju i usmere emociju, a ne da inhibiraju emocije. Samo, većina nas je tradicionalno nastrojena da veruje da emocije treba zapostaviti u uverenju da trebamo ili da bi bili efikasniji. Paez [37] smatra da je inhibicija nezdrava iz dva razloga; pre svega, inhibicija se može posmatrati kao hronični (kumulativni) stresor. Prema istom autoru dugoročna inhibicija rezultira hroničnim autonomnim i kortikalnim uzbuđenjem. To uzbuđenje vodi do endokrine aktivnosti koja nadalje ugrožava imunološki sistem povećavajući osetljivost (podložnost) na bolesti. Lok i Bišop [26], kažu da inhibicija može delovati na način da pojačava stres preispinirajući pri tome pojedinca na psihičke i telesne bolesti povezane sa stresom. U skladu sa tim, istraživanja su pokazala da kod pojedinaca koji aktivno inhibiraju emocionalno izražavanje dolazi do merljivih imunoloških promena u smeru potencijalno lošijeg zdravlja. Generalno kod depresije postoji konflikt koji uključuje želju da se izrazi emocija i nemogućnost da se to učini [29]. Depresogenih strategija emocionalne regulacije verovatno ima mnogo – od ruminacije [38],

kognitivnog stila samofokusiranosti koje produžavaju i produbljuju negativno raspoloženje, što dovodi do samomedikacije. Potrebna su dodatna istraživanja kako bi se ispitala uloga generisanja emocija i regulacije emocija kod depresivnog poremećaja (i drugih poremećaja) i kako bi se procenile njihove implikacije u etiologiji.

Naši rezultati su u skaldu sa rezultatima ostalih istraživanja koja su se bavila ovom temom. Verovatnije je da će optimistična razmišljanja o ishodu porođaja, optimistična očekivanja od uloge koju žena preuzima zaštititi porodilju od razvoja simptoma postpartalne depresije.

Dispozicionalni optimizam i samopoštovanje proučavani su kao prediktori postpartalne depresije. Optimizam je povezan sa niskom stopom depresije tokom trudnoće i dve nedelje nakon trudnoće. Ovi podaci ukazuju da optimizam jeste pouzdan faktor koji doprinosi diferencijalnoj osetljivosti na depresiju tokom postpartalnog perioda [39].

Postpartalna depresija nije povezana sa starošću majke. Kod žena adolescenata, usamljenost i socijalna podrška u većoj meri su povezani sa depresijom koja se doživi posle porođaja. Kako je adolescencija opisana kao period kada se čovekova samosvest još uvek razvija [12] moguće je da je socijalna podrška razvojno više važna za majke – adolescente, dok je samopoštovanje više važno za odrasle majke. Jednako tome komorbiditet “stres porođaja” koji predstavlja teškoće u prilagođavanju u ulozi roditelja dominantnije se javlja kod mlađih porodilja sa slabijim prihodima i nižeg obrazovanja.

Prema rezultatima našeg istraživanja, porodilje sa visokim stepenom obrazovanja beleže viši stepen postpartalne depresije u odnosu na porodilje sa srednjim stepenom obrazovanja. Smatramo da je ovaj podatak jako važan te da je pod uticajem kulturoloških i sredinskih faktora. Na području na kojem je vršeno istraživanje položaj i uloga žene u društvu pod uticajem je tradicionalnih normi i obrazaca ponašanja. U skladu sa društvom u kojem žive, moguće je da većina žena nije spremna iskazati svoje stvarno emocionalno stanje, dostići lično zadovoljstvo i emocionalni prosperitet. Kako naši rezultati pokazuju 74% ispitanica je srednje stručne spreme, što možemo pretpostaviti i da je stvarna slika u regionu u kojem je vršeno istraživanje. Žene sa višim stepenom stručne spreme “intelektualke”, uglavnom su zaposlene na poslovima gde je nivo odgovornosti povećan te se od njih samim tim i više očekuje. Usled disproporcije da odgovore zahtevima koje imaju na poslu, i ulozi majke i supruge koje je na ovom području primarna, i tradicionalna jedina uloga žene, “intelektulake” zastaju na putu svog samoostvarenja, inhibirajući svoje potrebe i ne iskazujući svoje emocije. S tim u vezi, jeste i ne razumevnje okoline na prohteve koje žena koja je visoko obrazovana ima i traži. Neretko, žena u ovom području, ne nailaze na podršku šire i uže porodice u razumevanju za karijeru i profesionalno ostvarenje. Struktura porodice u ovom reigonu, još uvek je pod uticajem tradicionalnih normi, gde jednu porodicu bazično čine roditelji,

deca i roditelji jednog od roditelja, najčeće su to roditelji supruga. Visokoobrazovana žena naviknuta i sposobna da identifikuje problem i da u skladu sa tim odabere socijalnu strategiju, pod pritiskom je ostalih članova porodice, da njena evaluacija problema i odabrane strategije bude procenjena kao dobra i poželjna a opet da je u skladu sa normama koje sredina nosi. Taloženje niza neuspeha, sa sobom nosi i bespomoćnost. Bespomoćnost kao naučeno ponašanje, prema autorima bihevijoralne orijentacije, nužno vodi depresiji ili nekom od poremećaja raspoloženja.

Porodaj i postpartalni period predstavljaju specifičan vid psihofiziološke maturacione krize u životu svake žene. Hormonalne promene, izmena telesne šeme, aktiviranje konflikata veznih za trudnoću kao i intrapsihička reorganizacija koja nastaje preuzimanjem majčinske uloge označavaju faktore koji su najznačajniji u precipitiranju psihičkih poremećaja tokom puerperijuma. Estradiol može da pojača osetljivost postsinaptičkih dopaminskih receptora, povećavajući tako rizik od razvoja promena raspoloženja ili psihoze, hipotalamičko-hipofizna adrenokortikalna osovina i markeri hiperkortizolemije pri čemu je kortizol povišen u slučajevima pospartalne depresije.

Generalno, heterogenosti etiologije depresije, diferencijalne dijagnoze i komorbiditeta, vulnerabilnosti koja je direktno povezana sa hereditetom dodatno otežavaju ispitivanje ovog poremećaja. Malim uzorkom došli smo do rezultata koji značajno upućuju na emocionalnu inhibiciju kao mogući faktor rizika z arazvoj postpartalne depresije. Mogući zaštitini faktori jesu i strategije suočavanja sa stersom i samopoštovanje koje nismo ispitivali u ovom istraživanju. Dobra strategija suočavanja, optimizam kao crta ličnosti, emocionalna inteligencija, kao sposobnost razumevanja i kanalisanja osećanja, i visoko samopoštovanje su prema dosadašnjim istraživanjima, uključujući i naše istraživanje, prepoznati kao mogući psihološki konstrukti zaštite od ovog poremećaja raspoloženja.

Zaključak

Rezultati našeg istraživanja su pokazali da je emocionalna regulacija i kontrola značajan prediktor postpartalne depresije, dok optimizam/pesimizam kao dve odvojene crte ličnosti nisu značajni prediktori postpartalne depresije. Naredna istraživanja bi se mogla usmeriti kao proučavanju *reflekse* razine emocija. Na refleksnoj razini osoba ima pristup znanjima koje je o svojim i tuđim raspoloženjima stekla iz iskustva a koje je osposobljavaju za praćenje, vrednovanje i regulaciju emocija, jer spomenuta znanja osoba može koristiti u svrhu regulacije svojih i tuđih raspoloženja. Budući da optimizam negativno korelira sa postpartalnom depresijom, u situacijama kada ne postoje nikakve fizičke prepreke, ginekolozi, kao stručnjaci u koje trudnice tokom trudnoće

imaju najviše poverenja mogli bi ohrabrivati trudnice u smislu pozitivnih očekivanja tokom i nakon porođaja, a svojim pristupom olakšati trudnici optimističniji pogled na budućnost koja je očekuje.

Postpartalna depresija na našim prostorima zanemarena je kao oblik depresivnosti, o čemu svedoči i pregled literature na našem jeziku. Kao što smo rekli u uvodnom delu, njome se ne bave ni psihijatri, ni psiholozi, ni ginekolozi, a ni socijalni radnici. Najvažnije u ovom trenutku jeste da se najpre o ovom poremećaju raspoložena obaveste i edukuju trudnice, što bi trudnicama dalo podršku da odole stigmatizaciji okoline zbog promena koje njihovo telo i psiha osećaju, a o tome ne govore.

CORRELATION BETWEEN OPTIMISM/PESSIMISM, EMOTIONAL REGULATION AND CONTROL IN POSTPARTUM DEPRESSION

Anida Fazlagic, Djurdja Solesa-Grijak

State University of Novi Pazar

Abstract: Optimism is a disposition or tendency to see the more favorable side of events or conditions and to expect the most favorable outcome. Birth of a child brings joy and prosperity. Exhaustion after childbirth, stress, changes in the daily routine, and lack of sleep in the first weeks, and even months of the child's life may not be the causes, but, as today's statistics show, they add to the condition which in 10% of cases leads to the postpartum depression. Therefore, the aim of this paper is to examine the correlation between optimism, pessimism and emotional regulation and control and the postpartum depression in new mothers during the most critical period for the onset of postpartum depression of seven days to six months. Another aim is to examine the correlation between demographic characteristics (age, education level, and number of pregnancies) and the onset of postpartum depression. Results indicate that postpartum depression is in correlation with emotional regulation and control, as well as with pessimism, and in negative correlation with optimism. Another significant result based on socio-demographic variables is the correlation between postpartum depression in women and high level of professional qualifications.

Key words: *Optimism, emotional regulation and control, postpartum depression, new mother*

Literatura

1. Keyes CLM, Goodman SH. Women and depression; a handbook for the social, behavioral and biomedical sciences. Cambridge University Press; 2006.
2. O'Hara MW. The nature of postpartum depressive disorders. Postpartum depression and child development. New York: Guilford Press; 1997.
3. Evans J, Heron J, Fancomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *Br Med J*. 2001;323:257-260.
4. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression; A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996;8:37-55.
5. Grote NK, Swatz HA, Zuckoff A. Enriching Interpersonal Psychotherapy for mothers and Expectant Mothers on low Incomes: Adaptations and Additions *Journal of contemporary psychotherapy* 2007;38:23-33.
6. Murray L, Cooper JP. Effect of postnatal depression on infant development. *Arch Dis Child*. 1997;77:99-101.
7. Areias MG, Kummar R, Barros H, Figueiredo E. Correlates of postnatal depression in mothers and fathers. *Br J Psychiatry*. 1996;169:34-41.
8. Savitz DA, Stein CR, Kellerman L, Silverman M. The epidemiology of hospitalized postpartum depression in New York State 1995-2004. *Ann Epidemiol*. 2011;21:399-406.
9. Henoin K, Rääkkönen P, Scheier M, Pesonen AK, Keski-Väara P, Järvenpää AL, Standberg T. Parent's optimism is related to their ratings of their children's behavior. *Eur J Pers*. 2006;20:421-45.
10. Fontaine K, Jones L. Self-esteem, optimism and pessimism and postpartum depression. *J Clin Psychol*. 1997;53(1):59-63.
11. Craver S, Ganley J. Optimism and pessimism and postpartum depression. *Cognit Ther Res*. 2010;11:4:449-462.
12. Hundon D, Elek S, Campbell Grossman C, Cox J. Depression, self-esteem, loneliness among adolescent mothers participating in the new parents project. *Adolescens*. 2000;35:445-54.
13. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Label M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol*. 2004;65(6):1234-58.
14. Roy A. Risk factors for depression: Social class differences *Can J Behav Sci*. 1981;13(4):373-6.
15. Sequin L, Potvin L, St. Dennis M, Loiseleur J. Chronic stressors, social support and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1995;85(4):583-9.
16. Pfoff KS, Stevans MJ, Lum CU. The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol*. 1990;46(5):588-92.

17. O Hara MW, Schechete JA, Lewis DA, Varner MW. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Psychological, enviromental and hormonal variables. *J Abnorm Psychol.* 1991;100:63-73.
18. Bledsoe N, Sarah E. Predicting Postpartum Depressive Symptoms in New Mothers: The Role of Optimism and Stress Frequency during Pregnancy. *Health and social wor.* 2007;30:28-44.
19. Grote NK, Bledsoe SE, Larkin J, Lemay E, Brown C. Stress exposure and depression in disadvantage women: the procective effects of optimism and percived control. *Soc Work Reasrch.* 2007;31(1):19-33.
20. Seligman M. Naučeni optimizam. Beograd: Zavod za užbenike i nastavna sredstva; 2008.
21. Sheier MF, Carwer CS. Effect of optimism on psychological and psysical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cogn ther reasrch.* 1992;16:201-28.
22. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, Brockwell S, Avis N, Kravitz HM et al. Depressive sypptoms during the menopausal transation. *J Affect Disord.* [Internet] Jan 2007 [cited 2007 February 28];103(1-3):267-72.
23. Beck JS. Kognitivna terapija: Osnove, educiranje i uvežbavanje. Naklada Slap, Jastrebarsko; 2007.
24. Roger D, Najarin B. The constuctuion and validation of a new scale for measuring emotion control. *Pesonality and Individual Differences,* 1989;10(8):845-27.
25. Lock CF, Bishop GD. Emotion control, stress, and health. *Psychology and health.* 1999;14:813-27.
26. Dankić K. Emocionalna kontrola i zdravlje. *Psihologijske teme* 2004;13:19-32.
27. Gross JJ, Levenson RW. Hinding Fellings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Postive Emotion. *J Abnorm Psychol.* 1997;106:95-103.
28. King LA, Emmons RA, Woodley S. The structure of inhibition. *J reasrch Per.* 1992(26):85-102.
29. Rottenberg J, Gross JM. When Emotion gpes wrong: Ralizing the promise of affective sciences. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003;10:227-32.
30. Vuković, B. Depresija. Beograd. LogoArt; 2010
31. Moraitou M, Galanakis M, Lamai E, Garivaldis F, Kalogianni V. Postpartum depression in Cyproit new mothers. *Int J Caring. Sci* 2010;(3):63-70

32. Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ. Postpartum depression: identification of women at risk. *Br J Obstet Gynaecology*. 2000;107:1210-17.
33. Cox JL, Holden Jm, Saqovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. [Internet] 5 Jun 1987, 150:782-6.
34. Takšić V, Mohorić, T, Munjaš R. Emocionalna inteligencija: Teorija, operacionalizacija, primjena, i povezanost sa pozitivnom psihologijom. *Društvena istraživanja*. Zagreb. 2006;4-5:729-52.
35. Lacković-Grgin K, Prorković A, Čubela V, Penezić Z. Zbirka psihologijskih skala i upitnika. Jastrebarsko. Naklada Slap 2002.
36. Paez D, Velasco C, Gonrater JL. Expressive writing and the role of alexythymia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *J Personal Soc Psychol*. 1999;77:630-41.
37. Lyubomirsky S, Caldwell ND, Hoeksema SN. Effects of Ruminative and Distraction Responses to Depressed Mood on Retrieval of Autobiographical Memories. *J Personal Soc Psychol*. 1998;75(1):166-77.
38. Morris Parker A. What to expect when you are expecting the best: The role of optimism, coping, and self-esteem in the development of postpartum depression. *School of Professional Psychology*. 2006;38:1-31.

Anida FAZLAGIĆ, diplomirani psiholog, Državni univerzitet u Novom Pazaru

Anida FAZLAGIĆ, B.A. in Psychology, State University of Novi Pazar

E-mail: vrcic.anida@yahoo.com

UTICAJ KOMORBIDNE DEPRESIVNOSTI NA KVALITET ŽIVOTA OSOBA SA EPILEPSIJOM

Maja Milovanović¹, Žarko Martinović^{1,2}, Mirjana Jovanović¹,
Nevenka Buder¹, Periša Simonović^{1,3}, Rada Đokić¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski Fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

³Ministarstvo zdravlja Republike Srbije

Apstrakt: Cilj rada je procena komorbidnih simptoma depresivnosti i utvrđivanje njihovog uticaja na kvalitet života osoba sa epilepsijom. U istraživanje su uključeni pacijenti sa sigurnom dijagnozom epilepsije, starosti 18-65 godina, normalne inteligencije, bez progresivnih neuroloških oboljenja i/ili psihotičnih poremećaja. Simptomi depresivnosti procenjeni su Bekovom skalom depresivnosti (BSD), Listom simptoma – 90 (SCL-90) i Hamiltonovom skalom depresivnosti (HAMD). Kvalitet života je procenjen upitnikom QOLIE-31 (Quality of life in epilepsy inventory) – verzija na srpskom jeziku. Prediktivni efekat skorova depresivnosti na ukupni skor QOLIE-31 procenjen je uz pomoć multiple regresione analize. Istraživanjem su obuhvaćena 203 pacijenta (58.1% ženskog pola, 41.9% muškog pola) prosečne starosti 37.9 ± 13.64 godina. Kliničku dijagnozu depresivnog poremećaja imalo je 11.8% pacijenata. Prema BSD, simptomi depresivnosti su bili prisutni kod 33% pacijenata. Multipla regresiona analiza je pokazala značajnu korelaciju između sva tri instrumenta za procenu depresivnosti BSD, HAMD i SCL-90 – skor depresivnosti i ukupnog skora QOLIE-31. 64% ukupnog skora je determinisano ovim skorovima ($F=51.88$; $p<0.001$; $R^2=0.63$). Testovi regresionih koeficijenata su pokazali da je samo BSD skor značajni prediktor QOLIE-31 ($\beta=-0.55$; $t=-5.17$; $p<0.001$). Sve podskale QOLIE-31 su u negativnoj i umereno izraženoj korelaciji sa skorovima depresivnosti ($r=-0.334$ to -0.744). Depresija je često udružena sa epilepsijom i ima značajan uticaj na kvalitet života osoba sa epilepsijom.

Ključne reči: epilepsija, depresija, kvalitet života

Uvod

Pacijenti sa epilepsijom imaju povišenu incidenciju komorbidnih mentalnih poremećaja. Ti poremećaji nisu specifični za epilepsiju, ali se kod takvih pacijenata najčešće javljaju anksiozni i fobični poremećaji, minor i major depresija, opsesivno-kompulzivni poremećaj, somatoformni, disocijativni i drugi neurotični poremećaji [1]. Životna prevalencija major depresije – prema DSM IV klasifikaciji kod pacijenata sa epilepsijom iznosi oko 30%, a u opštoj populaciji oko 16% [2,3].

Psihijatrijski simptomi u epilepsiji mogu biti posledica najmanje četiri važna procesa: a) neurohemijskih i neurofizioloških izmena u limbičkim krugovima koji su u osnovi epileptogeneze, b) jatrogenih potencijala mnogih antiepileptičkih lekova, c) psiholoških reaktivnih procesa na hroničnu bolest koja zahteva višestruka prilagođavanja, d) dvosmernog odnosa između epilepsije i nekih psihopatoloških poremećaja kao depresije, hiperkinetičkog poremećaja (ADHD-a), i stanja udruženih sa suicidom [4,5,6,7,8].

Velika učestalost komorbiditeta depresije i epilepsije dovela je do opsežnih istraživanja patofizioloških mehanizama koji stoje u osnovi ovih oboljenja [9,10]. Prema nekim autorima postoji dvosmeran odnos između ovih poremećaja, tako da osobe sa afektivnim poremećajima imaju povišeni rizik ka epilepsiji, i obrnuto, osobe sa epilepsijom pokazuju povišenu sklonost ka razvoju afektivnog poremećaja. Hesdorffer i saradnici navode da depresija može prethoditi epilepsiji, da epilepsija može biti uzrok depresije kao i da epilepsija i depresija mogu deliti zajednički set mehanizama i faktora rizika [11]. Sve su obimniji dokazi koji podržavaju hipotezu da osobe sa komorbiditetom imaju patofiziološki poremećaj koji prouzrokuje predispoziciju ka ovim poremećajima [12,13,14,15,16]. Prema nekim istraživanjima patofiziološku osnovu depresivnog poremećaja čine noradrenergički i serotonergički deficiti, koji takođe predstavljaju predispoziciju za pojavu epileptičnih napada kod sisara [16,17], Epilepsija temporalnog režnja i epilepsija frontalnog režnja udružene su sa poremećajem funkcije i sa izmenama gustine serotoninskih receptora u određenim moždanim regionima, što je ujedno i u osnovi disfunkcionalnih afektivnih epizoda.

Pojavi depresije kod osoba sa epilepsijom doprinose sledeći psihosocijalni faktori: a) neprihvatanje i loše prilagođavanje osobe na epilepsiju [18]; b) stigma zbog dijagnoze epilepsije [19,20]; c) iznenadni i ponavljani gubitak kontrole u sopstvenom životu usled iznenadne pojave napada [21,22]; d) nedostatak socijalne podrške i potreba da se učine značajna prilagođavanja u stilu života kao što je odricanje od vožnje automobila ili menjanje zaposlenja. Ovo su samo neke od poteškoća sa kojima se osobe sa epilepsijom svakodnevno suočavaju [23,24].

Posledice depresije kod osoba sa epilepsijom nisu potpuno ispitane. Neke kliničke studije su sugerisale sinergistički negativan uticaj epilepsije i depresije na različite aspekte zdravstvenog stanja, pri čemu je suicidalnost

jedan od vodećih uzroka smrti kod epilepsije. Barraclough je analizirao 11 studija koje su pokazale da je suicidalnost kod pacijenata sa epilepsijom 5 puta veća nego u opštoj populaciji, a 25 puta veća kod pacijenata sa epilepsijom temporalnog reznja [25]. U multicentričnoj studiji koja je uključila 139 pacijenata, stopa aktuelne suicidalne ideacije bila je 12,2%, a životna prevalencija pokušaja suicida 20.8% [26].

Brojne studije konzistentno pokazuju negativnu korelaciju između statusa raspoloženja i ukupnog kvaliteta života kod osoba sa epilepsijom [27,28,29,30,31]. Depresija i anksioznost, pored kontrole napada i efekata antiepileptične terapije, nose većinu varijanse u skorovima kvaliteta života u poređenju sa varijablama koje se odnose na kliničke karakteristike napada i demografske karakteristike. Ovi nalazi odražavaju dozna zavisni uticaj psihijatrijskog komorbiditeta, depresije i anksioznosti, na kvalitet života osoba sa epilepsijom.

Istraživanje smo sprovedi sa ciljem da procenimo učestalost simptoma depresivnosti i njihov uticaj na kvalitet života kod pacijenata sa sigurnom dijagnozom epilepsije.

Metod

U istraživanje su uključene 203 osobe sa epilepsijom, starosti od 18 do 65 godina koje su lečene i praćene u Odseku za epilepsije i kliničku neurofiziologiju Instituta za mentalno zdravlje, u periodu između 2001. i 2009. godine. Uzorak je činilo 118 (58.1%) osoba ženskog pola i 85 (41.9%) osoba muškog pola, prosečne starosti 37.9 ± 13.64 godina (najmlađi pacijent je imao 18 godina, najstariji 65 godina). Nisu uključeni bolesnici sa drugim značajnim psihijatrijskim i neurološkim oboljenjima, oni koji uzimaju druge lekove koji utiču na centralni nervni sistem (npr. neuroleptici), ili koji su imali teške povrede glave, odnosno kraniotomiju u proteklih godinu dana. Istraživanje je odobreno od Etičkog Komiteta Medicinskog fakulteta, Univerziteta u Beogradu.

Za procenu depresivnosti primenjena su 3 instrumenta u cilju određivanja reproducibilnosti i snage eventualnog linearnog odnosa između depresije i kvaliteta života:

1) *Bekova skala za procenu depresivnosti (BSD)* [32]. Skala se sastoji od 21 opisne izjave u vezi simptoma depresije koji su često prisutni kod pacijenata sa dijagnozom ovog psihičkog poremećaja. Skalu popunjava pacijent. Ponuđene su četiri mogućnosti za odgovor, stepenovane od 0-4, a vreme popunjavanja je 5-10 minuta. Stepem izraženosti depresivnih simptoma može se kvantifikovati na sledeći način: 0-9 stanje bez depresivnosti, 10-15 blago izraženo depresivno stanje, 16-19 blago do umereno depresivno stanje, 20-29 umereno do izraženo depresivno stanje, 30-63 izražena depresivnost. Ova skala se primenjuje za procenu jačine simptoma depresije u svakodnevnom kliničkom radu i u istraživanjima.

2) *Hamiltonova skala za procenu depresivnosti (Hamilton Depression Rating Scale – HAMD)* [32]. Skala se sastoji od 21 ajtema koji pokrivaju simptome koji su najznačajniji za procenu stepena izraženosti depresivnog poremećaja.

3) *Lista simptoma (The Symptom Check-List 90-R, SCL-90 R)* [32]. Skala se sastoji od 90 pitanja koja se odnose na simptome različitih psihijatrijskih poremećaja, namenjena je populaciji 13-70 godina starosti, popunjava se oko 15 minuta. Studije pouzdanosti i stabilnosti, kao i poređenje sa drugim standardnim skalama pokazale su validnost i praktičnu upotrebljivost SCL-90R. Pokazano je da je SCL-90R osetljiva za primenu kod pacijenta sa epilepsijom, posebno temporalnog reznja [33]. Iz SCL-90R u ovo ispitivanje je uključena skala depresije. Ova skala procenjuje disforično raspoloženje i afekat, gubitak interesovanja i uživanja, nedostatak motivacije i energije, osećanje beznađa, razmišljanja o samoubistvu, i druge kognitivne i somatske korelate depresije.

Za procenu kvaliteta života pacijenata sa epilepsijom, u istraživanju je primenjen *Za epilepsiju specifičan upitnik o kvalitetu života (Quality of life in epilepsy Inventory – QOLIE – 31) verzija na Srpskom jeziku* [34,35]. Upitnik sadrži 7 skala koje pokrivaju opšte i za epilepsiju specifične domene, u koje je grupisano ukupno 30 ajtema. Upitnik sadrži još jedan ajtem o ukupnom kvalitetu života. Podskale su grupisane u: a) emocionalno psihološke efekte i b) medicinsko/socijalne efekte. Multiajtemske skale pokrivaju sledeće domene: zabrinutost zbog napada; ukupan kvalitet života; emocionalno blagostanje; energija/zamor; saznajne sposobnosti; efekat lekova; socijalno funkcionisanje. Srpska verzija QOLIE-31 je pouzdana i validirana za korišćenje kao kratka skala za klinička istraživanja u našem istraživanju, čiji su rezultati izloženi na drugom mestu [35].

U statističkoj analizi korišćena je multipla regresiona analiza kojom je proverena veza između depresivnosti, merene različitim instrumentima (BSD, HAMD, SCL-90 skor depresivnosti), i ukupnog skora na QOLIE-31. Da bi se utvrdila povezanost podskala na QOLIE-31 sa merama depresivnosti, računati su, najpre Pearson-ovi koeficijenti korelacije, a nadalje, kanoničkom korelacionom analizom, takođe, proveravana je povezanost pojedinačnih skala na QOLIE-31 upitniku i tri mere depresivnosti.

Rezultati

Prema Bekovoj skali depresivnosti u grupi od 203 osobe sa epilepsijom, simptomi depresivnosti bili su prisutni kod 33% pacijenata, i to: blago izraženi simptomi kod 16%, blago do umereno izraženi kod 7.4%, umereni do izraženi kod 6%, a izraženi simptomi depresivnosti kod 3.4% pacijenata.

Uticaj simptoma depresivnosti na QOLIE-31

Uticaj simptoma depresivnosti, procenjenih pomoću tri istovremeno primenjena instrumenta (BSD, SCL-90, HAMD na QOLIE-31) – proveren je na više načina.

U postupku multiple regresione analize izračunavani su koeficijenti determinacije i pokazano je da postoji značajna povezanost između mera depresivnosti (BSD, HAMD, SCL-90) i ukupnog skora QOLIE-31, kao i da 64% kvaliteta života zavisi od navedenih mera depresivnosti ($F=51,88$; $p<0,001$; $R^2=0,636$).

Međutim, testovi značajnosti regresionih koeficijenata (Tabela 1) pokazuju da je za predikciju QOLIE-31 jedino značajan skor na BSD. Naime, pošto sve tri skale mere depresivnost, one su međusobno povezane, tj. mere istu osobinu i zato ne mogu sve tri pokazati značajan doprinos predviđanju kvaliteta života. U svakom slučaju, najveću povezanost sa QOLIE-31 pokazuje Bekova skala depresivnosti.

Tabela 1. Značajnost regresionih koeficijenata povezanosti QOLIE-31 i mera Depresivnosti

	Beta	t	p
HAMD	-0.16	-1.28	>0.05
BSD - ukupni skor	-0.55	-5.17	<0.001
SCL – 90 - skor depresivnosti	-0.14	-1.35	>0.05

Izračunavanjem Pearson-ovih koeficijenata korelacije između podskala QOLIE-31 i mera depresivnosti ustanovljeno je da su uglavnom sve podskale povezane sa sve tri mere depresivnosti. Jedino podskala QOLIE – Efekat lekova nije povezana sa SCL-90 merom depresije, a i sa preostale dve mere ima niske koeficijente povezanosti (r je oko 0.2). Ostale skale QOLIE-31 su negativno i u srednjoj meri ($r = -0.334$ do -0.744) povezane sa merama depresivnosti (Tabela 2).

Tabela 2. Pirsonovi koeficijenti povezanosti između skala QOLIE i mera depresivnosti

QOLIE – podskale	BSD		HAMD		SCL-90, Skor depresivnosti	
	r*	p	r*	p	r*	p
Zabrinutost zbog napada	-0.461	0.000	-0.405	0.000	-0.334	0.001
Ukupan kvalitet života	-0.671	0.000	-0.620	0.000	-0.594	0.000
Emocionalno dobrostanje	-0.744	0.000	-0.684	0.000	-0.661	0.000
Energija/zamor	-0.690	0.000	-0.625	0.000	-0.588	0.000
Saznajne sposobnosti	-0.714	0.000	-0.633	0.000	-0.626	0.000
Efekat lekova	-0.238	0.006	-0.281	0.022	-0.182	0.081
Socijalno funkcionisanje	-0.516	0.000	-0.462	0.000	-0.396	0.000
Ukupan skor	-0.698	0.000	-0.610	0.000	-0.601	0.000

Određivanjem strukture povezanosti pojedinačnih skala na QOLIE-31 i mera depresivnosti uz pomoć kanoničke korelacione analize, dobijena je jedna značajna funkcija, sa kanoničkom korelacijom od $\rho=0,836$, što znači da postoji visoka povezanost kvaliteta života i depresivnosti. Struktura kanoničkih funkcija pokazuje da su skoro sve skale QOLIE negativno povezane sa sve tri mere depresivnosti. Jedino skala QOLIE – Efekat lekova, ne pokazuje povezanost sa merama depresivnosti (Tabela 3).

Tabela 3. Kanonička korelacija između QOLIE-31 i tri mere depresivnosti: BSD, HAMD, SCL-90-skala depresivnosti

		Kanonička funkcija 1 <i>Rho = 0,836</i> $\chi^2 = 108.672; df = 21;$ <i>p < 0,001</i>
QOLIE-31 podskale	Zabrinutost zbog napada	0.544
	Ukupan kvalitet života	0.831
	Emocionalno dobrostanje	0.921
	Energija/zamor	0.845
	Saznajne sposobnosti	0.878
	Efekat lekova	0.293
	Socijalno funkcionisanje	0.618
Mere depresivnosti	BSD	-0.975
	HAMD	-0.869
	SCL-90 skala depresivnosti	-0.845

Diskusija

Komorbidna psihijatrijska oboljenja kod osoba sa epilepsijom su česta, ali u velikom broju slučajeva nisu dijagnostikovana, time ni lečena [36,37].

Strukturisani psihijatrijski intervjui, kao što su SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) i MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview), predstavljaju zlatni standard za dijagnozu, ali su preobimni za upotrebu u svakodnevnoj kliničkoj praksi. Iz tog razloga istraživani su postupci i metode kojima se jednostavno i brzo mogu identifikovati osobe kod kojih postoji aktuelni depresivni poremećaj. Jones i saradnici su obavili procenu kraćih instrumenata: BSD (Bekova skala depresivnosti) i CES-D (Center for epidemiological study of depression) da identifikuju major depresiju kod osoba sa epilepsijom [38]. Ovi autori su u istraživanje uključili 174 osobe sa epilepsijom i dijagnozom major depresije, koja je postavljena standardizovanom psihijatrijskom tehnikom uz pomoć MINI i SCID. Prema ovom istraživanju, upitnik BSD je pokazao visoku senzitivnost (0.93) i specifičnost (0.81). Prosečni najniži skor BSD za SCID dijagnozu major depresije bio je 15, a najniži BSD skor za MINI dijagnozu major depresije bio je 11. Kod osoba koje su imale niže skorove od navedenih, postojala je minimalna verovatnoća major depresije (odlična negativna prediktivna vrednost upitnika). Kod osoba koje su imale veće skorove verovatnoća da imaju major depresiju bila je oko 0.5, tako da je kod njih bila indikovana dalja dijagnostička ekspoloracija (niža pozitivna prediktivna vrednost upitnika). Na osnovu ovih rezultata autori su zaključili da BSD može biti korišćena za procenjivanje učestalosti i jačine depresivnih simptoma i može služiti za isključenje verovatnoće da osoba aktuelno ima major depresiju. Prema ovim autorima, kod osoba koje imaju skor veći od 15 postoji povišen rizik za major depresiju, tako da ovaj upitnik može služiti za identifikaciju osoba kod kojih je potrebno dalje preciznije dijagnostikovati depresivni poremećaj.

Prema ovim preporukama, koristili smo BSD za samoprocenu depresivnih simptoma u našoj grupi osoba sa epilepsijom, ali smo, istovremeno, radi provere reproducibilnosti nalaza, koristili još dva instrumenta: HAMD i SCL-90-skalu depresivnosti.

Prema našim rezultatima, na osnovu BSD, simptomi depresivnosti su bili prisutni kod 33% osoba sa epilepsijom. Ovaj nalaz je u skladu sa studijom Gilliam-a i saradnika koji procenjuju subjektivnu zabrinutost pacijenata zbog napada, i nalaze da oko 30% ispitanika spontano prijavljuje depresivno raspoloženje kao značajan problem življenja sa epilepsijom [39]. Prema našim rezultatima, simptomi depresivnosti su bili blagog stepena izraženosti (skor 10-15) kod 16%, blago do umereno izraženi (skor 16-19) kod 7.4%, umereni do izraženi (skor 20-29) kod 6%, i izraženi (skor 30-63) kod 3.4% osoba sa epilepsijom. Možemo uočiti da je 16.8% ispitanika imalo skor veći od 15, što ukazuje, prema istraživanju Jones-a i saradnika, da je kod njih

postojala povećana verovatnoća za kliničku dijagnozu depresije [38]. Prema podacima iz istorija bolesti naših ispitanika, komorbidnu kliničku dijagnozu depresivnog poremećaja imalo je 11.8% ispitanika, a kod svih je skor na skali BSD bio veći od 15, što je u skladu sa nalazima Jones-a i saradnika o osetljivosti ovog instrumenta [38].

Skorašnje studije konzistentno pokazuju negativnu korelaciju između raspoloženja i ukupnog kvaliteta života kod osoba sa epilepsijom [27,28,29; 40,41,42,43,44,45,46]. Naši rezultati su u potpunosti u saglasnosti sa tim studijama.

Multipla regresiona analiza, u kojoj je zavisna varijabla bio ukupan skor QOLIE-31, a prediktivne varijable različite skale depresivnosti (BSD, HAMD, SCL-90), pokazala je da postoji značajna povezanost između skorova depresivnosti i ukupnog skora QOLIE-31, kao i da 64% kvaliteta života zavisi od navedenih mera depresivnosti. Testovi značajnosti regresionih koeficijenata pokazuju da je za predikciju ukupnog skora QOLIE-31 jedino značajan skor na Bekovoj skali depresivnosti ($\beta=-0.55$; $p<0.001$), što pokazuje da je ova skala osetljivija od HAMD i SCL-90 (Tabela 1).

Naši rezultati su u saglasnosti sa rezultatima skorašnje studije Loring-a i saradnika koji su analizirali relativni uticaj depresivnosti, zabrinutosti zbog napada, kognitivnih varijabli, i kliničkih faktora epilepsije na ukupni kvalitet života kod pacijenata koji su pripremani za hirurško lečenje epilepsije [28]. U ovom istraživanju korišćeni su QOLIE-89, Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (MMPI-2), Bekova skala depresivnosti (BSD), Epilepsy Foundation of America (EFA) Concerns index, i različite mere procene opšte inteligencije i kognitivnog funkcionisanja. Linearna regresiona analiza u ovom istraživanju pokazala je da su depresivna simptomatologija - BSD skor (45% varijanse) i zabrinutost zbog napada (42% varijanse) imali najjači uticaj na kvalitet života. Hijerarhijskom regresionom analizom utvrđeno je da BSD determiniše 45% varijanse ukupnog skora QOLIE-89, skor zabrinutost zbog napada – 16%, klinički faktori doprinose sa 6% ili manje, dok obrazovanje i uzrast određuju svega 1% varijanse.

Lehner i saradnici ispitivali su pacijente sa rezistentnom epilepsijom temporalnog reznja kod kojih su procenjivane mogućnosti za hirurško lečenje [45]. Step en depresivnosti i ukupnog kvaliteta života procenjeni su uz pomoć instrumenata validiranih na nemačkom jeziku. Prema njihovim rezultatima, 45% pacijenata imalo je depresivne simptome, a multipla regresiona analiza pokazala je da su skorovi depresivnosti glavni prediktor svih 6 skala kvaliteta života. Postojala je linearna korelacija koja pokazuje da ukoliko je jača depresija, lošiji je kvalitet života. Učestalost napada prema ovom istraživanju, nasuprot našim rezultatima, nije imala prediktivni efekat u odnosu na depresivno raspoloženje i skor HRQOL-a.

Cramer i saradnici analizirali su uticaj komorbidne depresije na kvalitet života kod pacijenata sa epilepsijom, koristeći skale QOLIE-89 i CES-D (Center for epidemiologic studies – depression) koje su pacijentima poslate poštom [46]. Druge varijable, kao što su učestalost napada, antiepileptički lekovi, stepen onesposobljenosti i ekonomski faktori, takođe, uključeni su u analizu. Pacijenti su svrstani u jednu od tri grupe: bez depresije, umerena depresija i izražena depresija, prema CES-D skorovima. Pokazano je da su sve QOLIE-89 podskale i ukupni skorovi determinisani stepenom depresivnosti, ali nisu bili pod uticajem tipa napada.

Slično, Boylan i saradnici, navode da je depresija bila česta, teška, nedijagnostikovana, i uglavnom neležena u njihovoj grupi pacijenata sa farmakorezistentnom epilepsijom koji su kandidati za hirurško lečenje [27]. Prema ovoj studiji, simptomi depresivnosti, procenjeni uz pomoć BSD, bili su blagi do umereno izraženi kod 24%, umereni do izraženi kod 23% i izraženi kod 7% ispitanika. Ovi autori nalaze da depresivnost determiniše 51% varijanse ukupnog skora QOLIE-31, dok učestalost i trajanje napada nemaju tako jak uticaj. U poređenju sa našim rezultatima, u ovoj studiji, simptomi depresivnosti su bili izraženiji i češći, pa je i njihov uticaj na ukupan skor QOLIE-31 bio jači, što možemo objasniti činjenicom da se radilo isključivo o pacijentima sa farmakorezistentnom epilepsijom, što u našem ispitivanju nije bio slučaj.

Detaljna analiza povezanosti između podskala QOLIE-31 i mera depresivnosti u našem istraživanju pokazala je da su uglavnom sve podskale negativno povezane sa svim merama, osim skala Efekat lekova sa SCL-90 ($p > 0.05$). Sva tri instrumenta visoko koreliraju (r oko -0.7) sa podskalom Emocionalno blagostanje, što može značiti da simptomi depresivnosti najviše utiču na zadovoljstvo osobe svojim emocionalnim životom. Pored toga, skor BSD visoko korelira i sa podskalama Saznajne sposobnosti, Energija/zamor i Ukupan kvalitet života. Kanonička korelaciona analiza, takođe, pokazala je visoku negativnu povezanost između podskala i mera depresivnosti ($\rho = 0.836$), pri čemu se ponovo izdvajaju podskale Ukupan kvalitet života, Emocionalno dobrostanje, Energija/zamor i Saznajne sposobnosti, što potvrđuje da su to domeni kvaliteta života na koje depresivnost ima najizraženiji uticaj.

Na osnovu rezultata našeg istraživanja možemo zaključiti da su simptomi depresivnosti prisutni kod trećine osoba sa epilepsijom, kao i da oni značajno umanjuju kvaliteta života naših pacijenata. Možemo se u potpunosti složiti sa zaključkom studije Trejsi i saradnika da “bilo koja terapijska intervencija, koja ima cilj da poboljša kvalitet života, mora da ima u vidu mogućnost da je ishod udružen sa stanjem raspoloženja, a ne samo sa poboljšanjem neurološkog ili medicinskog oboljenja koje je u osnovi epilepsije, odnosno sa poboljšanjem kontrole napada” [44].

THE INFLUENCE OF COMORBID DEPRESSION ON THE QUALITY OF LIFE IN PERSONS WITH EPILEPSY

Maja Milovanovic¹, Zarko Martinovic^{1,2}, Mirjana Jovanovic¹,
Nevenka Buder¹, Perisa Simonovic^{1,3}, Rada Djokic¹

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

³Ministry of Health of the Republic of Serbia

Abstract: Purpose: to assess symptoms of depression and to define its influence on quality of life (QOL) in patients with epilepsy. Method: Adult patients (age range 18-65 years) with normal intelligence and without any progressive neurological disease or psychotic disorder were included in the study. They completed Beck's Depression Inventory (BDI), Symptom Check List – 90 (SCL-90), Quality of life in epilepsy Inventory – 31 (QOLIE-31) - Serbian version, and Hamilton depressive scale, which was completed by investigator. Multiple regression analysis was performed to assess the predictive effects of depression scales scores on QOLIE-31 total score. Results: 11.8% of patients had clinical diagnosis of depression and were previously treated with antidepressants. According to Beck's depression inventory, symptoms of depression were present in 33% of patients. Multiple regression analysis showed significant correlation between three instruments for depression: BDI, HAMD and SCL-90 depression score and overall score of QOLIE-31. 64% of overall score was determined by those scores ($F=51.88$; $p<0.001$; $R^2= 0.63$). Tests of regression coefficients significance showed that only BDI score was significant predictor of QOLIE-31 ($\beta = -0.55$; $t=-5.17$; $p<0.001$). All subscales of QOLIE-31 were negatively and moderately correlated with instruments of depression ($r=-0.334$ to -0.744). Conclusion: depression is frequently coexisting psychiatric condition in patients with epilepsy which has significant influence on QOL.

Key words: *epilepsy, depression, quality of life*

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington; 1997.
2. Hermann BP, Seidenberg M, Bell B. Psychiatric comorbidity in chronic epilepsy: identification, consequences, and treatment of major depression. *Epilepsia*. 2000;41:S31-41.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR et al. The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA* 2003;289:3095-105.
4. Gilliam FG, Santos J, Vahle V, Carter J, Brown K, Hecimovic H. Depression and epilepsy: Ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction? *Epilepsia*. 2004;45 (Suppl 2): 28-33.
5. Kanner AM, Weisbrot DM. Psychiatric evaluation of the adult and pediatric patient with epilepsy. In: Ettinger AB, Kanner AM, eds. *Psychiatric issues in epilepsy – a practical guide to diagnosis and treatment*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2007. p 119-132.
6. Hesdorffer DC, Hauser WA, Annegers JF, Cascino G. Major depression is a risk factor for seizures in older adults. *Ann Neurol*. 2000; 47:246-9.
7. Hesdorffer DC, Hauser WA, Olafson E, Ludvigsson P, Kjartansson O. Depression and attempted suicide as a risk factors for incident unprovoked seizures and epilepsy. *Ann Neurol*. 2006;59(1):35-41.
8. Hesdorffer DC, Ludvigsson P, Olafsson E, Gudmundsson G, Kjartansson O, Hauser A. ADHD as a risk factor for incident unprovoked seizures and epilepsy in children. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:731-6.
9. Kanner AM. Epilepsy, suicidal behavior and depression: do they share common pathogenic mechanisms? *Lancet Neurol*. 2006;5(2):107-8.
10. Baxendale SA, Thompson PJ, Duncan JS. Epilepsy and depression: the effects of comorbidity on hippocampal volume-a pilot study. *Seizure*. 2005;14(6):435-8.
11. Hesdorffer DC, Lee P. Health, wealth and culture as predominant factors in psychosocial morbidity. *Epilepsy Behav*. 2009;15(2):S36-40.
12. Jobe PC, Weber RJ. Co-morbidity of neurological and affective disorders: the model of the genetically epilepsy-prone rat. In: Gilliam F, Kanner AM, Sheline JJ, eds. *Depression and the brain disfunction*. London: Taylor and Francis medical books, 2005:121-57.
13. Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. *Biol Psychol*. 2003;54:388-98.
14. Kanner AM. Depression in epilepsy: a neurobiological perspective. *Epilepsy Currents*. 2005;5(1):21-7.
15. Jobe PC, Browning JA. The serotonergic and noradrenergic effects of antidepressant drug are anticonvulsant, not proconvulsant. *Epilepsy Behav*. 2005;7(4):609-19.
16. Jobe PC, Dailey JW, Wernicke JF. A noradrenergic and serotonergic hypothesis of the linkage between epilepsy and affective disorders. *Crit Rev Neurobiol*. 1999;13(4):317-56.

17. Jobe PC. Common pathogenetic mechanisms between depression and epilepsy: an experimental perspective. *Epilepsy behave.* 2003;4 (Suppl 3):14-24.
18. Chaplin J, Yopez R, Shorvon S. A quantitative approach to measuring the social effects of epilepsy. *Neuroepidemiology.* 1990;9:151-8.
19. Dell JL. Social dimensions of epilepsy, stigma and response. In: Whitman S, Hermann BP, eds. *Psychopathology in epilepsy, social dimensions.* New York: Oxford University Press; 1986. p 185-210.
20. Jacoby A. Felt versus enacted stigma: a concept revisited. *Soc Sci Med.* 1994;38:269-74.
21. DeVellis R, DeVellis B, Wallston B. Epilepsy and learned helplessness. *Basic Appl Soc Psych.* 1980;1:241-53.
22. Hermann B, Whitman S. Psychosocial predictors of interictal depression. *J Epilepsy.* 1989;2:231-7.
23. Craig C, Oxley J. Social aspects of epilepsy. In: Laidlaw J, Richens A, Oxley J, eds. *A textbook of epilepsy, 3rd ed.* London: Churchill Livingstone, 1988.
24. Roth D, Goode K, Williams V. Physical exercise, stressful life experience and depression in adults with epilepsy. *Epilepsia.* 1994;35:1248-55.
25. Barraclough B. Suicide and epilepsy. In: Reynolds EH, Trimble MR, eds. *Epilepsy and psychiatry.* Edinburgh: Churchill Livingstone, 1981: 72-6.
26. Jones JE, Hermann BP, Barry JJ, Gilliam FG, Kanner AM, Meador KJ. Rates and risk factors for suicide, suicidal ideation and suicide attempts in chronic epilepsy. *Epilepsy and behavior.* 2003;4 (Suppl 3): S31-S38.
27. Boylan LS, Flint LA, Labovitz DL, Jackson SC, Starner K, Devinsky O. Depression but not seizure frequency predicts quality of life in treatment-resistant epilepsy. *Neurology.* 2004;62:258-61.
28. Loring DW, Meador KJ, Lee GP. Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy behave.* 2004;5(6):976-80.
29. Perrine K, Hermann BP, Meador KJ, Vickrey BG, Cramer JA, Hays RD, et al. The relationship of neuropsychological functioning to quality of life in epilepsy. *Arch Neurol.* 1995;52(10):997-1003.
30. Kwan P, Yu E, Leung H, Leon T, Mychaskiw MA. Association of subjective anxiety, depression, and sleep disturbance with quality of life ratings in adults with epilepsy. *Epilepsia.* 2009;50(5):1059-66.
31. Johnson EK, Jones JE, Seidenberg M, Hermann BP. The relative impact of anxiety, depression and clinical seizure features of health related quality of life in epilepsy. *Epilepsia.* 2004;45(5):544-50.
32. Timotijević I, Paunović V. *Instrumenti kliničke procene u psihijatriji,* Institut za mentalno zdravlje, Beograd; 2003.
33. Gilliam F, Kanner AM. Treatment of depressive disorders in epilepsy patients. *Epilepsy Behav.* 2002;3(5):S2-9.
34. Cramer JA, Perrine K, Devinsky O, Bryant-Comstock L, Meador K, Hermann B. Development and cross-cultural translations of 31-item

- quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31). *Epilepsia*. 1998;39:81-8.
35. Martinović Ž, Milovanović M, Tošković O, Jovanović M, Buder N, Simonović P, Đokić R. Psychometric evaluation of the Serbian version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory-31 (QOLIE-31). *Seizure*. 2010;19:517-24.
 36. Kanner AM. Depression in epilepsy: a frequently neglected multifaceted disorder. *Epilepsy behave*. 2003;4 (Suppl 4):11-9.
 37. Kanner AM, Palac S. Depression in epilepsy: a Common but Often unrecognized Comorbid malady. *Epilepsy Behav*. 2000;1(1):37-51.
 38. Jones JE, Hermann BP, Woodard JL, Barry JJ, Gilliam F, Kanner AM, et al. Screening for Major Depression in Epilepsy with Common Self-report Depression Inventories. *Epilepsia*. 2005;46(5):731-5.
 39. Gilliam F. The impact of epilepsy on subjective health status. *Curr Neurol neurosci Rep*. 2003;3:357-62.
 40. Senol V, Soyuer F, Arman F, et al. Influence of fatigue, depression, and demographic, socioeconomic, and clinical variables on quality of life of patients with epilepsy. *Epilepsy behave*. 2007;10(1):96-104.
 41. Cramer JA, Brandenburg N, Xu X. Differentiating anxiety and depression symptoms in patients with partial epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2005;6(4):563-9.
 42. Ettinger A, Reed M, Cramer J. Depression and comorbidity in community-based patients with epilepsy or asthma. *Neurology* 2004;63(6):1008-14.
 43. Zeber JE, Copeland LA, Amuan M, Cramer JA, Pugh MJ. The role of comorbid psychiatric conditions in health status in epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2007;10(4):539-46.
 44. Tracy JI, Dechant V, Sperling MR, Cho R, Glosser D. The association of mood with quality of life ratings in epilepsy. *Neurology*. 2007;68(14):1101-7.
 45. Lehrner J, Kalchmayr R, Serles W, Olbrich A, Patariaia E, Aull S, et al. Health related quality of life (HRQOL) activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure*. 1999;8(2):88-92.
 46. Cramer JA, Blum D, Reed M, Fanning K, for the Epilepsy Impact Project Group. The influence of comorbid depression on quality of life for people with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2003;4(5):515-21.

Dr Maja MILOVANOVIĆ, neurolog, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Maja MILOVANOVIĆ, MD, PhD, neurologist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: jmtmilov@eunet.rs

ULOGA IRACIONALNIH UVERENJA I LIČNOSTI U KOGNITIVNOJ REAKTIVNOSTI NA TUŽNO RASPOLOŽENJE

Ivana Peruničić^{1,2}, Tatjana Vukosavljević-Gvozden³, Zorica Marić⁴,

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd,

²Departman za psihologiju, Fakultet za medije i komunikacije,
Univerzitet Singidunum, Beograd

³Odeljenje za psihologiju, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu

⁴REBT pridruženi trening centar Instituta Albert Elis, Beograd

Apstrakt: Jedan od najznačajnijih savremenih konstrukata u objašnjenju nastanka i odražavanja depresije je kognitivna reaktivnost na tužno/disforično raspoloženje koji se može definisati kao sklonost osobe da na tugu ili disforiju reaguju produkcijom negativnih misli, karakterističnih za depresiju. O formiranju ovakve reaktivnosti još uvek se malo zna osim što se ovakva sklonost povezuje sa prethodnim depresivnim epizodama. Cilj ovog istraživanja je utvrđivanje uloge i odnosa iracionalnih uverenja i bazičnih dimenzija ličnosti u objašnjenju kognitivne reaktivnosti na tužno/disforično raspoloženje. Istraživanje je sprovedeno na prigodnom uzorku od 207 studenata i učenika srednjih škola, uzrasta: AS=22.05, SD=6.93. Faktorskom analizom Leiden indeksa kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje izolovali smo 3 faktora: 1. Negativna procena, 2. Izbegavanje rešavanja problema, 3. Pokušaj prevazilaženja. Rezultati pokazuju da kognitivna reaktivnost na tužno raspoloženje može da se posmatra kao opšta tendencija da se bude pojačano senzitivna na negativne emocije. Korelacije između kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje i depresivnosti i anksioznosti su veoma slične i značajne. Za razumevanje pojedinačnih faktora kognitivne reaktivnosti visoki skorovi na Neuroticizmu i Otvorenosti pokazali su se kao najvažnije varijable dimenzija ličnosti, a Samoobezvređivanje, Zahtev za lagodnošću i Obezvređivanje drugih pokazali su se kao najvažnije od varijable iracionalnih uverenja. Pokazalo se da iracionalna uverenja imaju značajan i nezavistan doprinos u objašnjenju kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje u odnosu na ličnost merenu petofaktorskim modelom.

Ključne reči: kognitivna reaktivnost na tužno raspoloženje, iracionalna uverenja, dimenzije ličnosti, REBT

Uvod

Najrasprostranjenije nefarmakološke tretmane depresije u poslednjih tridesetak godina predstavljaju kognitivno-bihejvioralni terapijski tretmani čiji je status rezultat dobre empirijske potvrđenosti [1,2]. U ovakvim tretmanima značajnim uzročnim faktorima depresije smatraju se disfunkcionalne kognicije [3,4,5]. Ipak, kod depresivnih osoba ovakve kognicije nestaju onda kada dolazi do remisije depresivne epizode nakon dobijanja medikamena ili psihoterapije [6] što, na prvi pogled, može ukazati da su kognitivne disfunkcije simptomi ili produkti, a ne uzroci ili markeri vulnerabilnosti na depresiju. Savremene kognitivno-bihejvioralne teorije objasnile su ove nalaze tvrdeći da disfunkcionalne kognicije ne nestaju tokom remisije depresivne epizode već da ostaju "latentno prisutne" i da mogu lako biti aktivirane tužnim/disforičnim raspoloženjem koje nastaje povodom nekog nepovoljnog događaja o čemu svedoče nalazi više istraživanja [7,8,9].

Pomenute studije ukazale su na postojanje kognitivne reaktivnosti koja se može definisati kao sklonost osobe da na tugu reaguje produkcijom negativnih misli koje su karakteristične za depresiju. Skorovi kognitivne reaktivnosti veći su kod pacijenata koji su tretirani antidepresivima nego kod onih koji su tretirani kognitivnom terapijom [10]. Dalje, visoka kognitivna reaktivnost predviđa depresivni relaps, nezavisno od prethodnog modaliteta tretmana [11,12], a nizak nivo kognitivne reaktivnosti na tugu i visok nivo sposobnosti decentriranja povezan je sa najnižom stopom rekurencije tokom 18 meseci praćenja [13].

Dok je doprinos kognitivne reaktivnosti depresivnim relapsima empirijski istražen, još uvek se malo zna o poreklu i nastanku ove reaktivnosti. Neki autori [10] sugerišu da ona predstavlja ostatak prethodne depresije koji biva aktiviran tužnim/disforičnim raspoloženjem. Kod osoba koje nisu sklone depresiji kognitivno-afektivna aktivnost se brzo stišava, kod osoba vulnerabilnih na depresiju nastavlja se negativna spirala u kojoj dolazi do šireg i razrađenijeg procesovanja depresivnih misli i intenziviranja simptoma karakterističnih za kliničku depresiju [1]. S tim u vezi, trajanje prve depresivne epizode, bez obzira na njen intenzitet, od krucijalne je važnosti u formiranju kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje [14].

Osim što je povezana sa prethodnim depresivnim epizodama, možemo se zapitati da li je kognitivna reaktivnost na tužno raspoloženje povezana i sa nekim kognitivnim faktorima i, šire gledano, varijablama ličnosti, o čemu do sada nema podataka. Kad je reč o kognitivnim faktorima, smatramo da teorija Racionalno-emozivno bihejvioralne terapije – REBT [15] ima potencijal da rasvetli njihov udeo posebno jasno budući da je formulisala da iracionalna uverenja mogu voditi dvema vrstama poremećaja. Primarni emocionalno-bihejvioralni poremećaj javlja se iz iracionalnih uverenja u vezi sa konkretnim negativnim aktivirajućim događajima. Sekundarni emocionalni poremećaj [15] predstavlja rezultat iracionalnih uverenja u vezi sa primarnim emocionalno-bihejvioralnim poremećajem. Ukoliko ljudi veruju da *ne smeju* imati remeteća

osećanja, ponašanja i iskrivljene misli, da je *užasno* i *nepodnošljivo* ako je to tako i da su oni i/ili život *bezvredni* u tom slučaju, oni kreiraju dodatni poremećaj koji održava ili, najčešće, eskalira poremećeno stanje. Na primer, klijenti često doživljavaju depresiju povodom disforije ili depresije, strah povodom straha, stid povodom straha, krivicu povodom besa i sl.

Iz ugla petofaktorskog modela ličnosti, istraživanja domena neuroticizma ukazuju da bez obzira na mnogobrojnost emocionalnih poremećaja i različite kliničke slike osobe koje su sklone nekom od emocionalnih stanja su sklone i drugim [16,17,18]. Opšta tendencija da se dožive negativne emocije kao što su anksioznost, hostilnost, depresivnost, socijalna nelagodnost, impulsivnost i vulnerabilnost predstavljaju osnovu ovog domena.

S obzirom na rečeno, cilj istraživanja je utvrđivanje uloge i odnosa iracionalnih uverenja i bazičnih dimenzija ličnosti u objašnjenju kognitivne reaktivnosti na tužno/disforično raspoloženje. Testirana je hipoteza da sklonost ka kognitivnoj reaktivnosti na tužno raspoloženje predstavlja predispoziciju ka generalno pojačanoj osetljivosti na negativna emocionalna stanja i da je u vezi sa supstantivnim ličnosnim karakteristikama koje čine potencijal za lakše doživljavanje negativnih emocionalnih stanja, pre svega sa domenom neuroticizma i bazičnim iracionalnim uverenjima koje prema teoriji i praksi REBT predstavljaju relativno stabilne disfunkcionalne stavove.

Metod

Uzorak

Uzorak ispitanika sastoji se od 207 studenata i učenika srednjih škola; 41 ispitanik je muškog pola, a 166 ispitanika je ženskog pola. Uzrast ispitanika: $AS=22.05$; $SD=6.93$ (od 16 do 47 godina). Istraživanje je obavljeno u prvoj polovini 2011. godine. Sve instrumente ispitanici su popunjavali u toku redovne nastave. Ispitivanje je bilo anonimno. Ispitanici su pre početka testiranja popunili formular o dobrovoljnom učešću u istraživanju.

Instrumenti i varijable

Kognitivna reaktivnost na tužno raspoloženje – Leiden indeks depresivne senzitivnosti – LEIDS [9]. Petostepeni upitnik samoprocene koji meri kognitivnu reaktivnost na tužno/disforično raspoloženje. Učesnici su zamoljeni da zamisle da se osećaju tužno (ali ne depresivno) i da popune 26 ajtema. Faktorska analiza tvorca instrumenta ukazuje na 4 faktora: Negativna samoprocena, Prihvatanje/prevazilaženje, Indiferentnost i Izbegavanje.

Depresivnost – Bekov inventar depresivnosti – BDI [19]. Četvorostepeni upitnik samoprocene koji sadrži 21 stavku i meri stepen depresivnosti.

Anksioznost – Bekov inventar anksioznosti – BIA, [20]. Petostepeni upitnik samoprocene koji sadrži 21 stavku i meri stepen anksioznosti.

Iracionalana uverenja – Skala opštih stavova i uverenja – General attitude and belief scale – GABS [21]. Petostepena skala samoprocene koja meri sedam vrsta iracionalnih uverenja zasnovanih na Elisovoj teoriji: Iracionalnost, Samoobezvređivanje, Potreba za postignućem, Potreba za odobravanjem, Zahtev za lagodnošću, Zahtev za pravедnim tretmanom i Obezvređivanje drugih.

Dimenzije ličnosti – NEO PI-R [22]. Petostepena skala samoprocene koja sadrži 240 stavki koje na osnovu samoižveštaja mere 5 bazičnih dimenzija ličnosti: Neuroticizam, Ekstarverziju, Otvorenost, Saradljivost i Savesnost.

Statističke procedure

Urađena je faktorska analiza, metoda glavnih komponenti upitnika LEIDS i skorovi kognitivne reaktivnosti na tugu računati su kao regresioni skorovi sa faktorske analize. U analizi odnosa između bazičnih dimenzija ličnosti i iracionalnih uverenja u objašnjenju faktora kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje korišćena je hijerarhijska multipla regresiona analiza.

Rezultati

Tabela 1. Deskripcija rezultata: BDI, BAI, NEO Pi-R i GABS

	Minimum	Maksimum	AS	SD
BDI	0	40	7.69	6.652
BAI	21	73	31.59	8.460
Neuroticizam	18	159	90.72	23.948
Ekstarverzija	45.	159	110.84	17.527
Otvorenost	66	174	119.63	19.456
Saradljivost	31	163	110.46	19.606
Savesnost	48	171	114.45	23.384
Iracionalnost	9	37	22.01	5.691
Samoobezvređivanje	9	41	17.43	6.287
Potreba za postignućem	9	44	24.84	7.478
Potreba za odobravanjem	7	35	19.92	6.116
Zahtev za lagodnošću	9	44	23.85	6.712
Zahtev za pravdnim tretmanom	10	44	25.94	7.509
Obezvređivanje drugih	3	15	7.12	2.666

Korišćenjem faktorske anize, metodom glavnih komponenti, Promax rotacijom upitnika LEIDS izolovano je 3 faktora kognitivne reaktivnosti na tugu, što je potvrđeno i analizom Scree plot. Ova tri faktora objašnjavaju ukupno 49.25% varijanse: 1. negativna samoprocena (34.51%). 2. Izbegavanje rešavanja problema (indiferentnost) (9.21). 3. pokušaj prevažilaženja – kontra-depresivnim ponašanjem, ponašanjem suprotnim od raspoloženja (5.23%).

Tabela 2. Korelacije faktora kognitivne reaktivnosti na tugu i Bekovih inventara anksioznosti i depresivnosti

	Negativna samoprocena	Izbegavanje rešavanja problema	Pokušaj prevazilaženja	BDI	BAI
Negativna samoprocena	1				
Izbegavanje rešavanja	.623**	1			
Pokušaj prevazilaženja	.261**	.277**	1		
BDI	.621**	.432**	.267**	1	
BAI	.457**	.363**	.364**	.572**	1

** Korelacije značajne na nivou 0.01

Na osnovu analize sklopa korelacija faktora kognitivne reaktivnosti na tugu sa inventarima depresivnosti i anksioznosti vidi se da su sve korelacije statistički značajne i slične (Tabela 2). Ovo znači da je kognitivna reaktivnost na tužno raspoloženje u skoro podjednakoj vezi i sa simptomima anksioznosti.

Povezanost faktora kognitivne reaktivnosti na tugu negativna samoprocena ličnošću i iracionalnim uverenjima

U regresionu analizu uvedena je kao kriterijumska varijabla negativna samoprocena kao faktor kognitivne reaktivnosti na tugu i dva seta prediktorskih varijabli. Prvi set prediktorskih varijabli u regresiji čine varijable ličnosti, a drugi set varijable iracionalnih uverenja. Koeficijent multiple korelacije između prvog prediktorskog skupa varijabli i zavisne varijable iznosi: $R=0.595$; $R^2=0.354$; $R^2_{(korigovan)}=0.338$; $F_{(5,201)}=22.004$; $p<0.001$. Nakon uvođenja drugog seta prediktorskih varijabli koeficijent multiple korelacije iznosi: $R=0.785$; $R^2=0.617$; $R^2_{(korigovan)}=0.593$; $R^2_{(promena)}=0.263$; $F_{(7,194)}=5.940$; $p<0.001$; za ceo prediktorski skup: $F_{(12,194)}=26.029$; $p<0.001$. Analizom beta pondera vidimo da najveća vrednost beta pondera pripada iracionalnom uverenju Samoobezvređivanje, a zatim varijablama ličnosti Neuroticizmu i Otvorenosti.

Tabela 3. Faktori Neo Pi-R-a i GABS-a u objašnjenju negativne samoprocene

Zavisna varijabla: Negativna samoprocena	Beta	t	p	Korelacije		
				Zero-order	Partial	Part
Neuroticizam	.286	4.100	.000	.575	.282	.182
Ekstraverzija	.031	.594	.553	-.177	.043	.026
Otvorenost	.139	2.669	.008	.107	.188	.119
Saradljivost	.029	.576	.565	.016	.041	.026
Savesnost	.000	-.009	.993	-.355	.000	.000
Iracionalnost	.035	.650	.516	.279	.047	.029
Samoobezvređivanje	.556	8.863	.000	.725	.537	.394
Potreba za postignućem	.115	1.578	.116	.460	.113	.070
Potreba za odobravanjem	-.016	-.243	.808	.459	-.017	-.011
Zahtev za lagodnošću	-.071	-.936	.350	.502	-.067	-.042
Zahtev za pravednim tretmanom	.013	.170	.865	.398	.012	.008
Obezvređivanje drugih	.059	.977	.330	.246	.070	.043

Povezanost faktora kognitivne reaktivnosti na tugu izbegavanje rešavanja problema sa ličnošću i iracionalnim uverenjima

U regresionu analizu uvedena je kao kriterijumska varijabla drugi faktor kognitivne reaktivnosti na tugu izbegavanje rešavanja problema i dva seta prediktorskih varijabli. Prvi set prediktorskih varijabli u regresiji čine varijable ličnosti, a drugi set čine varijable iracionalnih uverenja. Koeficijent multiple korelacije između prvog prediktorskog skupa varijabli i zavisne varijable iznosi: $R=0.552$; $R^2=0.305$; $R^2_{(korigovano)}=0.287$; $F_{(5,201)}=17.614$; $p<0.001$. Nakon uvođenja drugog seta prediktorskih varijabli koeficijent multiple korelacije iznosi: $R=0.626$; $R^2=0.392$; $R^2_{(korigovano)}=0.354$; $R^2_{(promena)}=0.087$; $F_{(7,194)}=3.969$; $p<0.001$; za ceo prediktorski skup: $F_{(12,194)}=10.414$; $p<0.001$. Analizom beta pondera vidimo da najveća vrednost beta pondera pripada Neuroticizmu i Zahtevu za lagodnošću.

Tabela 4. Faktori Neo Pi-R-a i GABS-a u objašnjenju izbegavanja rešavanja problema

Zavisna varijabla:	Korelacije					
	Beta	t	p	Zero-order	Partial	Part
Izbegavanje rešavanja problema						
Neuroticizam	.267	3.041	.003	.536	.213	.170
Ekstraverzija	-.072	-1.090	.277	-.214	-.078	-.061
Otvorenost	.053	.800	.425	.032	.057	.045
Saradljivost	.062	.963	.337	-.008	.069	.054
Savesnost	-.107	-1.435	.153	-.378	-.102	-.080
Iracionalnost	-.039	-.582	.561	.172	-.042	-.033
Samoobezvređivanje	.121	1.529	.128	.463	.109	.086
Potreba za postignućem	.070	.765	.445	.384	.055	.043
Potreba za odobravanjem	.020	.233	.816	.394	.017	.013
Zahtev za lagodnošću	.221	2.321	.021	.495	.164	.130
Zahtev za pravednim tretmanom	-.037	-.378	.706	.362	-.027	-.021
Obezvređivanje drugih	.046	.611	.542	.248	.044	.034

Povezanost faktora kognitivne reaktivnosti na tugu pokušaj prevazilaženja sa ličnošću i iracionalnim uverenjima

U regresionu analizu kao kriterijumska varijabla uveden je treći faktor kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje pokušaj prevazilaženja (ponašanjem suprotnim u odnosu na raspoloženje) i dva prediktorska seta varijabli. Prvi set prediktorskih varijabli u regresiji čine varijable ličnosti, a drugi set čine varijable iracionalnih uverenja. Koeficijent multiple korelacije između prvog prediktorskog skupa varijabli i zavisne varijable iznosi: $R=0.282$; $R^2=0.079$; $R^2_{(korigovan)}=0.056$; $F_{(5,201)}=3.463$; $p<0.005$. Nakon

uvođenja drugog seta prediktorskih varijabli koeficijent multiple korelacije iznosi: $R=0.429$; $R^2=0.184$; $R^2_{(korigovan)}=0.134$; $R^2_{(promena)}=0.105$; $F_{(7,194)}=3.557$; $p<0.001$; za ceo prediktorski skup: $F_{(12,194)}=3.646$; $p<0.001$. Analizom beta pondera možemo videti da jedini značajan beta ponder pripada iracionalnom uverenju Obezvredivanje drugih.

Tabela 5. Faktori Neo Pi-R-a i GABS-a u objašnjenju pokušaja prevazilaženja

Zavisna varijabla Pokušaj prevazilaženja	Beta	t	p	Korelacije		
				Zero-order	Partial	Part
Neuroticizam	-.002	-.023	.982	-.193	-.002	-.001
Ekstraverzija	-.112	1.450	.149	-.007	-.104	-.094
Otvorenost	-.059	-.780	.436	-.085	-.056	-.051
Saradljivost	-.115	-1.541	.125	-.173	-.110	-.100
Savesnost	-.117	-1.358	.176	-.184	-.097	-.088
Iracionalnost	-.078	--.990	.323	-.067	-.071	-.064
Samoobezvređivanje	-.146	1.597	.112	-.239	-.114	-.104
Potreba za postignućem	-.178	1.669	.097	-.301	-.119	-.108
Potreba za odobravanjem	-.085	--.875	.383	-.277	-.063	-.057
Zahtev za lagodnošću	-.060	--.545	.587	-.248	-.039	-.035
Zahtev za pravednim tretmanom	-.087	--.765	.445	-.269	-.055	-.050
Obezvredivanje drugih	-.224	2.555	.011	-.313	-.180	-.166

Diskusija

Kao što vidimo, istraživanje je rezultiralo značajnim nalazima. Tri faktora koje smo dobili preklapaju se sa faktorima koje je dobio autor Leiden indeksa depresivne senzitivnosti [9]. Faktor Indiferentnost prema sebi i drugim ljudima nije izolovan, slično prethodnim istraživanjima u našoj sredini [14].

Kad je reč o Negativnoj samoproceni, prvom faktoru kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje, rezultati ukazuju da oko 35% varijanse negativne samoprocene može da se objasni varijablama ličnosti i to visokim Neuroticizmom i visokom Otvorenošću, a dodatnih 26% varijanse objasne iracionalana uverenja a za to je najvažnije Samoobezvređivanje. Ovo znači da osobe koje su emocionalno nestabilnije, otvorenije za iskustvo i sklone samoobezvređivanju teže da reaguju negativnom samoprocenom kada iskuse tužno raspoloženje. Prema gledištima REBT-a, osobe koje su sklone samoobezvređivanju, u situaciji kada su disforične ili depresivne, na samoobezvređujući način evaluiraju ovo emocionalno stanje što produbljuje osećanja disforije ili depresije. Razumljivo je, stoga, zašto se upravo za ovo uverenje pokazalo značajnim u objašnjenjima faktora Negativne samoprocene koji meri sličnu sklonost osobe da na normalnu tugu i disforiju reaguje negativnom procenom sebe, budućnosti i života uopšte. Prema stanovištu individualnih razlika domen Neuriticizma predstavlja dimnziju ličnosti koja je u vezi sa doživljavanjima negativnih emocionalna stanja. Takođe, jedan deo sadržaja dimenzije Otvorenosti za iskustvo predstavlja visoka receptiv-

nost sopstvenih emocija i osećanja, sklonost dubljem doživljavanju i proživljavanju sopstvenog iskustva. Ako sumiramo rezultate možemo videti da osobe koje su sklone samoobezvredivanju, a koje ličnosno imaju predispoziciju za doživljavanje negativnih emocija i koje su pri tome ličnosno sklonije da intenzivnije opažaju i da se bave svojim unutrašnjim svetom u situacijama kada iskuse tužna osećanja biće kognitivno spremnije i da procene sebe negativno povodom sopstvenih tužnih osećanja.

Kad je reč o faktoru Izbegavanje rešavanja problema, rezultati ukazuju da oko 30% varijanse može da se objasni varijablama ličnosti i to pre svega visokim Neuroticizmom, a dodatnih 9% varijanse objasne iracionalna uverenja i to najviše Zahtev za lagodnošću. Prema gledištima REBT-a, osobe koje imaju izražen zahtev za lagodnošću zahtevaju da uslovi u kojima žive apsolutno moraju biti i ostati dobri, da moraju da im pruže zadovoljenje njihovih želja i da ne iziskuju od njih da suviše teško rade da bi ih promenili i unapredili. To isto tako važi i za unutrašnje uslove u kojima ne sme biti suviše nelagode i neprijatnosti, kao ni teških i remetećih osećanja. S obzirom na rečeno, razumljivo je zašto se upravo zahtev prema uslovima pokazao značajnim u objašnjenjima faktora Izbegavanja koji je definisan stavkama koje izražavaju izbegavajući stav prema problemima i teškoćama. Sumirajući rezultate možemo videti da osobe koje su emocionalno nestabilnije i koje pri tome imaju pojačanu potrebu za lagodnošću i komforom reaguju izbegavanjem rešavanja problema kada su pod uticajem tužnog raspoloženja.

Konačno, kad je reč o faktoru Pokušaj prevazilaženja (na način da se osoba ponaša kontradepresivno), rezultati pokazuju da postoji veći nezavistan doprinos iracionalnih uverenja u objašnjenju pokušaja prevazilaženja nego ličnosti. Ličnost objasni oko 8% varijanse, a iracionalna uverenja dodatnih 10%. Vrednost beta pondera ukazuje da jedino iracionalno uverenje obezvredivanje drugih može da objasni ovaj faktor. Dakle, ličnost kao varijabla u celini ima značajan doprinos u objašnjenju 8% pokušaja prevazilaženja ali ne dovoljno da bi se specifikovali pojedinačni doprinosi. Prema stanovištu REBT-a racionalna strategija u situacijama kada se doživljava tuga je prihvatanje i tolerisanje osećaja tuge bez samoobezvredivanja i užasavanja. Naši rezultati govore da ponašanja koja demonstriraju odbranu od tužnog raspoloženja predstavljaju disfunkcionalnu strategiju koja je u vezi sa sklonošću ka obezvredivanju drugih. Drugim rečima, osobe koje su i inače sklone da razmišljaju o drugima u negativnom svetlu u trenucima kada su tužne/disforične teže da ovakvo raspoloženje zataškaju time što će obezvređiti neku drugu osobu, a ne samog sebe. Ova strategija ima manje veze sa pojedinačnim dimenzijama ličnosti a više sa idejom da su drugi loši, zli i skloni da budu nepažljivi i bezobzirni.

Ovo istraživanje ima nekoliko ograničenja. Jedna slabost je da je reč o merenju u jednoj tački. Kako bi se potvrdili naši zaključci o kognitivnoj reaktivnosti kao predispoziciji potrebno bi bilo proveriti datu varijablu u longitudinalnim istraživanjima. Takođe, naše istraživanje sprovedeno je na

nekliničkoj populaciji, tako da ne možemo da generalizujemo naše rezultate na osobe kod kojih je dijagnostikovana neki od psihičkih poremećaja.

Zaključak

Na osnovu ovog istraživanja možemo da istaknemo nekoliko važnih zaključaka. Prvo, pokazalo se da status varijable kognitivna reaktivnosti na tužno raspoloženje može da se posmatra iz ugla opšte tendencije da se bude pojačano senzitivna na sopstvene unutrašnje doživljaje. Korelacije između kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje sa jedne strane i depresivnosti i anksioznosti sa druge su veoma slične. Konačno, pokazalo se da iracionalna uverenja imaju značajan i nezavistan doprinos u objašnjenju kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje u odnosu na ličnost merenu petofaktorskim modelom. Iako je poznato da su uverenja deo ličnosti naši nalazi ukazuju da postoji jedan deo iracionalnih uverenja koja značajno dodatno doprinese razumevanju kognitivne reaktivnosti na tužno raspoloženje, nakon što ličnost obavi svoj deo u razumevanju ove pojave. Ovo znači da je statistička strategija u analizi bila podešena na način da se da prednost varijabli ličnosti. Varijabla ličnosti je uvek bila prvi prediktorski set, što znači da sve korelacije koje potiču iz veze ličnosti i uverenja su bile objašnjene prvim prediktorskim setom i da je u ovakvoj metodološkoj postavci drugom prediktorskom setu značajno teže da pokaže nezavistan statistički značajan doprinos. Ovi rezultati su važni za kliničku praksu, posebno u psihoterapijskom radu sa depresivnim i anksioznim pacijentima. Poznata je još uvek nerešena dilema da li se dimenzije odrasle ličnosti mogu menjati čak i psihoterapijom, ali je poznato da psihoterapija može promeniti određene disfunkcionalne mehanizme ličnosti. Doprinos ovog istraživanja je jer je pokazalo da osporavanje iracionalnih uverenja povodom tužne, tj. da se ne sme biti tužan, jer to govori da je osoba manje vredna, da su uslovi pod kojima se živi nelagodni, a takvi ne bi smeli biti i da su drugi loši i da od njih se ne dobija zasluženi tretman bi bilo od suštinske važnosti u psihoterapiji depresivnih problema.

THE ROLE OF IRRATIONAL BELIEFS AND PERSONALITY IN COGNITIVE REACTIVITY TO SAD MOOD

Ivana Perunicic^{1,2}, Tatjana Vukosavljevic-Gvozden³, Zorica Maric⁴,

¹Institute of Mental Health, Belgrade,

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

³Department of Psychology, Faculty of Philosophy,
University of Belgrade

⁴REBT Affiliated Training Center of Albert Ellis Institute, Belgrade

Abstract: One of the most important contemporary constructs in the explanation of the appearance and sustainment of depression is cognitive reactivity to sadness/dysphoria, which can be defined as one's inclination to produce negative thoughts that are characteristic of depression when reacting to such moods. Little has yet to be known about the formation of this reactivity outside of the fact that this manner of inclination is tied to previous episodes of depression. The aim of this study is the confirmation of the role and relationship of irrational conviction and fundamental dimensions of personality in the explanation of cognitive reactivity to sadness/dysphoria. This study has been undertaken on an appropriate sample of 207 high school and college students, aged: $AS=22.05$ $SD=6.93$. Through factor analysis of the Leiden index of cognitive reactivity to sad moods, three factors were isolated: 1: a negative assessment; 2. the avoidance of solving problems; and 3. the attempt of coping. The results demonstrate that cognitive reactivity to sad moods can be considered to be a general tendency to be overly sensitive to negative emotions. Correlations between cognitive reactivity to sad moods and symptoms of depression and anxiety are quite similar and all significant. To understand particular factors of cognitive reactivity, the high scores on neuroticism and openness have been shown to be the most important factors of personality and self-demeaning beliefs, need for comfort, and other demeaning beliefs have been shown as the most important variables of irrational beliefs. It has been therein demonstrated that irrational beliefs have a significant and independent part in the explanation of cognitive reactivity to sad moods in comparison to personality as measured by the five factor model of personality

Key words: *cognitive reactivity to sad moods, irrational beliefs, dimensions of personality, REBT.*

Literatura:

1. Ingram RE, Miranda J, Segal ZV. Cognitive vulnerability to depression. New York: Guilford Press; 1998.
2. Clark DA, Beck AT, Alford BA. Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York, NY: John Wiley & Sons; 1999.
3. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, NY: Lyle Stuart; 1962.
4. Beck AT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper and Row; 1967.
5. Beck AT. Beyond Belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In: Salkovskis P, editors. Frontiers of cognitive therapy. New York: The Guilford Press; 1996. p. 1-25.
6. Simons AD, Garfield SL, Murphy GE. The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Arch Gen Psychiatry. 1984;41:45-51.
7. Miranda J, Persons JB, Byers C. Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. J Abnorm Psychol. 1990;99:237-41.
8. Miranda J, Gross JJ, Persons JB, Hahn J. Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. Cognit Ther and Res. 1998;22:363-76.
9. Van der Does W. Cognitive reactivity to sad mood: structure and validity of a new measure. Behav Res and Ther. 2002;40:105-20.
10. Segal ZV, Gemar MC, Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. J Abnorm Psychol. 1999;108:3-10.
11. Scher DC, Ingram RE, Segal ZV. Cognitive reactivity and vulnerability: empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. Clin Psychol Rev. 2005;25:487-510.
12. Segal ZV, Kennedy S, Gemar MC, Hood K, Pederson R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:749-55.
13. Fresco DM, Segal ZV, Buis T, Kennedy S. Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. J Consult Clin Psychol. 2007;75:447-55.
14. Maric Z, Vukosavljevic-Gvozden T. Cognitive reactivity to sad mood: the importance of the first depressive episode. Psihologija. 2010;43:253-62.
15. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, NY: A Birch Lane Press; 1994.
16. Durant RH, Altman D, Wolfson M, Barkin S, Kreiter S, Krowchuk D. Exposure to violence and victimization, depression, substance use, and the use of violence by young adolescents. J Pediatr. 2000;137:707-13
17. Gilbert P. The relationship of shame, social anxiety and depression: role of the evaluation of social rank. Clin. Psychol.Psychother. 2000;7:174-89

18. Knezevic G, Radovic B, Opacic G. Evaluacija „Big Five“ modela ličnosti kroz analizu inventara ličnosti NEO PI-R. Psihologija. 1997;30:7-40
19. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561-71.
20. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1998;56:893-7.
21. Bernarad ME. Validation of general attitude and belief scale. J Ration Emot Cogn Behav Ther. 1998;16:183-96.
22. Costa PT, McCrae RR. Revised NEO personality inventory [NEO-PI-R] and NEO five-factor inventory: [NEO-FFI]. Professional manual. Odessa, FLA: Psychological Assessment Resources; 1992.

Ivana PERUNIČIĆ, MA, asistent, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Departman za psihologiju, Fakultet za medije i komunikacije, Univerzitet Singidunum, Beograd

Ivana PERUNICIC, MA, Assistant, Institute of Mental Health, Belgrade, Department of Psychology, Faculty of Media and Communications, Singidunum University, Belgrade

E-mail: perunicic@beotel.rs

ASERTIVNOST KOD ADOLESCENATA SA ANKSIOZNI POREMEĆAJIMA – POVEZANOST SA DIMENZIJAMA LIČNOSTI, SOCIJALNOM ZRELOŠĆU I SOCIODEMO- GRAFSKIM KARAKTERISTIKAMA

Željka Košutić¹, Vesna Dukanac¹, Zagorka Bradić¹,
Marija Mitković¹, Vanja Mandić-Maravić¹, Milica Pejić¹,
Milan Mitić¹, Aleksandar Peulić¹, Ivana Raković¹,
Dušica Lečić-Toševski^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Apstrakt: Mnoge studije pokazale su da asertivnost povoljno utiče na samopouzdanje, interpersonalno funkcionisanje i smanjenje anksioznosti. Nema, međutim, dovoljno podataka o korelatima asertivnosti u populaciji osoba sa klinički manifestovanim anksioznošću, posebno u adolescentnom periodu. Cilj ovog istraživanja bio je da ispita povezanost asertivnosti i sociodemografskih karakteristika, socijalizacije (nivo psihastenične i regresivne disocijacije, kao i nivo histerične i psihopatske agresivnosti) i dimenzija ličnosti (temperamenta i karaktera) kod adolescenata sa anksioznim poremećajima. Metod: Uzorak je činilo 60 adolescenata (31 mladić, 29 devojaka, prosečne starosti 21.52±1.44 godine) koji se ambulantno leče u Institutu za mentalno zdravlje u Beogradu zbog anksioznih poremećaja. Procena ispitanika obavljena je je pomoću sledećih upitnika: 1) Opšti demografski upitnik; 2) Rathus-ova skala asertivnosti (Rathus Assertiveness Schedule – RAS); 3) S-skale (Baterija testova socijalizacije, koju čine četiri merna instrumenta za samoprocenu efikasnosti socijalizacije: DELTA 1 – za procenu psihastenične disocijacije, odnosno disocijativnog iskustva usled sniženog nivoa ekscitacije moždanih regulatornih sistema, DELTA 3 – za procenu regresivne disocijacije, što podrazumeva histeriodnu regresiju kod žena, a kod muškaraca regresiju na primitivne agresivne forme ponašanja, SP 5 – za procenu histerične agresivnosti, koja se odnosi na sekundarnu agresivnost uslovljenu primarnom anksioznošću, i SIGMA 1 – za procenu psihopatske agresivnosti, koja se odnosi na neprihvatanje socijalnih normi ponašanja, nedostatak osećaja za dobrobit drugih, odsustvo kontrole impulsa koje rezultuje otvorenim napadom) i 4) Upitnik o temperamentu i karakteru (Temperament and Character Inventory – TCI). Rezultati: U ukupnom uzorku, kao i u podgrupama po polu, ispitanici su imali značajno nižu asertivnost u odnosu na postojeće norme. Među sociodemografskim karakteristikama, veća asertivnost bila je povezana sa muškim polom, većim brojem dece u porodici, a u podgrupi onih koji žive sa oba roditelja i sa skladnijim kvalitetom bračnih odnosa roditelja. Kada je u pitanju socijalizacija, veću asertivnost imali su oni sa manje izraženom psihasteničnom disocijacijom i histeričnom agresivnošću. Asertivnost nije bila povezana sa temperantom, a u karakternom repertoaru negativno je korelirala sa samousmerenošću a pozitivno sa samotranscendencijom. Parcijalna korelacija asertivnosti i pronađenih intrapsihičkih korelata (uz kontrolu njihovih međuodnosa) izdvojila je psihasteničnu disocijaciju i samotranscendenciju kao značajne. Zaključak: Dobijeni nalazi mogli bi pomoći u identifikaciji potencijalno otpornijeg odnosno osetljivijeg profila ličnosti u grupi anksioznih adolescenata kada je u pitanju socijalna efikasnost, kao i u planiranju preventivnih i terapijskih mera sa ciljem poboljšanja interpersonalnog funkcionisanja mladih osoba sa anksioznošću.

Ključne reči: asertivnost, ličnost, socijalizacija, adolescencija

Uvod

Asertivnost predstavlja “skup ponašanja koje osoba manifestuje u interpersonalnom kontekstu a koja izražavaju njena osećanja, stavove, želje, mišljenja ili prava na direktan, odlučan i iskren način, poštujući osećanja, stavove, želje, mišljenja i prava drugih” [1]. Za razliku od agresivnog i pasivnog ponašanja, koja predstavljaju dva pola komunikacionog kontinuuma [2] asertivnost podrazumeva korišćenje sopstvenih prava bez narušavanja prava drugih, odnosno izražavanje sopstvenih osećanja bez doživljaja značajne anksioznosti [3]. Ona doprinosi boljem sporazumevanju u emocionalnim i profesionalnim odnosima [4] i unapređuje blagostanje [5] kako kod zdravih osoba tako i kod nekih mentalnih poremećaja [6].

Asertivnost je najpre proučavana u domenu anksioznih poremećaja. Istraživanja su ukazala na to da je asertivni trening važan element terapijskog paketa kada je u pitanju socijalna fobija [7] jer smanjuje nivo anksioznosti kod osoba sa ovim poremećajem i poboljšava njihovu interpersonalnu efikasnost. Pokazano je da asertivni trening dovodi do značajne redukcije socijalne anksioznosti i u široj grupi pacijenata sa anksioznim i depresivnim poremećajima [8], kao i da niska asertivnost može imati prediktorski značaj za razvoj anksioznih poremećaja u ženskoj populaciji [9]

Zajednička predispozicija asertivnog reagovanja i sklonosti ka anksioznim poremećajima mogla bi se objasniti bazičnim dimenzijama temperamenta [10], odnosno povezanošću sa ekstraverzijom i neuroticizmom, potvrđenim u više istraživanja [11,12]. Ekstraverzija sadrži komponentu impulsivnosti, pozitivnog afekta i socijalnosti, što može činiti važnu komponentu asertivnosti, dok neuroticizam podrazumeva predispoziciju za anksioznost, negativan afekat (borba-ili-beg reakcija) i doživljaj krivice zbog učinjenih dela, što može inhibirati asertivno reagovanje [10,11,13]. Veza asertivnosti i ličnosti pokazana je i u okviru drugih dimenzija, kao što su otvorenost ka iskustvu, svesnost i saradljivost, prema petofaktorskom modelu [11,14]. Malo je podataka, međutim, o povezanosti asertivnosti i dimenzija ličnosti prema psihobiološkom modelu Cloninger-a [15], koji bi ukazali na pojedinačne efekte temperamenta i karaktera na asertivno reagovanje.

Za uspešno uspostavljanje odnosa sa socijalnom sredinom potreban je aktivan i konstruktivan odnos prema njoj i dobro prilagođavanje na njene promene, odnosno efikasan proces socijalizacije [16]. Pokazano je da je za to potreban adekvatan nivo ekscitacije regulatornih sistema CNS-a, dobra kontrola anksioznih, agresivnih i histeriformnih reakcija na frustracione i pseudofrustracione situacije, dobra ego formacija i odsustvo disocijativnih, regresivnih, infantilnih, narcističnih reakcija, kao i asocijalne i antisocijalne agresivnosti [16] što se može posmatrati kao odlika socijalne zrelosti. Kako je asertivno reagovanje povezano sa adaptiranim interpersonalnim funkcionisanjem, moglo bi se dovesti u vezu sa kvalitetom i stepenom zrelosti socijalizacije.

Istraživanja obavljena u opštoj populaciji adolescenata pokazala su povezanost određenih sociodemografskih varijabli sa nivoom asertivnosti, kao što su pol, starost, broj braće i sestara, red rođenja [5,11] a samopoštovanje koje se smatra korelatom asertivnosti u značajnoj je vezi sa porodičnim karakteristikama [17]. Podaci o sociodemografskim korelatima asertivnosti, međutim, još uvek su nedovoljno dosledni i razlikuju se u različitim populacijama.

Iako je veza anksioznosti i asertivnosti pretpostavljena i u kliničkoj i u nekliničkoj populaciji [9], napred navedeni korelati asertivnosti retko su eksplorisani u populaciji osoba sa anksioznim poremećajima. Kako nedostatak socijalnih veština poprima još izraženiji i specifičniji oblik u populaciji mladih, s obzirom na nedovoljnu zrelost njihovih coping mehanizama (mehanizama prevladavanja stresa) [18], cilj ovog istraživanja bio je da se ispita povezanost asertivnosti sa sociodemografskim karakteristikama, socijalizacijom i dimenzijama ličnosti u grupi adolescenata sa anksioznim poremećajima. Navedena saznanja mogla bi biti od posebnog značaja za razumevanje specifičnosti razvojne problematike i planiranje preventivnih i terapijskih mera.

Metod

Ispitanici

U uzorak je uključeno 60 adolescenata koji se ambulantno leče u Dnevnoj bolnici Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu, pod dijagnozom nekog od poremećaja iz anksioznog spektra. Dijagnoza je postavljana na osnovu kriterijuma MKB-10 klasifikacije [19]. Svi ispitanici su u okviru dispanzera Dnevne bolnice za adolescente Instituta za mentalno zdravlje podvrgnuti suportivnoj psihoterapiji. Pre uključivanja u istraživanje, ispitanici su potpisali obrazac informisanog pristanka. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog odbora Instituta za mentalno zdravlje i obavljeno je po principima kodeksa dobre naučne prakse Medicinskog fakulteta u Beogradu.

Uzorak je činilo 39 adolescenata (65.00%) sa dijagnozom socijalne fobije (F40.1), 16 adolescenata (26.67%) sa dijagnozom mešovitog anksioznog i depresivog poremećaja (F41.2) i 5 adolescenata (8.33%) sa dijagnozom generalizovanog anksioznog poremećaja (F41.1). Sociodemografsku strukturu uzorka činio je 31 mladić (51.7%) i 29 devojaka (48.3%), starosti 19 do 24 godine (prosečno 21.52 ± 1.44 godine). Najveći broj ispitanika bili sa područja velikog grada (65%) i iz kompletne porodice (63.3%) sa povremenim verbalnim sukobima roditelja (41.7%), sa prosečno 1.77 ± 0.56 dece u porodici (red rođenja 1.33 ± 0.54) i mesečnom zaradom do 60.000 dinara (41.7%). Obrazovanje adolescenata dominantno je bilo na nivou fakulteta (81.7%; prosečan broj godina školovanja 13.93 ± 1.03), a njihovih roditelja na nivou srednje škole (očevi 66.7%, majke 58.3%). Psihijatrijski hereditet nije evidentiran ni kod jednog ispitanika.

Instrumenti

U istraživanju su korišćeni sledeći instrumenti:

1. Opšti demografski upitnik, sačinjen za potrebe ovog istraživanja, koji uključuje pitanja o polu, starosti, obrazovanju, obrazovanju roditelja, kompletnosti porodice, broju dece u porodici, redu rođenja, bračnom odnosu roditelja, mesečnim primanjima u domaćinstvu i porodičnoj anamnezi.
2. Rathus-ova skala asertivnosti (Rathus Assertiveness Schedule – RAS) [20], koja se sastoji od trideset stavki koje opisuju situacije tipične za asertivno ponašanje. U istraživanju je korišćena domaća verzija ovog instrumenta, nastala prevodom i adaptacijom originalne verzije [21], koja je uključila modifikaciju primarno šestostepene u petostepenu skalu odgovora, po Likertovom tipu, od “potpuno netačno” – 1 do “potpuno tačno” – 5. Ovaj upitnik je standardizovan na uzorku domaće studentske populacije [21] i dobijene norme korišćene su za analizu nivoa asertivnosti u našem istraživanju.
3. S-skale (Baterija testova socijalizacije) [16], koju čine četiri merena instrumenta za samoprocenu efikasnosti socijalizacije, od kojih svaki sadrži po 36 pitanja sa petostepenom formom odgovora:
 - a. DELTA 1: predstavlja instrument za procenu psihastenične disocijacije, odnosno disocijativnog iskustva usled smanjene ekscitacije regulatornih mehanizama centralnog nervnog sistema i slabosti Ega koji dovode do poremećaja socijalizacije [16]
 - b. DELTA 3: predstavlja instrument za procenu regresivne disocijacije [16], što kod žena podrazumeva sklonost regresivnom histeroidnom ponašanju povezanom sa anksioznošću, psihosomatskim smetnjama i agresivnošću, dok kod muškaraca podrazumeva regresiju na primitivne agresivne forme ponašanja;
 - c. SP 5: instrument za procenu histerične agresivnosti [16] pod kojom se podrazumeva sekundarna agresivnost uslovljena primarnom anksioznošću koja ometa interpersonalnu komunikaciju;
 - d. SIGMA 1: instrument za procenu psihopatske agresivnosti, odnosno sklonosti asocijalnim psihopatskim oblicima ponašanja [16], koja se odnosi na neprihvatanje socijalnih normi ponašanja, nedostatak osećanja za dobrobit drugih, odsustvo kontrole impulsa koje rezultuje otvorenim napadom.
4. Upitnik o temperamentu i karakteru (Temperament and Character Inventory – TCI) [22,23,24] koji ispituje dimenzije ličnosti prema psihobiološkom Cloninger-ovom modelu [15]. Ovaj model opisuje strukturu i razvoj ličnosti kao kompleksni sistem koji se

sastoji od interaktivnih domena temperamenta i karaktera. Crte temperamenta određuju način reagovanja na nove situacije, u odnosu na opasnost (kaznu) i pozitivno potkrepljenje (nagradu) i uključuju 4 dimenzije: potraga za novinama (novelty seeking – NS), izbegavanje kazne (harm avoidance – HA), zavisnost od nagrade (reward dependence – RD) i istrajnost (persistence – P). Dimenzije karaktera nastaju kroz procese socijalnog učenja, na osnovama temperamenta, uključujući tri aspekta self-koncepta: osoba kao autonomna individua, kao integralni deo društvene zajednice i kao integralni deo univerzuma. Na osnovu toga, definišu se 3 dimenzije karaktera: samousmerenost (self-directedness – SD), kooperativnost (cooperativeness – C) i samotranscendencija (self-transcendence – ST). Upitnik se sastoji od 240 pitanja sa petostepenom formom odgovora.

Statistička analiza

Statistička obrada podataka uključila je metode deskriptivne statistike (učestalost, srednja vrednost, standardna devijacija), kao i metode analitičke statistike za procenu značajnosti razlike (Student-ov t-test) i povezanosti (Pearson-ov koeficijent linearne korelacije, Spearman-ov koeficijent korelacije ranga, koeficijent parcijalne korelacije).

Rezultati

Vrednosti asertivnosti bile su značajno manje u odnosu na normativne vrednosti iz literature [15], kako u ukupnom uzorku, tako i u okviru polova (Tabela 1).

Tabela 1. Deskriptivni parametri asertivnosti i odnos prema normativnim vrednostima

Uzorak	X (SD) u našem uzorku	X (SD) u normativnom uzorku (21)	t-vrednost; p
Ukupni uzorak	91.60 (16.90)	102.03 (14.68)	-4.782; 0.000
Mladići	95.74 (20.42)	103.34 (14.53)	-2.071; 0.047
Devojke	87.17 (10.78)	100.92 (14.76)	-6.866; 0.000

U kompletnom uzorku asertivnost je bila značajno povezana sa polom i brojem dece u porodici (značajno asertivniji bili su mladići i ispitanici sa većim brojem dece u porodici), dok je adolescentov doživljaj skladnosti bračnog odnosa roditelja bio značajan korelat asertivnosti u podgrupi onih koji žive u kompletnoj porodici (pozitivna korelacija) (Tabela 2).

Tabela 2. Povezanost asertivnosti i sociodemografskih karakteristika

Sociodemografske varijable	Vrednost testa	p
Asertivnost u modalitetima X (SD)		
Pol: muški 95.74 (20.42), ženski 87.12 (10.78)	t = 2.051	0.046
Starost	r (Pearson)=0.018	0.894
Obrazovanje adolescenta	r (Spearman)=-0.072	0.584
Obrazovanje oca	r (Spearman)=-0.171	0.190
Obrazovanje majke	r (Spearman)=-0.077	0.560
Broj dece u porodici	r (Pearson)=0.367	0.004
Red rođenja u porodici	r (Pearson)=-0.133	0.310
Mesečni prihodi domaćinstva	r (Spearman)=0.038	0.773
Urbanost mesta življenja	r (Spearman)=0.176	0.179
Porodica: kompletna 90.24(18.19), nekompletna 93.95 (14.49)	t = -0.819	0.416
Bračni odnos roditelja koji zajedno žive	r (Spearman)=0.369	0.017

Kada je u pitanju bivarijatna veza asertivnosti i socijalizacije, značajnost je pronadjena za podskale Delta 1 i SP 5, a smer korelacije bio je negativan (Tabela 3).

Tabela 3. Pearson-ove korelacije nivoa asertivnosti sa skalama socijalne zrelosti

Dimenzije efikasnosti socijalizacije	r	p
Delta 1	-0.515	0.000
Delta 3	-0.222	0.088
Sigma 1	-0.071	0.589
SP 5	-0.377	0.003

Delta 1 – vrednost testa psihastenične disocijacije, Delta 3 – vrednost testa regresivne disocijacije, SP 5 – vrednost testa histerične agresivnosti, Sigma 1 – vrednost testa psihopatske agresivnosti.

Parcijalna korelacija, međutim, pokazala je značajnu povezanost asertivnosti i Delta 1 uz kontrolu SP5 ($r=-0.388$, $p=0.002$), dok SP5 nije bio značajan korelat asertivnosti uz kontrolu Delta 1 ($r=0.088$, $p=0.509$).

Asertivnost nije bila značajno povezana sa opštim dimenzijama temperamenta (Tabela 4). Kada su u pitanju dimenzije karaktera, nivo asertivnosti bio je u negativnoj korelaciji sa skalom samousmerenosti, u pozitivnoj korelaciji sa skalom samotranscendencije, dok veza sa skalom kooperativnosti nije bila statistički značajna (Tabela 4).

Tabela 4. Pearson-ove korelacije nivoa asertivnosti sa dimenzijama ličnosti

Dimenzije ličnosti	r	p
Potruga za novinama (NS)	0.200	0.126
Izbegavanje kazne (HA)	0.162	0.215
Zavisnost od nagrade (RD)	-0.008	0.951
Istrajnost (P)	0.106	0.422
Samousmerenost (SD)	-0.342	0.008
Kooperativnost (C)	-0.173	0.185
Samotranscendencija (ST)	0.257	0.047

Parcijalna korelacija pokazala je značajnu povezanost asertivnosti i samousmerenosti uz kontrolu samotranscendencije ($r=-0.436$, $p=0.001$), kao i asertivnosti i samotranscendencije uz kontrolu samousmerenosti ($r=0.379$, $p=0.003$). Kada smo parcijalnom korelacijom ispitali i povezanost asertivnosti i njenih napred dobijenih intrapsihičkih korelata (socijalizacija i dimenzije karaktera), koja uključuje kontrolu njihovih međuodnosa (Tabela 5), finalna analiza je kao faktore značajno povezane sa asertivnošću izdvojila vrednosti Delta 1 (negativna korelacija) i samotranscendenciju (pozitivna korelacija), dok samousmerenost nije pokazala značajnu vezu.

Tabela 5. Parcijalne korelacije nivoa asertivnosti sa skalama Delta 1, samousmerenosti i samotranscendentnosti

Ispitivani korelati	Kontrolisani faktori	r	p
Delta 1	SD, ST	-0.507	0.000
Samousmerenost (SD)	Delta 1, ST	-0.236	0.075
Samotranscendencija (ST)	Delta 1, SD	0.471	0.000

Delta 1– vrednost testa psihastenične disocijacije

Diskusija

U odnosu na ranije rezultate u nekliničkoj populaciji mladih u našoj sredini [21] adolescenti sa anksioznim poremećajima u našem istraživanju imali su značajno niže vrednosti asertivnog reagovanja, kako u ukupnom uzorku, tako i u okviru muškog i ženskog pola. Navedeni rezultat je očekivan, s obzirom na to da je niska asertivnost blisko povezana sa sklonošću ka anksioznosti [9].

Asertivno reagovanje je u dosadašnjim istraživanjima, najčešće u nekliničkoj populaciji studenata, pokazalo i različite sociodemografske korelate, kao što su pol, starost, broj braće/sestara, red rođenja, obrazovanje roditelja [5,11], ali dobijeni podaci nisu dosledni u okviru različitih ispitivanih populacija. Naše istraživanje u grupi klinički anksioznih adolescenata pokazalo je da je veća asertivnost karakterisala muški pol, veći broj dece u porodici, a u podgrupi onih koji žive sa oba roditelja, one sa skladnijim roditeljskim partnerskim odnosima.

Kada je u pitanju pol, neke studije [5] pokazuju dominaciju muškog pola u asertivnosti, dok druge upućuju da nije moguće doneti generalizovane zaključke, odnosno da se muška i ženska asertivnost razlikuje u zavisnosti od kvaliteta interpersonalnog konteksta. Kako se asertivnost smatra poželjnom karakteristikom muške rodne uloge [5], očekivano je da u patrijarhalnijoj sredini nalaz bude bliži ovom stereotipu. S obzirom na to da je zabeleženo da niska asertivnost među ženama može biti prediktor razvoja anksioznosti [9], niža asertivnost u ženskom delu našeg uzorka može biti povezana i sa tim da se u našem istraživanju upravo radilo o populaciji sa klinički manifestovanim anksioznim poremećajem.

Kada se radi o broju dece u porodici, u istraživanju među studentima iz Srbije i Indije [11], u ukupnom uzorku dobijen je rezultat koji je suprotan našem – oni sa većim brojem braće/sestara bili su manje asertivni (uz raniji red rođenja kao indikator veće asertivnosti, što u našem istraživanju nije pronađeno), dok u podgrupi srpskih studenata nije bilo značajnih korelacija u ovom domenu. Pošto je naše istraživanje uključilo ispitanike kliničke populacije, moglo bi se pretpostaviti da je anksiozna osoba tokom odrastanja sa većim brojem braće ili sestara, ranije stupila u zahtevne interpersonalne situacije što ima efekat razuslovljavanja u socijalnom kontekstu i rezultira spremnijom komunikacijom.

Pokazano je da porodične karakteristike mogu biti značajno povezane sa emocionalnim profilom adolescenata iz opšte populacije [25], samopouzdanjem [17] i socijalnom kompetencijom [26]. U našem istraživanju, anksiozni adolescenti koji žive sa oba roditelja bili su asertivniji ukoliko su bračne odnose roditelja doživljavali kao skladnije. Ovo bi se najpre moglo objasniti teorijom učenja po modelu [27], odnosno pretpostavkom da osoba prve socijalne veštine stiče posmatranjem najranijih interpersonalnih situacija i obrazaca svojih modela – roditelja, tako da će agresivni model međuroditeljske komunikacije poslužiti kao okvir sopstvenog repertoara neasertivnih reakcija. Zatim, kontinuirani nesklad roditeljskih odnosa može us-

loviti povećanje nivoa anksioznosti kod onih koji su joj predisponirani, što će rezultirati i padom samopouzdanja i, sledstveno, asertivnosti.

Kada je u pitanju asertivnost u kontekstu zrelosti socijalizacije, pronađene su očekivane veze. Što su anksiozni adolescenti imali izraženije pokazatelje slabe socijalizacije, odnosno psihasteničnu disocijaciju i histeričnu agresivnost, bili su manje asertivni. Disocijativnost je i u drugim istraživanjima pokazala vezu sa interpersonalnim funkcionisanjem [28]. Kako je disocijativna sklonost povezana sa narušenim prijemom i prepoznavanjem informacija [16], to potencijalno onemogućava adekvatno uviđanje sopstvenih i tuđih prava u socijalnoj situaciji, kao i razlikovanje asertivnih od neasertivnih strategija. Histerična agresivnost, s druge strane, podrazumeva sklonost ka agresivnom reagovanju u uslovima primarne anksioznosti [16], koja je u socijalnim situacijama najčešće povišena, rezultujući agresivnim umesto asertivnim odgovorom. Parcijalna analiza, međutim, pokazala je da disocijativnost ima prediktorski kvalitet vezano za asertivnost kada se kontroliše histerična agresivnost, dok obrnuto nije važno, što može naglašavati dominaciju uvida nad agresivnim sklonostima u iniciranju asertivnosti.

Kada se radi o dimenzijama temperamenta, asertivnost nije imala značajne korelate, što je suprotno očekivanjima zasnovanim na podacima iz literature. Ranija istraživanja u nekliničkoj populaciji studenata pokazala su da osobe sa niskom asertivnošću imaju izražen neuroticizam i nisku ekstraverziju prema petofaktorskom modelu ličnosti [11,14], pa bi se očekivalo da sa asertivnošću korelira i dimenzija izbegavanja kazne prema Cloningerovom modelu, koja je značajno povezana sa ekstraverzijom i neuroticizmom [29]. I u domenu karakternih dimenzija, naše istraživanje je dalo neočekivane rezultate. Veza sa kooperativnošću nije pronađena, iako ova dimenzija odgovara crti saradljivosti ("agreeableness") prema petofaktorskom modelu [29], koja je u ranijem istraživanju u nekliničkom uzorku studenata iz naše zemlje bila značajan korelat asertivnosti [11]. Samousmerenost je imala negativnu vezu sa asertivnošću, iako je povezana sa crtom savesnosti prema petofaktorskom modelu [29], koja sa asertivnošću korelira pozitivno [11]. Ima podataka, međutim, da će izuzetno visoka samousmerenost rezultirati manjom obzirnošću u ponašanju [30], što može značiti sklonost ka neasertivnom – agresivnom ponašanju. Ono što je očekivano u našem istraživanju jeste to da su asertivniji ispitanici imali veću samotranscendentnost. Nismo pronašli podatke iz drugih istraživanja koji bi potvrdili ovu vezu, ali bi se ona mogla objasniti time da samotranscendentnost označava duhovne aspekte ličnosti [29], odnosno mogućnost izlaska iz sopstvene perspektive, transpersonalnu identifikaciju i spiritualno prihvatanje koje može favorizovati adekvatnije razumevanje i prihvatanje sagovornika.

Kada smo kroz parcijalnu korelaciju sagledali povezanost asertivnosti i njenih inicijalno dobijenih intrapsihičkih korelata (psihastenična disocijacija u okviru socijalizacije, samousmerenost i samotranscendentnost u okviru karaktera) uz kontrolu njihovih međudnosa, prediktorski kvalitet imali su

samo psihastenična disocijacija i samotranscendentnost. Ovo bi moglo značiti da će u grupi anksioznih adolescenata biti asertivniji oni koji imaju manji stepen disocijacije usled niske energizacije regulatornih sistema (stoga i potencijalno bolje uviđanje) i veći stepen samotranscendencije (stoga i lakše duhovno prihvatanje okoline odnosno sagovornika).

Ograničenja u istraživanju i dalja usmerenja za proučavanje ove oblasti odnose se na potrebu za većim uzorkom, kako bi se omogućila multivarijantna regresiona analiza asertivnosti sa većim brojem prediktora i utvrđivanje stepena varijanse asertivnosti koji ovi prediktori objašnjavaju, kao i medijatorske uloge varijabli vezanih za anksioznost (intenzitet, trajanje, različite dijagnostičke kategorije u okviru anksioznih poremećaja) u vezi između ispitivanih prediktora i asertivnosti. Od značaja bi bilo i putem iste metodologije uporediti sociodemografske i intrapsihičke korelate asertivnosti u grupi anksioznih adolescenata sa korelatima kako u nekliničkoj, tako i u odrasloj populaciji, a radi detaljnijeg utvrđivanja psihopatoloških i starosnih specifičnosti asertivnosti.

Zaključak

Među adolescentima sa klinički ispoljenim anksioznim poremećajima, viši nivo asertivnosti karakterisao je mladiće, one u čijoj je porodici bio veći broj dece i čiji roditelji žive u skladnim bračnim odnosima. Asertivni adolescenti bili su oni sa slabom izraženom psihasteničnom disocijacijom (pokazateljem adekvatne socijalizacije) i većom samotranscendencijom (kao dimenzijom karaktera). Ovakvi nalazi mogli bi pružiti usmerenje ka prepoznavanju potencijalno rezilijentnijeg, odnosno osetljivijeg sociodemografskog profila, kao i konstelacije elemenata socijalizacije i dimenzija ličnosti u grupi anksioznih adolescenata kada je u pitanju socijalna efikasnost. Navedene karakteristike mogle bi imati ulogu važnih tačaka u planiranju preventivnih i terapijskih mera u domenu poboljšanja interpersonalnog funkcionisanja mladih sa anksioznošću.

ASSERTIVENESS IN ADOLESCENTS WITH ANXIETY DISORDERS – CORRELATION WITH PERSONALITY DIMENSIONS, SOCIAL MATURITY AND SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

Zeljka Kosutic¹, Vesna Dukanac¹, Zagorka Bradic¹,
Marija Mitkovic¹, Vanja Mandic-Maravic¹, Milica Pejic¹,
Milan Mitic¹, Aleksandar Peulic¹, Ivana Rakovic¹,
Dusica Lecic-Tosevski^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Abstract: Many studies have shown that assertiveness has a positive effect on self-confidence, interpersonal functioning and reduction of anxiety. However, there is insufficient data on the correlates of assertiveness in the population of persons with clinically manifested anxiety, especially in adolescence. The aim of this study was to explore the relationship between assertiveness and socio-demographic characteristics, socialization (the level of psychastenic and regressive dissociation, as well as the level of hysteric and psychopathic aggressiveness) and personality dimensions (temperament and character) in adolescents with anxiety disorders. Method: The sample consisted of 60 adolescent outpatients (31 males, 29 females, mean age 21.52 ± 1.44 years), treated for anxiety disorders at the Institute of Mental Health in Belgrade. Subjects were assessed using the following questionnaires: 1) general demographic questionnaire, 2) Rathus Assertiveness Schedule-RAS, 3) S-scales (Socialization Tests Battery, which consists of four self-report instruments measuring the effectiveness of socialization: DELTA 1-assesses the psychastenic dissociation, which refers to dissociative experiences due to reduced excitation level of brain regulatory systems, DELTA 3- assesses the regressive dissociation, that involves hysteric regression in women and regression to primitive forms of aggressive behavior in men, SP 5-assesses hysteric aggression, referring to secondary aggression conditioned by primary anxiety, and SIGMA 1-assesses psychopathic aggression, referring to non complying with social norms of behavior, lack of sensitivity to the welfare of others or lack of impulse control that results in an open attack); 4) Temperament and Character Inventory – TCI. Results: In overall sample and in both gender groups, the participants had a significantly lower assertiveness in relation to the existing norms. Among the socio-demographic characteristics, greater assertiveness was associated with male gender, more children in the family, and more harmonious parental marital relations if the parents are living together. When it comes to socialization, those with low psychastenic dissociation and hysterical aggression had greater assertiveness. Assertiveness was not associated with temperament, and in the character repertoire it was negatively correlated with self-directedness and positively with self-transcendence. Partial correlation of assertiveness and significant intrapsychic correlates (controlling for their interrelations) singled out psychastenic dissociation and self-transcendence as prominent. Conclusion: The obtained findings could contribute to identifying potentially more resilient or more sensitive personality profile of anxious adolescents when it comes to social efficiency, as well as planning the preventive and therapeutic measures for interpersonal functioning improvement among young people with anxiety.

Key words: *assertiveness, personality, socialization, adolescence*

Literatura

1. Galassi MD, Galassi JP. Assert yourself: How to be your own person. New York: Human Sciences Press; 1977.
2. Tovilović S. Asertivni trening: efekti tretmana, održivost promena i udeo terapeuta u terapijskom ishodu. Psihologija. 2005;38(1):35-54.
3. Alberti RE, Emmons ML. Your perfect right: A guide to assertive living. 6th ed. San Luis Obispo, CA: Impact Publishers; 1990.
4. Zdravković J. Veština vladanja sobom. Niš: Zograf; 2004.
5. Eskin M. Self-reported assertiveness in Swedish and Turkish adolescents: A cross-cultural comparison. Scand J Psychol. 2003;44(1):7-12.
6. Alberti RE, Emmons ML. Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships. 8th ed. Atascadero, CA: Impact Publishers, 2001.
7. Ito LM, Roso MC, Tiwari S, Kendall PC, Asbahr FR. Cognitive-behavioral therapy in social phobia. Rev Bras Psiquiatr. 2008;30 (Suppl 2): s96-s101.
8. Lin YR, Wu MH, Yang CI, Chen TH, Hsu CC, Chang YC, Tzeng WC, Chou YH, Chou KR. Evaluation of assertiveness training for psychiatric patients. J Clin Nurs. 2008;17(21):2875-83.
9. Calkins AW, Otto MW, Cohen LS, Soares CN, Vitonis AF, Hearon BA, Harlow BL. Psychosocial predictors of the onset of anxiety disorders in women: results from a prospective 3-year longitudinal study. J Anxiety Disord. 2009;23(8):1165-69.
10. Eysenck HJ. The structure of human personality. London: Methuen; 1970.
11. Tripathi N, Nongmaithem S, Mitkovic M, Ristic L, Zdravkovic J. Assertiveness and Personality: Cross-Cultural Differences in Indian and Serbian Male Students. Psychol Stud. 2010;55(4):330-38.
12. Vestewig RE, Moss MK. The relationship of extraversion and neuroticism to two measures of assertive behavior. J Psychol. 1976;93:141-46.
13. Eysenck HJ, Eysenck BG. Manual for the Eysenck Personality Inventory. San Diego: Educational and Industrial Testing Service; 1968.
14. Hamid PN. Assertiveness and personality dimensions in Chinese students. Psychol Rep. 1994;75(1):127-30.
15. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993;50:977-91.
16. Momirović K, Hošek A, Džamonja Z, Džamonja Ignjatović T. Baterija testova socijalizacije: priručnik. Beograd: Nacionalna služba za zapošljavanje; 2004.
17. Todorović J. Porodični činioci stabilnosti samopoštovanja adolescenata. Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja. 2005;37(1):88-106.

18. Levitan MN, Nardi AE. Social skill deficits in socially anxious subjects. *World J Biol Psychiatry*. 2009;10(4):702-09.
19. Svetska zdravstvena organizacija. MKB 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.
20. Rathus SA. A 30-item Schedule for Assessing Assertive Behavior. *Behav Ther*. 1973;4:398-406.
21. Milankov R. Standardizacija Ratusovog upitnika za merenje asertivnosti (RAS): diplomski rad. Novi Sad: Filozofski fakultet; 1993.
22. Cloninger R, Przybeck T, Svrakic D, Wetzel R. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use. St Louis: Washington University; 1994.
23. Cloninger R, Przybeck T, Svrakic D, Wetzel R. The Temperament and Character Inventory – revisited (for evaluation purpose only). St. Louis: Washington University; 1999.
24. Džamonja Ignjatović T, Knežević G. Psihobiološki model temperamenta i karaktera – validizacija i kroskulturalna komparacija. *Psihologija*. 2005;38(3):295-311.
25. Todorović J, Simić I. Uloga porodice u formiranju emocionalnog profila studenata društvenih nauka. *Teme*. 2009;33(4):1281-94.
26. Drózd E, Pokorski M. Parental attitudes and social competence in adolescents. *J Physiol Pharmacol*. 2007;58 (Suppl 5):175-84.
27. Bandura A. *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press; 1977.
28. Dorahy MJ. The impact of dissociation, shame, and guilt on interpersonal relationships in chronically traumatized individuals: a pilot study. *J Trauma Stress*. 2010;23(5):653-56.
29. Knežević G, Jocić-Đurić D, Džamonja-Ignjatović T. Petofaktorski model ličnosti. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2010.
30. Watanabe A. The relationship between four components of assertiveness and interpersonal behaviors, interpersonal adjustment in high school students' friendship. *Shinrigaku Kenkyu*. 2010;81(1):56-62.

Dr Željka KOŠUTIĆ, psihijatar, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Zeljka KOSUTIC, MD, PhD, psychiatrist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: zeljkak@eunet.rs

DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AND HEALTH STATUS OF HUNGARIAN FEMALES WORKING IN THE FIELD OF PSYCHIATRY

**Gábor Szényei¹, Szilvia Ádám², Zsuzsa Gyórfy²,
János Harmatta³, Ferenc Túry².**

¹Private praxis, Budapest

²Institute of Behavioural Sciences,
Semmelweis University, Budapest, Hungary

³National Institute of Medical Rehabilitation,
Department of Psychotherapy

Abstract: *Background and aim.* Former studies demonstrated the physical and mental vulnerability of psychiatrists, especially for depressive and addictive disorders. We hypothesized that the depressive symptomatology has an impact on the psychological morbidity, risk factors, and somatic morbidity. *Methods.* In 2006 a questionnaire survey was conducted among Hungarian psychiatrists, and data was collected from 160 females. Depressive symptomatology was measured by the shortened Beck Depression Inventory. The occurrence of certain illnesses was checked by a disease list consisting of 39 items. For measuring burnout the Maslach Burnout Inventory was used. *Results.* One fifth of the sample has depressive symptoms. The outcomes of the single variable analysis show significant strong correlation between depressive symptomatology and the dimensions of burnout, overload, stressful situations, regular use of anxiolytics and antidepressants, and working hours exceeding 8 hours per day. There is a significant correlation between depressive symptomatology and the prevalence of respiratory diseases, allergy, gastrointestinal diseases, skeletal and muscular diseases. *Conclusions.* The presence of depressive symptoms may be mediating factor in the development of chronic diseases. The nature of the psychiatric profession can also have a determining role in the high prevalence of depressive symptoms, especially the high level of emotional overload.

Key words: *psychiatrists, depression, anxiety, somatic morbidity*

Introduction

The health of physicians and their physical and mental health has become an important research area in the past decades. The initial surveys concentrated on the comparative study of health and disease indices between medical professionals and lay people, in the last decades on the issues related to mental health. At the same time, a new direction of research has brought into focus the happiness/unhappiness of physicians. Job satisfaction, the burn-out syndrome, and the phenomenon of leaving the medical profession become of central importance. The relationship between mental illnesses and job satisfaction stands out as an important association [1]. The psychological problems of medical professionals are of great importance since according to WHO predictions the prevalence of depression will increase to such an extent that it will become one of the leading illnesses by 2020. Thus the physical and mental health condition of health professionals is a very important issue [2].

Previous studies indicated that there is no significant difference between the health indices of male and female physicians, and those of the population [3,4,5,6]. At the same time, prevalence studies suggested that physicians are to be considered a risk group for mental health problems. One-third of physicians has some kind of mental health disorders, while in the general populations the ratio is one-fourth/one-fifth [6,7,8].

Anxiety and depression are prevalent mental health problems. The high level of stress leads to anxiety in the case of almost one-third of physicians. Depression affects nearly 20% of doctors. It is prevalent especially among female physicians: prevalence of depression across the life span in the general population is 25%, while among female physicians is 39% [9].

Anxiety and depression are often associated with excessive alcohol consumption. The development of substance use disorders (alcohol and drugs) among doctors is similar to that in the general population. However, prescription drug abuse among physicians is higher than in the general population, which is partly explained by the easy access to medication. At the same time, the misuse of drugs is lower among dentists and pharmacists [9]. All these problems (anxiety, depression, regular alcohol consumption, drug abuse) are factors associated with high suicide rates in doctors. In 2004, in a meta-analysis Schernhammer and Colditz [10] found that the suicide rate for male physicians was nearly 1.5 times higher, and for female physicians more than twice higher compared to the general population.

Our own survey results also supported the mental vulnerability of psychiatrists. In our study the focus was to map the morbidity indicators among female professionals working in psychiatry [11]. In this study we compared the health indicators of female psychiatrist sample with that of a control group including representative female doctors and female professionals. We found that the female psychiatrist sample had higher chronic disease

score. Compared to the control group, female psychiatrists smoke more, use more anxiolytics, do less physical exercise, and consume more alcohol. They indicated higher level of depression, and the prevalence of suicide thoughts and attempts is also higher in comparison to the control group.

These outcomes encouraged further studies: in our present research we aimed at examining the prevalence of depressive symptoms and their impact on women psychiatrists' health. Many international studies support the psychological vulnerability of female physicians. However, Hungarian studies demonstrate both physical and psychological risks. Based on our previous surveys, we hypothesize that the depressive symptomatology has an impact on the somatic health indicators of female psychiatrists.

We have not found any research conducted in the Hungarian population that focused on the relationship of somatic and psychological morbidity of female psychiatrists, or on background factors of their psychological morbidity. Thus, the analysis of the associations between psychological morbidity and risk factors, respectively their relationship with somatic morbidity seems justified.

Methods

Sample

In 2006 a questionnaire survey was conducted upon request from the Hungarian Psychiatric Association, and data was collected from 220 persons. On the one hand, participants were recruited by using the database/mailling list of the Hungarian Psychiatric Association and they received the questionnaire by regular mail. On the other hand, participants of the annual conference of the Hungarian Psychiatric Association were asked to fill in the questionnaires on voluntary basis (hereafter: sample). Our research work was performed with the cross-sectional survey method of epidemiological studies.

The sample included 160 women. The average age of interviewees was 46.1 (± 12.9) years. The sample is composed by psychiatrists (57.0%), psychiatric residents (25.3%), psychologists (10.1%), other physicians (4.4%), employees in the social sphere (0.6%), and 2.5% of interviewees denoted "other" (in our article we refer to the sample as women psychiatrists).

From the aspect of work place, the greatest proportion of the sample (36.3%) works in hospital (Table 1).

Table 1. Socio-demographic factors, depression and anxiety perceived by interviewees

Variable	N (%)
Total sample	160 (100)
Age (years)	
<30	26 (17.0)
30-39	21 (13.7)
40-49	38 (24.8)
50-59	45 (29.4)
≥60	23 (15.0)
Partner/spouse	
Yes (has)	113 (70.6)
No (doesn't have)	47 (29.4)
Children	
No (doesn't have)	51 (32.3)
Yes (has)	107 (67.7)
1	33
2	50
3	14
≥4	9
Type of work place	
Clinic	24 (15.3)
Hospital	57 (36.3)
Specialized clinic	36 (22.9)
Private clinic	16 (10.2)
University/College	11 (7.0)
Own company	3 (1.9)
Other	10 (6.4)

Measures

Variables describing age, sex, type of work place, marital status and number of children were analyzed relating to the demographical status. For measuring depressive symptomatology we used the shortened Beck Depression Inventory [12,13,14]. The answers of the shortened version: 1 – strongly disagree, 2 – disagree, 3 – agree, 4 – strongly agree. In a former Hungarian sample the Cronbach's alpha was 0.85, which indicates high consistency [15]. The total scores of the shortened Beck Depression Inventory were converted to the original version (total score/9x21). Four depression categories can be distinguished based on the obtained value: 0-9: depressive symptoms are not characteristic; 10-18: mild depressive symptoms; 19-26: moderate depressive symptoms; above 26: severe depressive symptoms. We created a two-category variable of the shortened Beck Depression Inventory: 0: no depression (scores 0-9), 1: mild, moderate, severe depression (scores 10 and above). In our study the Cronbach's alfa of BDI is 0.83.

We checked the occurrence of certain illnesses with the help of a disease list consisting of 39 items (e.g. tumorous diseases, depression, myocardial infarction, gastric ulcer). The respondent had to consider the groups of

disease from four aspects: 1. has been examined for the respective illness, 2. has ever been treated for any of the diseases on the list, 3. is taking any medicine due to an illness, 4. the number of sick days in the past year due to disease. When examining the disease structure, we analysed the “have you ever been treated for an illness” question in a dichotomous way (yes/no).

We used the following measures to analyse the background factors. For measuring burnout we used the Maslach Burnout Inventory – MBI [16]. It contains 19 items, and measures burnout on three dimensions (emotional exhaustion, depersonalisation, reduced personal accomplishment/lack of efficacy). Participants indicate on a 7-point Likert scale (from 0 to 6) how often they experience certain emotions related to their work.

Sleep disorders were measured with an item of the modified version of the Sleep Disorders Scale (the Hungarian version of the shortened Athens Insomnia Scale [17, 18]). The question we used was: “Have you had sleep related problems occurring three times a week in the past month?” The answers were analysed in a dichotomous way: 1. does not cause any problems, or causes mild problems, 2. causes significant or severe problems.

Furthermore, it was important to study the stressful, difficult situations and overload occurring in the course of work. This was measured by the questions “How often does a stressful, tense situation occur during work? How often do you feel overloaded?” Respondents answered on a 3-point scale: 1. not characteristic at all, 2. characteristic, 3. most characteristic. When converting the variable we created two categories: not characteristic, and (most) characteristic. Apart from these we examined the average daily working hours (<8 hours) and the use of eventual anxiolytics/antidepressants.

Age, smoking and body mass index (BMI) were included in the multivariate analyses as control variables.

Statistical methods

Descriptive statistical methods were used to calculate the prevalence of depression and other diseases. We analysed the relationship between depression and other diseases by using independent samples T-test and determining correlation coefficients. When examining the relationship between depression and background factors, we used either chi-square tests or independent samples T-test depending on whether variables were continuous or dichotomous, respectively.

We examined the potential predictive relationship of depression, smoking, other sociodemographical stressors and diseases with binary regression analysis. The direction and strength of the relationship between the dependant variable (diseases) and the explanatory variables significantly correlating with the dependant variable (e.g. smoking, age, BMI, type of work place) were examined by determining the odds ratio, the 95% confidence intervals, and the significance level. The statistical analyses were per-

formed with SPSS 15.0 program package. We analysed the co-occurrence of scales with Pearson's correlation and the 95% significance level ($p < 0.05$) was accepted as reliability criterion.

Results

Our results show that 21.7% of psychiatrists suffer from mild, moderate, or severe depression according to the BDI (Table 2).

Table 2. Prevalence of depression

Variables	N (%)
Beck Depression Inventory	
Normal	123 (78.3)
Mild	19 (12.1)
Moderate	10 (6.4)
Severe	5 (3.2)

By examining the somatic morbidity indicator we found that participants mostly suffer from depression (28.0%), the second most prevalent disease being muscular diseases (25.6%), followed by allergic disorders (25.2%). A number of interviewees (14.6%) reported intestinal problems, 9.6% respiratory diseases, and 5.8% gastric complaints (Table 3).

Table 3. Prevalence of somatic diseases

Diseases	has/had (%)	Doesn't have/never had (%)
Respiratory	15 (9.6)	142 (90.4)
Allergic	39 (25.2)	116 (74.8)
Gastric	9 (5.8)	147 (94.2)
Intestinal	23 (14.6)	134 (85.4)
Muscular	40 (25.6)	116 (74.4)

We found significant correlations between BDI scores and psychological, somatic disorders. Moderate correlation was found between respiratory disorders, allergy, and intestinal disease. There was low correlation between depression and gastric, or muscular diseases (Table 4).

Table 4. Relationship between depression and psychological, somatic disorders

Variables	Beck Depression Inventory, t (df)
Respiratory disorders	2.43 (153)**
Allergic disorders	2.49 (151)**
Gastric disorders	1.98 (152)*
Intestinal disorders	2.58 (153)**
Muscular disorders	1.99 (152)*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Thereafter we mapped the potential variables in the background of depressive symptomatology. When examining the background variables, we found that the results support our hypothesis: there is strong correlation between emotional exhaustion, sleep disorders, respectively overload, and depression. Besides, lack of efficacy, the third dimension of burnout, also showed strong correlation with depressive symptomatology. Moderate correlation was found between depression and depersonalization, fatigue, use of anxiolytics, average work time, and stressful situation. Use of antidepressants is in low correlation with depression (Table 5).

Table 5. Correlation between depression and background variables

Variables	Beck Depression Inventory	
	Pearson correlation coefficient, t (df)	
Emotional exhaustion	0.509***	
Depersonalization	0.263**	
Lack of efficacy	-0.525***	
Sleep disorders	4.062 (154)***	
Fatigue	-0.257**	
Use of anxiolytics	3.542 (155)**	
Use of antidepressants	2.212 (155)*	
Average work time	0.225**	
Overload	0.404***	
Stressful situation	0.228**	

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

In the next step we examined the relationship between depression and somatic diseases with the help of multivariable analysis. By performing binary logistic regression we analysed the two-category variable of chronic disease occurrence as dependent variable, the explanatory variables being age, smoking, BDI score, and type of work place. After examining the impact of control variables, the depression symptomatology proved an explanatory factor in the case of muscular and intestinal diseases, allergy and respiratory disorders (Table 6).

Table 6. Correlation between chronic diseases and depression in multivariate analysis

Dependent variable		Exp (B)	P*	confidence interval 95%
Muscular system disorders	BDI	1.046	0.063	1.019-1.116
Gastrointestinal disorders	BDI	1.063	0.013	1.012-1.981
Allergic disorders	BDI	1.064	0.008	1.009-1.136
Respiratory disorders	BDI	1.094	0.014	1.009-1.136

$p < 0.05$ controlled for age, smoking, and BMI

Discussion

It is important to note that our sample is not representative, the 25-35 age group is overrepresented. Our results can be interpreted as tendencies, and they provide information only about the sample. In our exploratory work we analyzed the prevalence of depressive symptomatology, that of somatic diseases related to depression, and the impact of potential background variables of depressive symptoms.

The results demonstrate that one fifth of the sample has depressive symptoms. The outcomes of the single variable analysis show significant strong correlation between depressive symptomatology and the dimensions of burnout, overload, stressful situations, regular use of anxiolytics and anti-depressants, and working hours exceeding 8 hours per day.

An important result is a significant correlation between depressive symptomatology and the prevalence of the following chronic diseases: respiratory disease, allergy, gastrointestinal disease, skeletal and muscular diseases.

We also analysed the relationship of chronic diseases and depressive symptomatology by multivariable analysis. The binary logistic regression analyses show that after controlling for the traditional risk factors depression proved to be an explanatory variable in the case of muscular, intestinal, allergy, and respiratory diseases.

The presence of depressive symptoms presumably act as mediating factor in the development of chronic diseases, since in the background of depressive symptoms we find the most important stress factors of the psychiatric profession (long working hours, great emotional overload, stressful situations). According to international data there is a significant relationship between depressive symptomatology and the chronic diseases we studied [19,20,21,22,23,24,25]. It is also important to emphasise that depressive symptoms can be predictors of diseases themselves, while occurrence of chronic diseases can also increase the prevalence of depressive symptomatology. Depressive symptoms are in themselves predictors of diseases presumably. However, they have an impact through several self-destructive habits associated with them (e.g. smoking, use of anxiolytics).

According to our former study involving a representative sample of female physicians the background factors of depressive symptoms show similar patterns: the overload component of emotional exhaustion in the burnout syndrome, respectively sleep disorders significantly correlate with depression [26]. However, there is a significant difference in comparison to the sample of female psychiatrists, i.e., in their cases the depressive symptoms did not suggest correlations with the indicators of somatic morbidity. These results reinforce our hypothesis that female psychiatrists constitute a group of higher mental and somatic vulnerability compared to other medical professions. Similar results can be found in a study presenting female psychiatrists and other female doctors, where the female psychiatrist group

showed significant personality and professional differences [27]. Other studies describe the increasing self-medication emerging among psychiatrists, which are – also in the case of depressive symptoms – not appropriate in many cases [28].

Beyond these the nature of the psychiatric profession can also have a determining role in the high prevalence of depressive symptoms: high level of emotional overload, personality “as work tool”, little positive feedback can increase both burnout and depressive symptoms. Exploring the background factors of increased vulnerability requires further studies. It is worth to emphasize the harmony of the individuals and their work environment as well as on individual personality factors.

DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY AND HEALTH STATUS OF HUNGARIAN FEMALES WORKING IN THE FIELD OF PSYCHIATRY

Gábor Szényei¹, Szilvia Ádám², Zsuzsa Gyórfy²,
János Harmatta³, Ferenc Túry².

¹Private praxis, Budapest

²Institute of Behavioural Sciences,
Semmelweis University, Budapest, Hungary

³National Institute of Medical Rehabilitation,
Department of Psychotherapy

Abstract: *Background and aim.* Former studies demonstrated the physical and mental vulnerability of psychiatrists, especially for depressive and addictive disorders. We hypothesized that the depressive symptomatology has an impact on the psychological morbidity, risk factors, and somatic morbidity. *Methods.* In 2006 a questionnaire survey was conducted among Hungarian psychiatrists, and data was collected from 160 females. Depressive symptomatology was measured by the shortened Beck Depression Inventory. The occurrence of certain illnesses was checked by a disease list consisting of 39 items. For measuring burnout the Maslach Burnout Inventory was used. *Results.* One fifth of the sample has depressive symptoms. The outcomes of the single variable analysis show significant strong correlation between depressive symptomatology and the dimensions of burnout, overload, stressful situations, regular use of anxiolytics and antidepressants, and working hours exceeding 8 hours per day. There is a significant correlation between depressive symptomatology and the prevalence of respiratory diseases, allergy, gastrointestinal diseases, skeletal and muscular diseases. *Conclusions.* The presence of depressive symptoms may be mediating factor in the development of chronic diseases. The nature of the psychiatric profession can also have a determining role in the high prevalence of depressive symptoms, especially the high level of emotional overload.

Key words: psychiatrists, depression, anxiety, somatic morbidity

References

1. Kapocsi E. "Boldogtalan orvosok" – a jelenség és ami mögötte van ("Unhappy doctors" – the phenomenon and what is behind – Hungarian). *Leg Artis Med.* 2011;21:584-8.
2. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study *Lancet* 1997;349:1498-504.
3. Williams SV, Munford RS, Colton T, Murphy DA, Poskanzer DC. Mortality among physicians: a cohort study. *J Chronic Diseases.* 1971;24:393-401.
4. Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT. Mortality of doctors in different specialities: findings from cohort of 20000 NHS hospital consultants. *J Occup Environ Med.* 1997;54:388-95.
5. Innos K, Rahu K, Baburin A, Rahu M. Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: A cohort study in Estonia. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002;30:133-40.
6. Firth-Cozens J. Improving the health of psychiatrist. *Advances in Psychiatrist Treatment* 2007;13:161-8.
7. Clarke D, Singh R. Life events, stress appraisals and hospital doctors' mental health. *N Z Med J.* 2004;117 (1204):8.
8. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health Mon.* 2007;45:599-610.
9. Rucinski J, Cybulska E. Az orvosok mentális zavarai (Mental disorders of doctors – Hungarian). *Psychiatr Hung.* 1993;8:49-60.
10. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004;161:295-302.
11. Ádám S, Győrffy Z, Harmatta J, Túry F, Kopp M, Szényei G. A magyarországi pszichiáterek egészségi állapota (Psychiatric and somatic morbidity among Hungarian psychiatrists – Hungarian). *Psychiatr Hung.* 2010;25:55-61. Beck AT, Ward CH, Mendelsohn M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
12. Beck AT, Beck RW. Shortened version of BDI. *Post Grad Med.* 1972;52:81-5. Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J. A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán (Characteristics of the shortened version of the Beck Depression Inventory in a Hungarian sample – Hungarian). *Psychiatr Hung.* 2001;16:384-402.
13. Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, Kopp M. A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés tervezése, statisztikai módszerei, a minta leíró jellemzői és az alkalmazott kérdőívek (The planning, statistical methods, descriptive characteristics of the sample and the used questionnaires of the Hungarostudy 2002 national representative study – Hungarian). In: Kopp M, Kovács M (eds). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón (Life quality of the Hungarian population – at the turn of the century – Hungarian)*. Budapest: Semmelweis; 2006. p.70-82.
14. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behavior.* 1981;2:99-113.

15. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res.* 2000;48:555-60.
16. Novak M, Mucsi I, Shapiro CM, Rethelyi J, Kopp MS. Increased utilization of health services by insomniacs – an epidemiological perspective, *J Psychosom Res.* 2004;56:527-36.
17. Ponarovsky B, Amital D, Lazarov A, Kotler M, Amital H. Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. *Int J Dermatol.* 2011;50:1217-22.
18. Fiest KM, Currie SR, Williams JVA, Wang J. Chronic conditions and major depression in community-dwelling older adults. *J Affect Disord.* 131:172-8.
19. Margaretten M, Julian L, Katz P, Yelin E. Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *Int J Clin Rheumatol.* 2011;6:617-23.
20. Motiani B, Haidri FR, Rizvi N. Frequency of depression in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2011;27:1112-5.
21. Bosch NM, Riese H, Ormel J, Verhulst F, Oldehinkel AJ. Stressful life events and depressive symptoms in young adolescents: modulation by respiratory sinus arrhythmia? The TRAILS study. *Biol Psychiatry.* 2009;81:40-7.
22. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychomatics.* 2007;48:93-102.
23. Williams M, Budavari A, Olden KW, Jones MP. Psychosocial assessment of functional gastrointestinal disorders in clinical practice. *J Clin Gastroenterology.* 2005;39:847-57.
24. Györffy Z, Ádám S, Kopp M. A pszichés morbiditás prevalenciája és háttértényezői a magyarországi orvosnők körében (Prevalence and background factors of psychiatric morbidity among female doctors in Hungary – Hungarian). *Népegészségügy.* 2009;87:884-94.
25. Frank E, Boswell L, Dickstein LJ, Chapman DP. Characteristics of female psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2001;158:205-12.
26. Balon R. Psychiatrist attitudes toward self-treatment of their own depression. *Psychother Psychosom.* 2007;76:306-10.
27. Györffy Z, Ádám S, Kopp M. A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota – országos reprezentatív minta alapján (The health status of the Hungarian doctors – on the basis of a national representative sample – Hungarian). *Orvosi Hetilap.* 2005;146:1383-91.
28. Györffy Z, Ádám S, Kopp M. Morbiditás és háttértényezői a magyarországi orvosnők körében (Morbidity and its background factors among Hungarian female doctors – Hungarian). *Lege Artis Medicinae.* 2009;19:423-30.

Gábor Szényei, MD, Private praxis, Budapest

Dr Gábor Szényei, privatna praksa, Budimpešta

E-mail: tury@t-online.hu

RAZGOVOR S ODSUTNIM: PRIVATNI GOVOR STARICA NA SELU¹

Jovan Mirić

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd

Apstrakt. Ovaj rad predstavlja prvi izveštaj o jednom posebnom vidu privatnog govora koji najčešće praktikuju stare žene na selu. One stvaraju naviku da provode dosta vremena u "razgovoru" sa nekim ko nije prisutan. Zbog lične osetljivosti ove teme podaci su dobijeni iz "druge ruke", od srodnika. Dobijeni su osnovni podaci o 47 starica koje praktikuju ovakav vid privatnog govora. Podaci pokazuju da starice najčešće "razgovaraju" sa umrlom osobom muškog roda, kojoj podnose razne izveštaje ili joj se, još češće, žale na svoje bližnje, ali žale i za mladošću, zdravljem, bivšim životom. Objašnjenje ovog privatnog govora smešteno je u okvire razvojno-psiholoških teorija Pijažea i Vigotskog. Ovaj vid privatnog govora je gramatički pravilan koliko i socijalni govor, a shvaćen je kao izraz nastojanja da se održi ili uspostavi afektivna vezanost.

Cljučne reči: *egocentrični govor, Pijaže, Vigotski, afektivna vezanost, starost*

¹ Ovaj rad je saopšten na skupu *Empirijska istraživanja u psihologiji* 2011. godine

Uvod

Deca, sama ili u grupi, ponekad govore naglas, pri čemu taj govor nije upućen nikome određenom. Prvi se u razvojnoj psihologiji ovom pojavom bavio Žan Pijaže [1] nazvavši je *egocentričnim govorom*. Razlikujući tri vrste egocentričnog govora (eholaliju, monolog i monolog udvoje), Pijaže u njemu nije video pojavu sa nekom značajnom funkcijom (osim funkcije izražavanja egocentrične misli), niti ga je video kao važnu kariku u razvojnom lancu. Egocentrični govor, po njemu, jednostavno nestaje tokom uzrasta, potiskivan socijalnim govorom.

Drukčije i daleko značajnije mesto egocentrični govor je dobio u teoriji Lava Semjonoviča Vigotskog [2]. Ne menjajući naziv koji mu je dao Pijaže, Vigotski u egocentričnom govoru vidi krucijalnu srednju kariku na putu kojim prolaze više psihičke funkcije od svojih socijalnih korena ka svom pounutrenom i striktno psihičkom statusu. Treba dodati, međutim, da Vigotski nije razrađivao ulogu egocentričnog govora u razvoju drugih funkcija (pamćenja, pažnje, volje itd.) osim mišljenja, tako da je teoretisanje – i istraživanje – o odnosu između tog vida govora i mišljenja dobilo značajan prostor u delu ovog marksističkog pisca.

Ukratko, osnovne teorijske postavke Vigotskog o egocentričnom govoru glase ovako.

- 1) Egocentrični govor se izdvaja iz socijalnog govora u ranom periodu i potom prelazi u unutrašnji govor negde pred dečji polazak u školu.
- 2) Egocentrični govor ima značajnu autoreglativnu funkciju: on služi regulaciji saznanjog funkcionisanja pri rešavanju praktičnih problema (služi fiksiranju problema, lociranju izvora teškoće ili nedostatka, uobličavanju hipoteze, 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 (postoje 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.

Kada je knjiga Vigotskog "Mind and Society" 1962. godine prevedena na engleski jezik, fenomen egocentričnog govora počeo je ubrzo da privlači pažnju istraživača. Odmah je taj fenomen preimenovan u privatni govor [3] i potom ga niko više nije zvao egocentričnim. Privatni govor je vremenom postao značajna tema razvojno-psiholoških istraživanja, pri čemu je njegova intelektualna autoreglativna funkcija postala jedina koja je privlačila pažnju. Samim tim je i teorija Vigotskog o privatnom govoru dospela u centar pažnje, mada su i neke druge teorije uzimane u razmatranje [4].

I odmah ćemo reći da je najveći broj empirijskih istraživanja pružao manju ili veću podršku postavkama te teorije.

Ipak, nije od istraživača stizala samo podrška. Prvo se pokazalo da ima veliki broj različitih vidova privatnog govora. Lora Berk i Rut Garvin [5] su našle čak devet različitih vidova, što ne znači da je to konačan spisak (a veći broj tih vidova nije egocentričan). Nije jasno koje bi funkcije svi ti vidovi imali u teoriji Vigotskog. Zatim, pokazalo se da se privatni govor, kao glasni govor za sebe, javlja kod adolescenata [6], kod mlađih odraslih [7] i kod starijih odraslih [8], dakle i na uzrastima koji dolaze znatno kasnije od godine u kojoj privatni govor prelazi u unutrašnji i zamenjuje se unutrašnjim. Opet, teško je videti, iz perspektive Vigotskog, zašto se javlja privatni govor na tim kasnijim uzrastima, pogotovo ako se ima u vidu postavka da je on već sa sedmom godinom prešao u unutrašnji. Isto to se može reći i za privatni govor koji se javlja u starosti, o kome će u ovom radu biti više reči. Najzad, teba reći i to da javljanje privatnog govora i na uzrastima znatno kasnijim od onog na kome nastaje unutrašnji govor nikako ne ide u prilog objašnjenju privatnog govora koje se poziva na nedostatak diferencijacije.

Jedno od glavnih dokaza u prilog svoje teorije Vigotski je video u nalazu da učestalost egocentričnog govora raste sa povećanjem teškoće u problemskoj situaciji. Snažno osporavanje te teorije došao je od onih istraživača koji su iz nje ispravno dedukovali pretpostavku po kojoj bi trebalo da se u toj vrsti teškoće ne povećavaju svi vidovi privatnog govora, nego samo oni koji jesu u funkciji rešavanja problema [9]. Oni su dobili empirijski nalaz da se, zapravo, povećavaju baš svi vidovi – i oni koji imaju i oni koji nemaju nikakvu shvatljivu ulogu u rešavanju problema. Nema u teoriji čija je ovo pretpostavka pokrića za ovaj nalaz. Reklo bi se, stoga, da taj nalaz više nego svi drugi nameće potrebu da se na privatni govor gleda drukčije nego što se do sada gledalo.

Podsticaj za istraživanje o kome ćemo govoriti, međutim, nije došao samo iz navedenih teorijskih pogleda na privatni govor i empirijskih nalaza o njemu. On je došao iz svakodnevnog ličnog iskustva autora, koji je zapažao da stare žene na selu često praktikuju poseban vid privatnog govora. To nije govor koji se javlja uz neku aktivnost, niti je vezan za planiranje aktivnosti. To, takođe, nije govor koji sledi iz afekta ili frustriranosti (iznerviranosti, besa i sl.); kod odraslih se povremeno javlja privatni govor u toku obavljanja neke aktivnosti ili kad naiđu na neku “tvrdoglavu” teškoću u poslu. Starice ovaj vid govora praktikuju redovno, bilo tako što koriste priliku kada su same ili tako što stvaraju takvu priliku i onda “razgovaraju” sa nekim koga sa njima nema. Same su a pričaju naglas, i to može da potraje dugo, do pola sata ili više. Ako neko naiđe, one prekidaju sa time i gledaju da nekom aktivnošću sakriju da su same “pričale” ili da sebe sakriju od namernika.

Navešćemo jedan primer. Starica B., 74. godine, živi sa mužem, sinom, snahom i dvoje unučadi. Godinama ustaje pre svih drugih ukućana, skuva kafu, sedne uz peć i počne da “razgovara”, najčešće sa mužem i sinom

koji još spavaju. Govori poluglasno, ali ne šapatom. "Razgovor" može da potraje i ceo sat i verovatno ga sama prekida kada dodje vreme da se obavi neki jutarnji posao. Kad neko naiđe na vrata, ona odmah ućuti, ustane i nešto tobože posluje oko peći.

Upravo ovakav vid govora starih žena na selu želeli smo da empirijski istražimo, i to iz bar dva razloga. Prvo, kao redak fenomen zasluđuje da se zabeleži i osvetli koliko je moguće na osnovu dostupnih podataka. Drugo, teorijski je zanimljiv ako se unese u razvojno-psihološka razmatranja o privatnom govoru, posebno ako se uporedi sa dečjim privatnim govorom i sa postavkama teorije Vigotskog.

Metod

Osetljiva priroda ovog vida privatnog govora onemogućavala je direktno obraćanje staricama koje ga praktikuju. Mogli smo, na osnovu pomenutog svakodnevnog iskustva, očekivati da će one poricati da pričaju "same sa sobom", postideti se ili uvrediti, možda i usled stereotipa da onaj ko priča sam sa sobom spada u kategoriju ludih. Stoga smo bili primorani na sekundarni izvor podataka, kao i na ograničenja vezana za prirodu podataka dobijenih tim putem. Obratili smo se njihovim blišnjima koji su nailazili na ovaj vid privatnog govora kod svojih baka, majki, supruga. A do njih smo došli preko poznanika, tako da je broj onih koji su nam pružili podatke o privatnom govoru starih žena dosta mali. Sa druge strane, i priroda podataka koje smo mogli dobiti ovim putem bila je ograničena na ono što se spolja može ćuti i videti. Ipak, sva ta ograničenja ne treba shvatiti tragično, budući da nam cilj i nije bio u tome da podrobno istražimo ovu pojavu, nego u tome da naučnoj javnosti pružimo početna obaveštenja o nećemu što je mnogima nepoznato i nedostupno.

Dakle, autor i nekoliko njegovih poznanika ispitali su ukupno 46 informanata, koji su pružili osnovne podatke o 47 starih žena i njihovim razgovorima sa odsutnim "Sagovornicima" (jedan informant je dao podatke o dvema staricama). Od tih informanata pet su bili muđevi, deset sinovi, osam kćeri, devet je bilo unuka, osam snaha i šest daljih rođaka onih starica o ćijem privatnom govoru su izveštavali. Oni su dali podatke o uzrastu, obrazovanju, mestu življenja, braćnom i porodićnom statusu i još nekim karakteristikama starih žena i njihovog privatnog govora. Metodološki pristup koji nam je kao jedini stajao na raspolaganju uslovio je to da možemo doći do malog broja informanata, usled ćega je i uzorak starih žena mali i nereprezentativan, a to je sve nametnulo i ogranićenje u prirodi statistiķkih postupaka koji se smisleno mogu primeniti. Naime, ogranićili smo se na osnovne deskriptivne podatke, odnosno na ućestalost u osnovnim kategorijama opisa uzorka, bez ikakvih postupaka iz statistike zakljućivanja.

Podaci su sakupljeni tokom 2010. godine.

Nalazi i diskusija

Od 47 starih žena o kojima smo dobili podatke, na selu živi 37 a u gradu 10. Ovaj nalaz govori protiv našeg početnog očekivanja, utemeljenog u svakodnevnom iskustvu, da starice, koje naglas govore sa sobom, žive samo na selu. Ipak, mora se uzeti u obzir činjenica da od njih deset koje stanuju u gradu većina, po našem naknadnom saznanju, potiče sa sela. I ne samo to. Reč je o gradu Somboru i selima oko njega, u koja je posle Drugog svetskog rata doselio veliki broj kolonista iz Hrvatske. Većina od deset stanovnica Sombora spada u te koloniste, a u grad se preselila tokom poslednjih dvadesetak godina.

Starosna struktura uzorka je ovakva: dve žene su u godinama od 50 do 60, šest ih je u sedmoj deceniji, 25 ima između 70 i 80 godina i 14 preko 80. Tako smo i očekivali: ogroman procenat nalazi se u periodu rane i srednje starosti.

Iako su u naš uzorak ušle četiri starice sa srednjom i dve sa višom, odnosno visokom školom, većina ima kao najviše osnovno obrazovanje. Devet starica je bez škole, deset je završilo manje od četiri razreda, pet ima nepotpunu osnovnu (tj. od četiri do osam razreda) i jedanaest potpunu osnovnu školu (nepoznato je obrazovanje šest ispitanica).

Udata je 21 stara žena, udova ima 24, dve su razvedene. Njih 25 živi u istom domaćinstvu sa decom, a 22 su bez dece u domaćinstvu (tj. deca su odselila).

Za najveći broj starica naši informanti bili su u stanju da kažu i ko su im bili "sagovornici" kojima su se obraćale. Njih 31 pričalo je sa mrtvim osobama a 12 sa živim ("sagovornik" je nepoznat u četiri slučaja). Muškog roda bilo je 34 sagovornika a sedam ženskog (rod ostalih sagovornika nije poznat). Srodstvo "sagovornika" sa osobom koja sa njim "razgovara" je posebno važan podatak i on je prikazan u Tabeli 1.

Tabela 1. Srodstvo osobe sa kojom starica "razgovara"

Srodstvo sa ispitanicom	n
muž	22
sin	7
ćerka	4
majka	3
unuk	1
muški ukućani	4
nepoznato	6
Ukupno	47

Kao što vidimo iz Tabele 1, osim u šest slučajeva gde je “sagovornik“ ostao neutvrđen, sve ostale stare žene “razgovaraju“ sa nekim od srodnika. Taj podatak je nesumnjivo značajan za razumevanje ovog oblika privatnog govora. Podatak da je većina “sagovornika“ muškog roda verovatno ima veze sa činjenicom da je najveći broj starica gorštačkog porekla (rođeni u Lici, Dalmaciji i Crnoj Gori), odnosno potiče iz krajeva gde su muškarci ne samo tvrđi na osećanjima, nego i na razgovoru. I kada su živi oni su teško dostupni za razgovor, na neki način daleki. I ovaj podatak takođe smatramo važnim za razumevanje privatnog govora starih žena na selu. Gorštačko poreklo verovatno objašnjava i nalaz da nema staraca među onima koji govore sami sa sobom naglas; u stvarnom životu oni niti slušaju niti govore, tako da im se supruge i majke obraćaju kad su same.

U Tabeli 2. dajemo podatke o tipovima reakcija starih žena na nailazak nekog od srodnika (upravo onoga koji nam je davao podatke) za vreme njihovog “razgovora“.

Tabela 2. Reakcije na nailazak nekoga u toku “razgovara”

Tipovi reakcije	n
uključivanje pridošlog u istu tema	3
uključivanje pridošlog, uz promenu teme	7
nastavak bez pridošlog, ista tema	3
prekid uz stid, plač, nelagodnost	25
prekid uz smeh, bez nelagodnosti	5
teranje pridošlog napolje dok ne završi	4
Ukupno	47

Kao što vidimo iz Tabele 2, reakcije su raznovrsne. Većina reakcija (25) u skladu je sa očekivanjem koje smo imali na osnovu svakodnevnog ličnog iskustva, ali ima i znatno drukčijih. Neke žene uključuju rođaka (zapravo muža) koji je naišao u isti započeti razgovor, neke otpočinju sa njim razgovor ali menjaju temu. Neke prekidaju uz smeh, druge oteraju namernika dok ne obave ceo “razgovor“. Za neke žene “razgovor“ je maltene rutinska stvar, neka vrsta ličnog rituala, dok je za druge to emotivno "vruća" stvar, katkada i bolna.

O čemu to “razgovaraju“ starice sa svojim odsutnim “sagovornicima“? Informanti su u velikom broju slučajeva mogli da nas obaveste i o tome, pa smo sve teme svrstali u tri osnovne kategorije. Treba, međutim, imati u vidu da su naši sagovornici dali podatke o samo jednoj temi, odnosno o samo jednom slučaju kada su staricu zatekli da priča sama naglas. Sa sigurnošću se može pretpostaviti da se teme menjaju tokom vremena (navika pričanja naglas traje godinama), da verovatno svaka žena prođe kroz sve vrste tema, ili kroz većinu.

Izveštaji spadaju u prvu kategoriju “razgovora“. Odsutni se obaveštava o stanju u domaćinstvu, o tome ko je u selu umro, o unucima rođenim posle smrti muža kome se izveštaj podnosi. Žena u crnogorskim planinama odlazi na zabačenu livadu tobož da nešto važno radi, ali često stoji i izveštava pokojnog muža o stanju stoke u domaćinstvu, o radovima koji su obavljani ili treba da se obave, o deci koja se javljaju iz grada ali retko dolaze... Jedna govori svom petogodišnjem unuku koji se rodio u inostranstvu i koga nikada nije videla: o tome kako bi mu bilo lepo da dodje kod bake, kako bi mu baka i deda činili ovo i ono...

Žalbe i žaljenja su druga kategorija “razgovora“. Starice se žale na unuke, na snahe, svoju decu (“ne dolaze, ne razgovaraju, samo gledaju televiziju“). Druge žale za mladošću, za bivšim životom dok im je muž bio živ. Razvedena žena žali za mogućnostima zajedničkog deljenja radosti sa mužem koji ju je ostavio i otišao. Neke se žale na bolest, na nemoć, na samoću...

Izveštaji, žalbe i žaljenja čine možda i najčešću kategoriju “razgovora“. To znači da se u jednom ovakvom razgovoru nađu sve ove vrste tema.

To su podaci koje smo prikupili od rodjaka starica o njihovom privatnom govoru. Te podatke treba uzimati sa velikom rezervom, ne samo stoga što su dobijeni posredno, iz druge ruke, nego i stoga što je uzorak odveć mali i nereprezentativan. Zbog takve prirode podataka mi nismo ni hteli da utvrđujemo povezanosti između raznih kategorija podataka, iako bi to bilo izuzetno važno. Bilo bi važno saznati, recimo, da li se priroda teme menja prema tome ko je “sagovornik“, da li se reakcija na nailazak menja zavisno od toga ko je naišao, itd. A ne treba ni pominjati koliko bi bilo dragoceno kada bismo mogli potpunije ispitati neku od tih žena o njenom privatnom govoru.

Završna diskusija

Privatni govor i kod dece i kod odraslih javlja se u više različitih vidova. U nastojanju da razumemo ili da objasnimo ovaj vid privatnog govora koji amo istraživali, najkorisnije nam je da pođemo od njegovog poređenja sa egocentričnim govorom dece kako ga opisuje Vigotski. Odmah ćemo videti da između ta dva govora – jednog sa početka životnog i razvojnog puta, drugog sa kraja – postoje bar dve ključne razlike.

Prvo, dečji privatni govor je gramatički nepravilan, dok je privatni govor starica potpuno pravilan. Izvor ove razlike dolazi otuda što dete glasno govori sebi (tako da ista osoba i govori i razumeva govor), a govor starice je socijalan, upućen nekome drugom.

Drugo, dete se pred svetom stvari – onim svetom u kome se pojavljuju njegovi intelektualni problemi – nalazi u sasvim drugoj poziciji nego starica. Za staru ženu svet kućnih predmeta je odavno toliko dobro poznat, već odavno stvar rutine, da iz toga sveta za nju ne dolaze nikakvi intelektualni problemi. Za dete je svet stvari nov i pun problema koje treba rešavati. Nje-

mu gotovo sve probleme sa stvarima u početku rešava odrasli. Kada ono samo počinje da rešava te probleme, ono nosi glasni govor iz socijalnog sveta u predmetni. I da nije drugih teorijskih razloga, i ovaj bi bio dovoljan Vigotskom da naglasak stavi na intelektualnu regulativnu funkciju dečjeg privatnog govora i da zapostavi onu drugu, afektivnu regulativnu funkciju. Nažalost, tu drugu funkciju su zapostavili i drugi istraživači koji su istraživali ovu pojavu. A ta druga funkcija primarna je ili čak jedina u privatnom govoru starica. Iz svega što smo saznali našim istraživanjem jasno proizlazi da se sva problematika starih žena koja se iskazuje kroz privatni govor nalazi u socijalno-afektivnoj dimenziji, a ne u predmetno-intelektualnoj. Dok dete iz socijalnog sveta kreće ka predmetnom, starica napušta predmetni svet i kreće ka socijalnom, ka sagovorniku koji je odsutan. Drukčije rečeno, date govorom prenosi svoju socijalnu (afektivnu) vezu u predmetni svet, starica govorom napušta predmetni svet ka svojoj socijalnoj (afektivnoj) vezi.

Dete počinje da govori naglas samo za sebe negde oko treće godine, upravo onda kada dolazi, po Bolbiju [10], do slabljenja afektivne vezanosti za majku. Glasnim govorom ono zadržava tu vezu, produžava je na neki način u susretu sa svetom stvari (time se može razumeti to što se sa porastom teškoće povećava učestalost svih vidova privatnog govora). Starica, pak, svojim glasnim i punim govorom ponovo uspostavlja vezanost koju je izgubila (kada razgovara sa mrtvim), koja je slaba (kada razgovara sa živim koji malo haju za nju) ili koju tek hoće da uspostavi (kada razgovara sa unukom koga nikada nije videla). Sadržaj njenog razgovora su teme iz pojmovnog inventara afektivne vezanosti: žali se, traži utehu, leči samoću. Sadržaj dečjeg govora ne sadrži te teme, naravno: ono ne ide u kontakt nego iz njega, ono nosi govor kao ostatak veze.

CONVERSATIONS WITH THE ABSENT: PRIVATE SPEECH OF THE RURAL ELDERLY

Jovan Miric

Department of Psychology, Faculty of Philosophy,
University of Belgrade

Abstract: This work is the first of its kind to represent an investigation into a special aspect of private speech that is most frequently practiced by elderly, rural women, who acquire the habit of spending much time in conversation with someone who is not present. Due to the personal sensitivity of this topic, the data and basic information of 47 elderly people who habitually practice this aspect of private speech has been gathered from indirect sources (i.e. from their relatives). The data demonstrates that the elderly most often “converse” with a deceased male, to whom the woman reports to on various topics or to whom the woman most often complains about her close relatives, as well as grieves for her lost youth, health, and former life. The explanation of this private speech falls within the framework of the developmental psychological theory of Piaget and Vygostki. This speech is a grammatically regular, as much as it is social speech; it is taken as an expression of the tendency to maintain or to establish affective attachment.

Key words: *egocentric speech, Piaget, Vygotski, attachment, old age*

Literatura

1. Piaget J. *The Language and Thought of the Child*. London: Routledge & Kegan Paul; (1959/1926, III ed.).
2. Vigotski, L. *Mišljenje i govor*. Beograd: Nolit; 1977.
3. Flavell J, Beach DR. & Chinsky JM. Spontaneous verbal rehearsal in a memory task as a function of age. *Child Dev.* 1966;37:283-99.
4. Kohlberg L, Yaeger J & Hjertholm E. Private speech: Four studies and a review of theories. *Child Dev.* 1968;39:691-736.
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 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. U: RM. Diaz & LE. Berk (eds.): *Private Speech: From Social Interaction to self-regulation*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates 1992:285-96.
9. Fernyhough C. & Fradley E. Private speech on an executive task: Relations with task difficulty and task performance. *Cogn Dev.* 2005;20:103-20.
10. Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vol. 1: *Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute for Psycho-Analysis; 1969.

Jovan MIRIĆ, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd

Jovan MIRIĆ, Faculty of Philosophy, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade

E-mail: jovmiric@gmail.com

Prikaz knjige

SAMOUBISTVO, POMOĆ NADA – PSIHOTERAPIJSKA INTERVENCIJA U KRIZI NAKON POKUŠAJA SAMOUBISTVA

**Prof. dr Gordana Dedić
Medija centar “Odbrana” Beograd**

Samoubistvo spada među tri vodeća uzroka smrti osoba uzrasta od 15 do 35 godina života. Samoubistvo je rezultat složenog uzajamnog uticaja bioloških, genetskih, psiholoških, društvenih i drugih činilaca. Nema jasnog objašnjenja zašto neke osobe odluče da pokušaju ili izvrše samoubistvo dok se druge u sličnim ili težim situacijama neodlučuju na to.

Istraživanje koje je autorka sproveda na Klinici za urgentnu i kliničku toksikologiju VMA pokazuje da nakon otpusta sa bolničkog lečenja više od 80% pacijenata nakon pokušaja samoubistva nije zatražilo ponuđenu psihološku pomoć, što je u skladu i sa istraživanjima drugih autora u svetu. Odsustvo potrebe pacijenata da nakon bolničkog lečenja zatraže psihološku pomoć, ukazuje na značaj i neophodnost da se u tretmanu ovih osoba još za vreme boravka u bolnici obrati pažnja na njihovo psihološko stanje, odnosno da se u radu sa ovim pacijentima ima na umu da je pomoć koju dobiju za vreme bolničkog lečenja za najveći broj pacijenata njihov jedini kontakt sa psihijatrom nakon pokušaja samoubistva.

Autorka ove monografije prikazuje svoj pionirski rad psihoterapijske intervencije u krizi kod pacijenata nakon pokušaja samoubistva koji ima za cilj pružanje psihološke pomoći osobi koja se odlučila za ovaj čin kako bi se vratila na nivo normalnog psihičkog funkcionisanja.

Kao iskusni psihoterapeut autorka predlaže svoj model psihoterapijske intervencije u krizi koji otvara mogućnost osobi koja je pokušala samoubistvo da se suoči sa svojim konfliktom koji ju je doveo do pokušaja samoubistva. Terapijsko i preventivno delovanje se ostvaruje kroz empatiju terapeuta za bolnu egzistenciju pacijenta, emocionalno kontejniranje i pomoć u modulaciji bolnih osećanja pacijenata, edukaciju i pomoć u testiranju realnosti.

Teorijska razmatranja samoubistva prati i prikaz kvantitativnih i kvalitativnih karakteristika samoubistva. Kvantitativne karakteristike pokušaja samoubistva su prikazane kroz procenu težine depresije, ozbiljnost suicidnog rizika, karakteristike suicidalnog plana, razloga i motiva za pokušaj samou-

bistva kao i kroz procenu aktuelnog straha od stigmatizacije psihijatrijskog bolesnika i odnosa pacijenta prema prihvatanju psihijatrijske pomoći nakon pokušaja samoubistva.

Analiza kvalitativnih karakteristika pokušaja samoubistva je prikazana u vidu vinjeta u kojima su opisani realni događaji i za života osoba koje su pokušale samoubistvo.

U monografiji je posebno istaknut značaj psihodinamičkog razumevanja samoubistva u svetlu psihoanalitičkih teorija. Za terapeute koji rade sa ovim osobama kontratransferini problemi su od posebnog značaja, jer prepoznavanje sopstvenih osećanja i misli predstavlja dragoceni izvor da se u ovom poslu izdrži, a istovremeno i pomogne.

Primenom psihoterapijske intervencije u krizi se može pomoći osobama nakon pokušaja samoubistva da prepoznaju svoja osećanja i misli koje su ih doveli do krize, a što sve ima značaj za prevenciju recidiva pokušaja samoubistva i predstavlja veliki podsticaj da se predloženi Model intervencije u krizi primeni u svakodnevnom radu sa pacijentima nakon pokušaja samoubistva.

Tema knjige, organizacija sadržaja, na ovakav način prikazan rad psihoanalitičkog psihoterapeuta, razumljiv način pisanja, predstavlja dragoceno štivo kako za stručnu javnost, tako i za širu čitalačku publiku, a posebno za osobe koje su pokušale samoubistvo jer pruža autentičnu mogućnost sagledavanja problema koji se ne rešava smrću nego odlukom za življenje, čime se otvara mogućnost promena.

Prof. dr Zorka Lopičić

Prikaz knjige

ČAROBNI MOZAK

**Jovo Toševski
Evro-Giunti, Beograd 2011.**

Sve što smo do sada znali o mozgu i o načinu na koji funkcioniše više od 100 milijardi neurona tek su senka onoga što ćemo u budućnosti saznavati, sa obiljem optimizma, ponetim nizom istraživanja koja moderna neuronauka preduzima iz godine u godinu. Ma koliko možda ova tvrdnja zvučala pretenzozno izvesno je da je ljudski mozak najsloženiji organ ne samo u organizmu već i u čitavom univerzumu. On nam omogućava da vidimo, čujemo, sanjamo, fantaziramo i stvaramo. I pored postojanja sve savršenije moderne tehnologije koja omogućava strukturno-funkcionalnu vizuelizaciju mozga još nismo u stanju da sa apsolutnom sigurnošću dešifrujemo sve tajne ljudskog mozga. Upravo nas knjiga “Čarobni mozak” Profesora Jove Toševskog na vrlo ozbiljan, ali i pragmatično-razumljiv način uvodi ne samo u svet elementarnog funkcionisanja mozga već i u složene međupolne interakcije koje su uslovljene upravo funkcijama kompleksnih cerebralnih struktura. Profesor Toševski kao esencijalni neuronaučnik u ovoj knjizi čitaocu simultano prevodi jezik strukture i funkcije mozga. On nam na kristalno pristupačan naučni način, bez suvišnog i nepotrebnog koketiranja sa laicizmom transkribuje kako određeni deo mozga utiče na aspekte i obrasce ponašanja, mišljenja ali i realizacije i egzekucije kognitivno-afektivnih modaliteta ljudskih odnosa (posebno međupolnih). Pitanja ljubavi, međupolnih igara i ne retko sofisticiranih relacija, ali i borbu i rodne frustracije provlači autor kroz prizmu morfolobiološkog neuronaučnog ali i metodološkog filozofskog kritičizma.

Mozak na ljudskom dlanu

Kada pišemo o nečemu ili o nekome, što nas posebno interesuje, za-pravo mi se obično pitamo:

- Kako autor može izuzetno složenu i misterioznu tematiku da predstavi redundantno (što, naravno, ne znači i a priori simplifikovano) u takvoj formi i sa takvim sadržajem da je prijemčiv i inspirativan za široki dijapazon čitalaca Ponekada ste impresionirani ubitačnom i esencijalnom istinom koju proklamuje autor – “Da li išta postoji izvan aktivnosti živog mozga!”

- Nekada i zato što izreka omiljenog filozofa postane potpuno jasna, “aha”! doživljaj, kao što je to posle čitanja ove knjige bilo sa aforizmom Fridriha Ničea – “Čoveka najbolje upознаš tako što pronikneš u njegove ogoljene emocije, posebno strahove”.
- Možda i zato što shvatimo da nam je nekada omiljena psihoanaliza sada u velikoj meri demistifikovana kao u Hegelovom fragmentu – “Nesvesno je nužno. Svest je sloboda”.
- Zašto volimo ono što drugi vole? Zato što smo istomišljenici!

Kvantna fizika i fenomen fraktalnosti dala nam je mogućnost da predpostavimo da živimo u bezbroj paralelnih realnosti, ali je svesnost jedina realnost koja nam je pristupačna. Iako primarna premisa neuronauke može da zvuči da oblik određuje funkciju, posle ove knjige postaje nam jasno da je i vice versa mogućnost i te kako prihvatljiva.

Profesor Toševski nije samo bazični neuronaučnik, on je i suvereni populizator neuronauka. Pored opisa niza epskih situacija i konflikata koji su posledica polnog dimorfizma, knjiga “Čarobni mozak” nudi nam i kompleksni uvid u funkcionalnu neuroanatomiju ne samo ljudskog mozga (sic!), kao i niz psihoterapijskih saveta koji se idealno uklapaju u racionalno-emotivno-bihejvioralno kognitivnu psihoterapiju koja danas predstavlja verovatno najefikasniju i najrasprostranjeniju psihoterapijsku tehniku i to ne samo u tretmanu duševnih poremećaja već i u razumevanju svakodnevnih životnih problema i suočavanja sa njima („coping skills“).

Evo kako u interpretaciji autora izgledaju tehnike smirivanja amigdala (emocija):

1. Ignorisanje emocija od strane korteksa – umesto sedenja i razmišljanja treba se prihvatiti nekog posla, da bi se zaposlio korteks dok emocije ne izgube snagu.
2. Emocije ne smete da potiskujete.
3. Neprijatne emocije morate da ignorišete, ali to ne znači da ih negirate.
4. Poruka amigdali od svesnog mozga mora biti šaljiva i simbolička - šala, sportska aktivnost, muzika.

Ova knjiga nam, takođe, omogućava da spoznamo kako je moguće transponovati neurobiološke anatomo-topografske celine u funkcionalne bihejvioralne supstrate. Tako npr. *stria terminalis* predstavlja *produženu amigdalu* – ona je sedište (na bihejvioralno-emotivnom nivou) briga i strahova. Individualna struktura amigdala je neponovljiva – zapravo kod svake individue amigdale su verovatno *idiografski anatomo-topografski i strukturno-funkcionalni entiteti*. *Izgleda da je amigdala kod svakog čoveka drugačije dizajnirana tako da je samim tim i emocionalni pool svakog čoveka specifikum per se. Možda su zato emocionalnost i seksualnost najjače sile u mozgu (upravo zbog svoje individualne specifičnosti).*

Svaki podnaslov “Čarobnog mozga” je aforističan, munjevit, jezgrovit i predstavlja svojevrsno “topovsko punjenje” koje nas podstiče na razmišljanje o nizu kvintesencijalnih pitanja. U svakom slučaju, specifičnost ove knjige je sveobuhvatnost, multifaktorijalnost i pluripotentnost odnosa žena-muškarac. Knjiga je istovremeno poetska, aforistična, naučna, antropološka i u krajnjoj liniji humanističko štivo. Evolucionizam prožet seksualnošću i konfrontacijom sa tom seksualnošću nije istovremeno i vulgarizam. Muški šovinizam u ovoj knjizi zapravo ne postoji! Svaka opservacija autora, ma kako na prvi pogled bila *maskulino-muško-šovinistička* sadrži u sebi *kvintesencijalno* priznanje o *biovlasti ženskog pola koja je u krajnjoj konsekvenci i inspirator morfopsihološke teorije – o cerebralnoj evolutivnoj ekspanziji čiji je uzročnik, ponovimo, niko drugi do – ŽENA!*

Ono što, zapravo, Profesor Toševski čini, to je majstorska i efikasna “benigno epistemološka” manipulacija čitaočevim amigdalama, hipokampusom i prefrontalnim korteksom! Poetika, proza, naučna misao, pragmatizam međusobno orkestriraju čitaočevim mozgom i navode ga da spontano uči iz ovog štiva! Često su tu prisutni kuriozumi koji možda i pobijaju vekovne zablude o muško-ženskim stereotipima, dok je svest predstavljena kao međuigra, ponekad suptilna, ali često i veoma burna orkestracija amigdala i korteksa.

Jedan od ambicioznijih projekata ove knjige, koji sam prepoznao, je i da li se posredstvom antropološkog, kliničkog, neurobiološkog, neuronaučnog fundamentalnog eruditskog stava autora može odgovoriti na pitanje keningsberškog mudraca Imanuela Kanta – Da li stvarnost uopšte postoji izvan mozga? Ova tema pokreće i kod autora ovog teksta niz pitanja upućenih sopstvenom mozgu.

Prema radovima Boma i Pribrama kosmos predstavlja ogroman kvantni hologram u kojem su subjektivno i objektivno pomešani bez jasne granice. U graničnoj verziji ove teorije postavlja se pitanje da li objektivna stvarnost uopšte postoji. Odnosno, da li išta postoji izvan aktivnosti živog mozga. U “Kritici zdravog razuma” Kant smatra da realnost nije percipirana već iskonstruisana. Naš nervni sistem sve čulne utiske filtrira i rekombinuje i tako formira slike koje zovemo realnost, a koje zapravo predstavljaju samo himeru funkcija poteklih iz konceptualizacije i kategorizacije našeg uma. Kant tvrdi da su uzrok i posledica, prostor i vreme, konceptualizacija i konstrukti, a ne entiteti tamo napolju u prirodi “a da mi ne možemo videti ništa izvan svoje procesuirane verzije tog spoljašnjeg, nema načina da saznamo šta stvarno egzistira izvan, nezavisno od našeg intelektualnog obrasca”. Taj tajanstveni nesaznatljivi entitet koji mora ostati nesaznatljiv za nas Kant je nazvao stvar po sebi. Kant, prema Profesoru Toševskom, postavlja suštinsko pitanje za neuronauke: da li stvarnost uopšte postoji izvan mozga? Procene čeonu asocijativne kore (PFK) su samo njene i one su najvažniji deo naše individualne i kolektivne psihologije. Da li možemo u potpunosti verovati PFK i njegovim zaključcima po pitanju objektivne stvarnosti? Profesor Toševski smatra da ne možemo, jer je objektivizacija stvarnosti kroz evoluci-

ju velikom mozgu bila potrebna u onoj meri koja je neophodan da se održi vrsta u svom neobičnom modelu. Shodno tome mozak pravi objektivizaciju da bi podmirio svoje potrebe, a ne kao fenomen per se. Glavna funkcije PFK, smatra Toševski, bila bi da stvara zabludu i prevaru kako drugima tako i sebi, što je stožer njegove uloge za razvitak vrste. Dakle, da li je realnost kakvu mi zamišljamo stvarno postoji ili je samo predstava sazdana po meri našeg sebičnog mozga? Rutinski odgovor bio bi da živimo u uverenju da je svet oko nas realan. Ipak, prema Toševskom postoji velika mogućnost da mi (naš mozak) stvaramo iluziju realnosti, odnosno da jedino on stvara realnost i da bez njegovog dejstva realnosti uopšte ne bi ni bilo.

Jedno od važnijih pitanja ovog poglavlja glasi: "Da li realnost uopšte postoji ukoliko je mozak ne napravi"? Najbolji način delovanja mozga jeste da sam sačini sve što mu treba uključujući i realnost. Sve što čula ne mogu da detektuju – ne može biti realno, jer postoji izvan njega.

Kod mentalnih oboljenja mozak ne kontroliše realnost. Tako, ako neko halucinira onda halucinacije koje su u oficijelnoj psihijatriji odraz bolesti možemo tumačiti kao i odraz nemogućnosti mozga da kreira realnost. Distorzija vremena i prostora mogu biti takodje samo dokaz da vreme i prostor postoje samo kao produkt mozga. Da li realnost čine samo materijalni produkti kulture koju je mozak stvorio, a iluziju sve drugo u čijem stvaranju on nije učestvovao (okeani, reke, planine, vasiona). Za stvaranje realnosti ili iluzija mozgu nije potreban poseban napor – čulne utiske iz spoljne i ranije stvorene memorije treba da spoji, poveže ih u celinu i iz njih stvori sve dimenzije realnosti. Frank je dao pretpostavku da postoji više realnosti koje predstavljaju neobjektivne dinamičke paralelne univerzume, da svako od nas živi u paralelnom univerzumu i da je svesnost jedina realnost koja je nama pristupačna. Možda je ovo zamena teza, jer nam govori da su dimenzije odnosno paralelni svetovi samo spoljni (para)fenomeni. Zapravo, istina bi mogla biti da u mozgu moraju biti sadržani svi univerzumi i svi svetovi ovog sveta.

Jedna od glavnih podela sistema i struktura u mozgu jeste podela na svesne i nesvesne. Može biti da postoji svesni univerzum, koji primećujemo i koji je mozak stvorio i nesvesni koji je van dometa naše svesti, a koji je takodje stvorio mozak. Strukture koje (ali i svaka za sebe) paralelno deluju u mozgu mogu da pripadaju raznim univerzumima uz mogućnost uticaja jednih na druge preko veza kojima su povezani. Temeljna činjenica te pretpostavke nije samo njihova svesna ili nesvesna funkcija, već izrazito različita morfologija njihovih neurona, kao i različita topološka organizacija u delovima mozga u kojima su ti neuroni grupisani. Sve vrste moždanih kora jesu kandidati za ono što kvantna fizika naziva paralelnim univerzumima i dimenzijama. Tako je npr. neokorteks uredjen u vidu slojeva (šest horizontalnih lamina) i kolumni za koje se smatra da su funkcionalne jedinice sa određenim zadacima. Postoje medjutim i druge vrste korteksa koje su svet za sebe (poseduju emocionalne, nagonске i memorijske funkcije) – hipokampus, gyrus dentatus, subikulum, nucleus. accumbens i dr. Svi oni bi mogli pripadati različitim paralelnim di-

menzijama. Pored ovih struktura tu je i hipotalamus (gospodar života i smrti), amigdale (sedište emocionalne memorije), retikularna formacija itd. Mnogobrojne strukture emocionalnih, kognitivnih i mnestičkih sistema mogu se shvatiti kao paralelni univerzumi koji se smenjuju u dominaciji, ali dok ste u jednom od njih, vi ne vidite drugi, treći i obrnuto. Čak neuronalno-subcelularni nivoi imaju iste mogućnosti za formiranje paralelnih univerzuma (mitohondrije, jedro, retikulum itd). Možda je upravo morfologija ta čijom se promenom dolazi u druga funkcionalna stanja potpuno različita od prethodnih. Zar to nije paralelna stvarnost? Mozak je taj koji stvara različita gledišta istih pojava.

Ovaj tekst inicira kod mene niz pitanja. Da li npr. anksioznost derivira (izvodi) realnost, ili je anksioznost derivat svesnosti i realnosti? Da li je *predstava ili prikaz realnosti (ovde se ne mogu oteti uticaju Šopenhauera)* međuigra funkcije amigdala-hipokampus-PFK čija je konstelacija kod svakog čoveka anatomo-funkcionalni egzemplar. *Gde se nalazi moje JA? Da li je cerebralno konstruisana (konstituisana) realnost (zabluda) najvažnija ljudska odlika – presudna za funkciju vrste? Stvarajući orudja, kulturu, sociološke interakcije – mozak ujedno stvara i novu realnost.*

Ako ponekad neko i pomisli da autor *neguje* svojevrstan psihobiološki “antifeministički” stav, neophodno je da našu eksplicitnu i radnu memoriju, čitajući ovu knjigu, resetujemo na činjeničke koncepte o ženskoj biovlasti i morfopsihološkoj teoriji, koja ženu postavlja u fokus ne samo muške evolucije, već i evolucije celokupnog ljudskog roda. Jedan od osnovnih problema metafizike je da se odnosi među stvarima izraze odgovarajućim rečima, pri čemu je samo mozak to u stanju. Morfopsihološka teorija čiji je originalni kreator profesor Jovo Toševski govori zašto se naš mozak uvećao – pojava skrivenih genitalija kod žene, povećanje seksualnosti i emocionalnosti, povećana motivacija muškarca za seksualnim spajanjem sa ženom, psihoseksualnu manipulaciju žene nad muškarcem kao logičnu, pozitivnu i neophodnu rezultantu, što je sve dovelo do pojave modernog čoveka. Posledica je pojava svesnog ali i emocionalnog bića, za šta je bilo potrebno da se stvore svesni delovi mozga i da se paralelno uvećaju emocionalni delovi mozga što se očigledno i dogodilo u evoluciji modernog čoveka. Žena je pokrenula vrstu u pravcu uvećane seksualnosti i emocionalnosti koje su posledično uvećale mozak, transformisale ga i dovele do stvaranja čoveka, njegove materijalne kulture i visokotehnološke civilizacije. Prema rečima profesora Toševskog njegova morfopsihološka teorija (MPTS) nije suprotna darvinizmu, ali se ne može njime objasniti, jer darvinizam je koncept polnog odabiranja a MPTS poseduje interpolnu borbu i psihoseksualnu manipulaciju žene nad muškarcem kao prirodnu i neminovnu pojavu.

Ne bih želeo da bude predimenzionirano, ali autor ove knjige je verovatno srpski Karl Sagan – *pesnik koji opisuje kosmos neuronauka*. On kazuje-govori onako kako piše i piše onako kako govori - njegov javni stav je u skladu sa njegovom naučnom i intimnom (psiho-bio) filosofijom. Poput Dos-

tojevskog – pronikni cenom sopstvenog duha u ono što smatraš da je istina vredna verovanja! *Sic transit gloria mundi!*

Zanimljive su i etimološko-epistemološke mudrosti autora. Osvrt na gene i njihovo istrebljenje, istrebljenje vrste i evolucionog poretka je, prema autoru, verovatno ona suštastvena istina – genocid!

Prema Tošovskom nerazumna mreža (ovo nije definisano kao ortodoksno nesvesno po ugledu na koncept Frojda) predstavlja kompleksan sistem sa svojim opštim uticajem, kao i sa električnim, hemijskim i magnetnim fenomenima koji se stvaraju u njoj i oko nje. Ova mreža produkuje strah per se, ali je i istovremeno i gospodar straha nad drugim cerebralnim sistemima koje time može aktivirati tako da obavljaju njene naredbe. Amigdale su centar nerazumne mreže, a nerazumnost se u evolutivnom smislu pokazala kao naša najveća prednost (“koliko smo samo nerazumnosti počinili vodjeni emocijama koje su pri tome memorisane u različitim delovima mozga”). U amigdalama je sedište emocionalne memorije (EM). O tome govori i sledeći aforizam velikog filozofa i sociologa Georga Zimela – Tugu osećamo onda kada se sećamo sreće. EM svojim naredbama (u vidu neuralne bure sa znakom alarma) remeti i zahvata ceo svesni i razumni mozak izbacujući ga iz koloseka dok nadražaj traje. Uticaj EM i njeno ispoljavanje u budućnosti koje je često nemoguće kontrolisati jesu ono što bi se moglo nazvati sudbinom (Niče je govorio amor fati – volimo, ali i stvarajmo svoju sudbinu).

Pragmatična i emocionalna memorija pomažu jedna drugoj, ali svesna memorija je podložna zaboravu, dok emocionalna nije. U svakodnevnom životu amigdala i hipokampus su poput amigdala i asocijativnog korteksa u stalnom sukobu. Amigdale su uvek u pripravnosti dok hipokampus smatra da problem ne postoji dok se ne dogodi. Amigdalna pobeda uvek je osigurana jer je broj vlakana koji iz amigdala ide u korteks veći nego obratno (veći broj impulsa preplavljuje korteks) mada je to i slučaj *vice versa* (iako iz korteksa polazi mnogo manje vlakana). Korteks pokušava da blokira emocionalnu memoriju amigdala, ali teško uspeva zbog posebnog stanja sinaptičkog plasticiteta amigdala koje zavisi od amigdala a ne od korteksa. Evolucionari psiholozi smatraju da patološka anksioznost možda i nije poremećaj straha, već da je ona poremećaj (da li je to onda poremećaj?) koji se sastoji u podizanju normalne pažnje na patološko visoki nivo (hiperopreznosti?).

Žena je majstor da se dodatno asocijativno motiviše. Ona svoje emocije koristi za motivaciju koja će je dovesti do željenih rezultata. To ne važi u tolikoj meri i za muškarca. Žena je superiorna po tome što se brzo privremeno ili trajno motiviše na osnovu informacija koje dobije njen prefrontalni korteks, kao i na osnovu ranijih memorijskih scenarija koje su stekli drugi delovi korteksa. Motivacioni sistemi uključuju u sebe jedra od kojih je najvažnije jedro nucleus accumbens, kao i razne druge kortekse. Ovi sistemi važni su za ublažavanje anksioznih stanja. Zasluga ženskog mozga je da brzo zaboravlja sve što nije vezano za ličnu emocionalnost. Žene imaju usadjenu osobinu da nikada nisu zadovoljne onim što imaju, uvek traže još, što je za-

majac naše svekolike evolucije, tvrdi Toševski. Zna se da čovek jednu trećinu života provede spavajući, ali to nije ništa, jer žene dve trećine svog života provedu u doterivanju!

Mozak ne funkcioniše po centrima nego sistemski. U mozgu ne postoji izolovani centar za učenje, pamćenje, već postoje sistemi neuralnih mreža koji, povezani u neuralne celine, omogućavaju odvijanje određenih aktivnosti. Kada je u stresu povišen kortizol on oštećuje hipokampus i PFK ali ne i amigdala. Čovek ugrađuje stres u svesnu memoriju, dajući time mogućnost nesvesnoj emocionalnoj memoriji da fiksira događaj što je greška. Pravilo je: razrešavaj stres, ali ga ne memoriši!, pouka je autora "Čarobnog mozga".

Autor na vrlo originalan način promišlja i o konceptima kreativnog i stvaralačkog prenošenja (ideja koju u poslednje vreme razvija Irvin Jalom) i besmrtnosti. Geni stvaraju mozak, a on im uzvraća svojim moćima, tako što im daje više mogućnosti za delovanje. Mozak je miljenik gena jer on je njihov senzor i produžena čvrsta ruka. Mozak, dakle, ima moć da ubedi gene da je npr. lakše preživeti ako se ne pije zagadjena voda prepuna bakterija (mozak će izmisliti vodovod čime voda postaje bezopasna, a takva kreacija povećava šanse gena da predju u sledeću generaciju). Mozak je besmrtan jer će njegove zamisli biti ugrađene u buduće gene potomaka. Ovo se svodi na uključivanje određenih gena pod uticajem mozga ili na njihovo isključivanje, čim se modelira njihov budući uticaj. Evolucionni žig svesnog, posebno emocionalnog mozga ostaće preko gena sledećih generacija ravnopravan učesnik u preživljavanju vrste, poput samih gena. Geni će nositi moći mozgovog prošlih generacija kako bi preživeli, jer model vrste, čiji je nosilac mozak, mora biti transponovan na potomke.

Svest se posmatra kao kvantni fenomen (priroda) univerzalna kosmička kategorija, pri čemu neuronaučnici smatraju da je stanje svesti vezano za radnu memoriju i ostaje aktivnosti frontalnog korteksa. Lako se može desiti da je problem gnoseološki i jezički, pri čemu se terminologija koja je u upotrebi odnosi na različite pojave. Neke studije pokazuju da postoji smanjenje broja neurona u amigdalama kod žena, bez gubitka neurona u hipokampusu, dok kod muškaraca toga nema. Hipotetički bi u poznim godinama opadala emocionalna memorija kod žena, dok bi pragmatična ostala očuvana, a kod muškaraca bi oba memorijska sistema ostala očuvana. Amigdale se pojavljuju kao nosioci nesvesne emocionalne memorije, a sve ono što je nesvesno je nepoznato i nepristupačno svesnom. Blisko je, dakle, razumevanju da je nesvesno isto što i svesno, samo je nesvesno nedostupno i skriveno. To što nesvesno nije u direktnoj funkciji svesnog vrlo je bitno, jer kada bi svesni mozak imao uticaj na važne nesvesne odbrane mogao bi da ih ugrozi, što bi jedinku stavilo u opasan položaj

Stvaranje materijalne kulture jedan je od pet generičkih karakteristika čoveka – pored encefalizacije, uspravnog položaja (bipedalnosti), dominacije zuba kutnjaka nad očnjacima i jedinstvenog seksualnog i reproduktivnog ponašanja. Nama nije potrebno da živimo u lepšoj hipotetičkoj budućnosti,

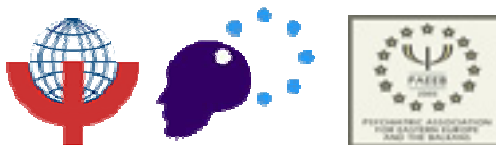
već da se znalački prilagodimo surovoj aktuelnoj realnosti. Tada naši neuroni ne trpe to je i jedan od vodećih terapijskih koncepata relativno nove discipline neuropsihoanalize.

Neokorteks stalno zahteva priyatnost, njime dominira princip apetitivnog i hedonističkog. On želi da prijatne senzacije traju večno što je apsurdno. Drugi delovi mozga mudriji su od novog mozga po tome, jer znaju da ništa ne traje zauvek. Neokorteks hoće da odvoji proces mišljenja od ostalih delova mozga. On je u suštini pametan momak s glupim namerama. Ako novi veliki mozak manje pati, ako nije u sukobu sa drugima, kao ni sa samim sobom, to znači da i vi manje patite, jer vi ste on.

Najlakši način da se dopre do EM jeste onaj kroz asocijacije vezane za odnose medju polovima, jer takve asocijacije kao po pravilu imaju prioritetne trase. Žena može bez seksa ali ne i bez muškog principa, žene retko zameraju muškarcima zbog neuspeha, ali ne vole mušku nezainteresovanost. Ako žena ume malo da priča i da čuva tajnu zauvek, teško da joj može biti ravne bez obzira na fizički izgled. Ako još i dobro izgleda ona je u okviru biološke moći sapijensa gotovo savršenstvo. Prokletstvo uzrokovano zlim rečima i namerama – ko ne sluša svoje amigdale koje uvek štite od nastupajuće nevolje, ko zloupotrebi svoju svest protiv sebe, patiće i plakaće kad-tad.

Mozak žene i muškarca ne dopušta da oni imaju potpuni uvid u međupolne odnose, za njih veoma važne, tako da ih samim tim čini neshvatljivim. Opet Toševski postavlja pitanje uz domišljat odgovor. Zašto je mozgu potrebna realnost i zašto je stvara? Zato da bi stvarao materijalnu kulturu iz gradivnih elemenata seksualnosti, emocionalnosti, memorije, koji su njegova glavna baza i nadgradnja. To znači da prema autoru ove efektne i beskompromisne knjige bez seksualnosti nema realnosti! Ljubav će uvek biti magija, ali znanje je moć. Ako znate ko ste, šta tražite, kako vi i drugi volite, možete da uhvatite tu magiju, nađete i zadržite pravu ljubav i ostvarite svoje snove.

Aleksandar Damjanović



XIV Nacionalni kongres Udruženja psihijatara Srbije i III Kongres Udruženja psihijatara Istočne Evrope i Balkana

ko-sponzorisan od strane Svetske psihijatrijske asocijacije i
pod pokroviteljstvom Predsednika Republike Srbije

“Psihijatrija za svet koji se menja”

Kongresni centar “Sava“, 18-21. april 2012., Beograd, Srbija



U Beogradu je u Kongresnom centru „Sava“ u periodu od 18-21. aprila 2012. održan XIV Kongres Udruženja psihijatara Srbije, akreditovan od strane Lekarske komore Srbije, odlukom 153-02-321/2012-01, od 01.03.2012. br. tab. **A-1-977/12**. Kongres je nosio naziv „Psihijatrija za svet koji se menja“ i podrazumevao 15 bodova KME za predavače, 13 za prve autore prezentacije, 11 za prve autore poster prezentacije i 9 bodova KME za pasivne učesnike.

Na Kongresu je registrovano 600 učesnika. Održano je 10 plenarnih predavanja i 17 simpozijuma, u kojima su učestvovali eminentni stručnjaci iz 22 zemlje, kao i iz Srbije. Na poster prezentacijama bilo je izloženo 159 postera.

Kongres ko-sponzorisan od Svetske psihijatrijske asocijacije, održavao se pod pokroviteljstvom Predsednika Republike Srbije.

Za organizaciju, predavače i sadržaj programa, Kongres je od strane učesnika ocenjen najvećim ocenama.

www.ups-spa.org

Prof. Dr Dušica Lečić-Toševski
Predsednik Naučnog odbora
Potpredsednik Udruženja psihijatara
Istočne Evrope i Balkana

KALENDAR KONGRESA

2012.

Internacionalnu kurs neurosonologije

1-4. septemabar 2012, Beograd

Organizator: Klinika za neurologiju Kliničkog centra Srbije, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Udruženje neurologa Srbije, Nacionalno udruženje za neuroangiologiju Srbije i Svetska federacija za neurosonologiju

Kontakt osoba: Mr sci. med. Dr Milija Mijajlović

E-mail: milijamijajlovic@yahoo.com

14th European Symposium of Suicide and Suicidal Behavior

September 3-6, 2012, Tel Aviv-Jaffa, Israel

<http://www.esssb14.org/>

E-mail: esssb14@kenes.com

VI Međunarodni naučni skup – Specijalna edukacija i rehabilitacija danas

Organizator: Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

14-16. septembar 2012, Beograd.

<http://www.fasper.bg.ac.rs/skup/form.html>

Speaking in Different Tongues: Diversity in the Therapeutic Endeavour

October 1-3, 2012, Tuscany, Italy

<http://www.conorg.com.au/conferences2012/index.html>

III Kongres psihijatara Bosne i Hercegovine sa međunarodnim učešćem – Psihijatrija između fenomenologije i neuroznanosti

12-15. oktobar 2012, Tuzla, Bosna i Hercegovina

E-mail: dr.mevludin.hasanovic@gmail.com

<http://www.upubih.com/3kongres/>

25th Annual Congress of the European College of Neuropsychopharmacology

October 13-17, 2012, Vienna, Austria

E-mail: secretariat@ecnp.nl

www.ecnp.nl

XX World Congress of Psychiatric Genetics: Confronting the Complexity of Brain and Behavior

October 14-18, 2012, Hamburg, Germany

http://www.ispg.net/en/Meetings/2012_World_Congress/en/Meetings/2012_World_Congress.aspx

World Psychiatric Association International Congress – Focusing on Access, Quality and Humane Care

October 17-21, 2012, Prague, Czech Republic
www.wpaic2012.org

Psychopharmacology Update 2012 – Continuing professional development event

October 20, 2012, Cincinnati, OH, United States of America
<http://www.psychpharmupdate.org/>

International Conference “Cross Border Health Care”, University Medical Centre Ljubljana, Slovenia

October, 25-26, 2012, Bled, Slovenia
www.crossborderhealthcare-conference.eu
Email: sirk@kclj.si

12th International Forum on Mood and Anxiety Disorders

November 7-9, 2012, Barcelona, Spain
http://www.ifmad.org/2012/ifmad-nl/html/ifmad_marzo.html
Email: ifmad@publiccreations.com

3rd Global Conference: Making Sense Of: Suicide

November 10-12, 2012, Salzburg, Austria
<http://www.inter-disciplinary.net/probing-the-boundaries/making-sense-of/suicide/call-for-papers/>

Neuropsychology in Action: 18th APS College of Clinical Neuropsychologists

November 22-25, 2012, Tasmania, Australia
<http://ccn2012.blogspot.com>

World Psychiatric Association (WPA) Thematic Conference on Intersectional Collaboration: “The Multidisciplinary Facets of Psychiatry”**4th European Congress of the International Neuropsychiatric Association (INA): “Overlap and Integration in Neuropsychiatry”****1st Interdisciplinary Congress “Psychiatry and Related Sciences”**

November 29 – December 2, 2012, Athens, Greece
www.psych-relatedsciences.org

2013.**5th World Congress on Women's Mental Health**

March 4-7, 2013, Lima, Peru
www.iawmh2013.com
E-mail: info@iawmh.org

International Congress on the Psychosocial Consequences of Disasters

The Hellenic Psychiatric Association in collaboration with the World Federation for Mental Health and the Society of Preventive Psychiatry

March 6-9, 2013, Athens, Greece

<http://psychcongress2013.gr/en/index.html>

Neuroplasticity and Cognitive Modifiability

March 10-13, 2013, Jerusalem, Israel

<http://brainconference.com>

21st European Congress of Psychiatry

April 6-9, 2013, Nice, France

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

CINP – Pharmacogenomics and Personalised Medicine in Psychiatry

April 21-23, 2013, Jerusalem, Israel

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

E-mail: cinp2013@targetconf.com

Empathic Therapy Conference 2013

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

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

**5th 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

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

23-26. maj 2013, Beograd

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

**3rd 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, kfount@otenet.gr

11th World Congress of Biological Psychiatry

June 23-27, 2013, Kyoto, Japan

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

The 21st World Congress for Social Psychiatry

June 29-July 3, 2013, Lisbon, Portugal

www.wasp2013.com

E-mail: info@wasp2013.com

WPA Internatioanl Thematic Congress

September 30-October 3, 2013, Melbourne, Australia

E-mail: russell.f.dsouza@gmail.com

3rd International Congress on Dual Disorders

October 23-26, 2013, Barcelona, Spain

<http://www.cipd2013.com/>**2014.****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

2016.**22nd 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

2012.

WPA REGIONAL MEETING (Zone 16)

September 13-15, 2012, Bali, Indonesia

Dr. Tun Kurniasih Bastaman

tunbastaman@yahoo.com

WPA INTERNATIONAL CONGRESS (Zone 9)

October 17-21, 2012, Prague, Czech Republic

www.wpaic2012.org

2013.

WPA REGIONAL MEETING (Zone 5)

January 10-12, 2013, Asuncion, Paraguay

Dr. Jose Britez Cantero

sociedad@psiquiatriaparaguay.org

WPA REGIONAL CONGRESS (Zone 9)

April 10-13, 2013, Bucharest, Romania

Dr. Dan Prelipceanu – prelipceanudan@yahoo.com

Eliot Sorel – 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

WPA INTERNATIONAL CONGRESS (Zone 8)

June 19-23 2013, Istanbul, Turkey

Dr. Levent Kuey

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

WPA REGIONAL CONGRESS (Zone 3)

“WPA Regional Congress and XXIII APM National Congress”

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

www.psiquiatrasapm.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

WPA Thematic Congress (Zone 18)

“Human Factors in Crisis and Disaster Interventions”
30 September – 3 October, 2013, Melbourne, Australia
www.wpadisasterpsych.com

WPA International Congress (Zone 8)

Future Psychiatry: Challenges and Opportunities
October 27-30, 2013, Vienna, Austria
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; fredkigozi@yahoo.com

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 pisanju 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, Palmotićeveva 37, 11000 Beograd, Srbija* ili na e-mail: *dusica.lecictosevski@EUnet.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.

Vlasnik i izdavač – Owner & Publisher
INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE
11000 Beograd, Palmotićevo 37
Tel/Faks: 011 3226 925; 3236 353
e-mail: imz@imh.org.rs
www.imh.org.rs

Direktor – Director

Prof. dr Dušica Lečić-Toševski

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.

Tehnički urednici – Technical Editors

Ivana Gavrilović
Jelena Kaličanin

Štampa – Print

DOSIJE, Beograd

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: *dusica.lecictosevski@eunet.rs*.

The main author must state in their *covering letter* that their 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), 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. 43/2011 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 2012. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Palmotićeveva 37, 11 000 Beograd.

✂

**SUBSCRIBE TO
PSYCHIATRY TODAY Vol. 42 (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, Palmoticeveva 37, 11000 Belgrade, Serbia,
Tel/Fax: 381-11-3226 925, 3236 353.

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

PSIHIJARIJA danas : časopis Udruženja psihijatara
Srbije = Psychiatry today : Official Journal of the Psychiatry
Association of Serbia. – God. 8, br. 1/2 (1976)– . – Beograd:
(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

DRUGIM PUTEM

 PharmaSwiss
Choose More Life



TIMOPRAM[®]
citalopram

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

Brži odgovor na terapiju¹

Nizak potencijal za interakcije¹²

Dobra podnošljivost¹

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.

1. Keller MB. Citalopram therapy for depression: a review of 10 years of European experience and data from U.S. clinical trials. *J Clin Psychiatry* 2000;61:896-908
2. Sažetak karakteristika leka odobren od Agencije za lekove i medicinska sredstva, Oktobar 2008.

Institut za mentalno zdravlje
Palmotićeva 37, 11000 Beograd, Srbija
Tel/faks 3236-353, 3226-925
www.imh.org.rs

Institute of Mental Health
Palmoticeva 37, 11000 Belgrade, Serbia
Tel/fax 3236-353, 3226-925
www.imh.org.rs