

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2017/XLIX/1/5-77/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.
2017/XLIX/1/5-77/BEOGRAD

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

PSIHIJARIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara
Srbije*

Izdaje

INSTITUT ZA MENTALNO
ZDRAVLJE, Beograd

Glavni i odgovorni urednik

Dušica LEČIĆ TOŠEVSKI

Pomoćnici urednika

Milica PEJOVIĆ MILOVANČEVIĆ
Olivera VUKOVIĆ
Čedo D. MILJEVIĆ
Bojana PEJUŠKOVIĆ
Maja MILOSAVLJEVIĆ

PSYCHIATRY TODAY

Official Journal of the Serbian
Psychiatric Association

Published by

INSTITUTE OF MENTAL HEALTH,
Belgrade

Editor-in-Chief

Dusica LECIC TOSEVSKI

Assistant Editors

Milica PEJOVIC MILOVANCEVIC
Olivera VUKOVIC
Cedo D. MILJEVIC
Bojana PEJUSKOVIC
Maja MILOSAVLJEVIC

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), G. Grbeša (Niš), V. Ispanović 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), 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 49

BEOGRAD

BROJ 1, 2017

SADRŽAJ**ISTRAŽIVAČKI RADOVI**

- Treatment methods of avoidant/Restrictive food intake disorder – review with therapeutic implications
/Dömötör Szalai T., Cserép M. 5
- Psihološke potrebe osoba oboljelih od shizofrenije
/Živanić Stjepanović T. 25

STRUČNI RAD

- Depresija – uporedni pogled psihoanalize i analitičke psihologije
/Vasiljević S. 37

PRIKAZ SLUČAJA

- Uvremenjena psihoterapije darovitih – prikaz slučaja
/Dukanac V., Veljković J., Vuković O., Lečić Toševski D. 53
- Zakasnela psihoterapija darovitih – prikaz slučaja
/Dukanac V., Vuković O., Kostić M., Lečić Toševski D. 61

Obaveštenje

- Uputstva saradnicima 69

PSIHIJATRIJA DANAS

GODINA 49

BEOGRAD

BROJ 1, 2017

CONTENTS**RESEARCH ARTICLE**

Treatment methods of avoidant/Restrictive food intake disorder – review with therapeutic implications

/Dömötör Szalai T., Cserép M.5

Psychological needs of persons affected by shizophrenia

/Zivanic Stjepanovic T.....25

GENERAL ARTICLE

Depression – Comparison of psychoanalysis and analytical psychology

/Vasiljevic S.....25

CASE REPORTS

Timely psychotherapy of the gifted – a case report

/Dukanac V., Veljkovic J., Vukovic O., Lecic Tosevski D.37

Delayed psychotherapy of the gifted – a case report

/Dukanac V., Vukovic O., Kostic M., Lecic Tosevski D.....53

Announcement:

Instruction to contributors73

TREATMENT METHODS OF AVOIDANT/RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER – REVIEW WITH THERAPEUTIC IMPLICATIONS

Tamás Dömötör Szalai¹, Melinda Cserép²

¹Semmelweis University,
Institute of Behavioural Sciences, Budapest, Hungary

²Semmelweis University,
Department of Pediatrics No. I, Budapest, Hungary

Abstract: Background: The introduction of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) have refined childhood and adolescent eating disorders, however it meant a significant change in the diagnostics. Hardly anything is known about its effective interventions and there is a lack of specific treatment guidelines. Thus, our aim was to review the risk factors, assessment methods, and chiefly the treatment methods of ARFID to support its clinical management and psychotherapy. **Method:** The reviewing process was conducted in two steps, with the primary focus on the literature since the introduction of ARFID using the term of ‘avoidant/restrictive food intake disorder’ with dates 2012 -2015. The PRISMA flow algorithm was applied to filter results. **Results and discussion:** Assessment methods involve structured DSM-V interview, supplemented with Bryant-Waugh’s diagnostic guideline, and the Children’s Eating Disorder Examination-Questionnaire, or the Eating Disturbances in Youth-Questionnaire. The heterogeneous treatment shall fit the patients’ and families individual needs, and the different presentations ARFID (e.g. sensory-based selective eating, of choking or vomiting phobia and interactional difficulties). A combination of medical treatment with the primary focus on the weight recovery, nutritional management, and psychotherapeutic interventions are suggested; in children parents should be involved. Behavior therapy with exposure, systematic desensitization, CBT with cognitive restructuring, anxiety management, and family based interventions seemed to be the most useful psychotherapeutic interventions. **Conclusions:** Studies should start assessing the effectiveness of different treatment approaches based on longitudinal researches to describe strict evidence-based guidelines for each presentations of ARFID.

Key words: *avoidant/restrictive food intake disorder, assessment, treatment, review*

Introduction

The Diagnostics of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) is a new type of eating disorder freshly introduced by the DSM-5 [1]. Its diagnosis unites and extends the former categories of Eating Disorders, Feeding and Eating Disorders of Infancy or Early Childhood and Somatoform Disorders characterized by phobic food avoidance [2]. The introduction of ARFID specified the formerly not otherwise classified eating disorders of young people with medical and psychological comorbidities [3]. It refines the definition of childhood and adolescent eating disorders reflecting their clinical expression across the developmental span [3], and also offers mutually exclusive criteria from other eating disorders [1]. Thus ARFID mean a substantial improvement in the diagnostics, but as it is different in its many features from classical eating disorders, the classification of ARFID opens up several questions with regard to the proper assessment and treatment. Hay and colleagues [2] underlined the lack of clinical guidelines in ARFID, therefore urged the development of specific assessment and therapeutic guidance. The DSM-5 [1,4] criteria of ARFID are the following:

- A. An eating or feeding disturbance (e.g., apparent lack of interest in eating or food; avoidance based on the sensory characteristics of food; concern about aversive consequences of eating) as manifested by persistent failure to meet appropriate nutritional and/or energy needs associated with one (or more) of the following:
 1. Significant weight loss (or failure to achieve expected weight gain or faltering growth in children).
 2. Significant nutritional deficiency.
 3. Dependence on enteral feeding or oral nutritional supplements.
 4. Marked interference with psychosocial functioning.
- B. The disturbance is not better explained by lack of available food or by an associated culturally sanctioned practice.
- C. The eating disturbance does not occur exclusively during the course of anorexia nervosa or bulimia nervosa, and there is no evidence of a disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced.
- D. The eating disturbance is not attributable to a concurrent medical condition or not better explained by another mental disorder. When the eating disturbance occurs in the context of another condition or disorder, the severity of the eating disturbance exceeds that routinely associated with the condition or disorder and warrants additional clinical attention.

The diagnosis shall specify if the disorder is in remission, when the criteria are not fulfilled for a sustained period after meeting full criteria of ARFID [1]. The most important exclusion criteria are: the presence of body image disturbance, culturally endorsed traditions, and medical problems or other psychiatric

disorders in the symptoms' background [5]. Therefore, ARFID should be differentiated from gastrointestinal diseases, food allergies, intolerances, neurological, structural or congenital disorders, autisms spectrum disorders (ASD), specific phobias, social anxiety or other anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, anorexia nervosa, schizophrenia spectrum disorders, factitious disorder or its imposed on another type, and from reactive attachment disorder [1]. Zucker and colleagues [6] suggest refining the diagnosis of ARFID with the precise definition of its subgroups (e.g., deficits in executive or in oral-motor functioning). Feeding and eating disorders are often conceptualized exclusively by the child's disturbance, although child-caregiver interactions have a strong impact on their development and maintenance [7,8]. As childhood feeding disorders are often relational disorders, Davis and colleagues [9] suggested applying a multiaxial diagnosis that involves the child, the parent, their relationship, the nutritional or feeding context, and the disorders' severity to enable proper treatment plan in each childhood eating or feeding disorder.

Characteristics of patients with ARFID

As ARFID is basically defined by restriction or avoidance of food resulting to negative nutritional or energy balance and at least one clinically relevant consequence, the simple but well defined diagnostics may be the reason of its high frequency in children [10]. The disorder mostly begins in infancy or in childhood around the age of 8-13, with high 3.2% prevalence in this age group, causing weight loss, growth impairment, difficulties in social life and school attendance [11]. Associated selective eating pattern may persist to adulthood [1]. Although epidemiological data are heterogeneous indicating 13-32% prevalence of ARFID in young eating disorder patients [5,11,12], according to most studies approximately 14% of all eating disorder patients [3, 10] and 5-14% of child gastroenterology patients with eating disorder symptoms can meet the criteria of ARFID [13]. This means that every seventh patient must face with ARFID; while 63% of children with feeding problems can meet one or more of its criteria: insufficient growth in 19.7%, dependence on supplements in 54.5%, nutritional deficiency in 21.5% [12]. Patients presenting ARFID symptoms are often considered firstly as medically ill then the focus switches soon to the mental illness [5].

ARFID poses risk to other eating disorders, most of all anorexia nervosa [14], although it can be distinguished from classical eating disorders by the lack of body image disorder. In spite of this, 21% of ARFID patients have preoccupation with somatic concerns, although differently from the general symptoms of body image disorder [5]. According to Forman and colleagues [15] ARFID patients are more often males than in anorexia or bulimia (29% vs. 15% vs. 6%), are usually younger (12.9 vs. 15.6 vs. 16.5 years), and more characterized by comorbid medical conditions (55% vs. 10% vs. 11%) and anxiety disorders (58% vs. 35% vs. 33%), but less affected by mood disorders

(19% vs. 31% vs. 58%). ARFID patients usually seem less severe on admission with smaller weight loss or bradycardia and fewer eating disorder symptoms than anorectic patients, but often have longer hospitalization [16]. ARFID is frequently associated with ASD, especially in ones with strong preferences on the food's sensory qualities. Other comorbid states include pica, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, attention deficit/hyperactivity, neurodevelopmental and intellectual developmental disorders [1], or gastrointestinal problems, history of food related traumas (e.g., vomiting or choking) and food allergies [15].

In spite of the high prevalence and comorbidity of ARFID, hardly anything is known about its effective interventions [14,16]. The clinical guideline of DSM-V feeding and eating disorders [2] emphasized the lack of specific its treatment recommendations. Eating disorders' researchers are urged to investigate its predisposing factors, standardized assessment instruments, and to evidence effective treatment methods to guide clinical practice [2].

Aims

The aim was to review the most important risk factors, assessment methods, and chiefly to summarize treatment methods of ARFID to provide guidance in its clinical management and psychotherapy.

Method

The Review process focused on the literature since the introduction of ARFID. As its term was first mentioned in 2012 [e.g., 17], this systematic review was conducted with dates 2012-2015 to identify and synthesize relevant studies. The search was carried out with Pub Med and Web of Science databases using the key words of 'avoidant restrictive food intake disorder', resulting in 36 papers in Pub Med, 28 papers in Web of Science, and 11 relevant matches in Google Scholar. The PRISMA flow algorithm [18] was applied to filter the results. Excluding the duplicates and non relevant matches, 29 papers were found about the exact topic to summarize the risk, assessment and treatment-related findings.

Results and Discussion

Risk factors of ARFID

The background of food avoidance or restricted intake in ARFID is deeply diverse [14], and on the basis of its underlying traits several risk factors can be highlighted:

1. The child's temperament, neurodevelopment or intellectual impairments (e.g., ASD, attention deficits) can reduce the responsiveness to eating and feeding [1,21]. However, selective eating can occur with and without background developmental disabilities [22].

2. In children restriction is based on the food's sensory characteristics in up to 60.9% of the cases [8,11]; which is mostly associated with autism spectrum disorders or pica [1].
3. Other psychological or psychiatric disorders can also pose risk for ARFID [14]. Emotional difficulties, anxiety disorders, depressive or bipolar symptoms, obsessive-compulsive traits, can trigger food avoidance or selective eating, especially in older children or adolescents [1,3].
4. Food avoidance is often originated from conditioned negative response after aversive experiences like choking or vomiting [14] in up to 15.2% of the cases [11].
5. In some patients food avoidance or restriction can be maintained by the lack of interest in eating [11], or with the lack of communication of hunger [1].
6. Physiological conditions like gastrointestinal problems (e.g., reflux) can increase the risk of food avoidance or restriction [14]. Although ARFID should not be exclusively ascribed to a concurrent medical condition [12].
7. Familial anxiety, parent-child interactional deficiencies owing to the parent's psychopathology (e.g., the mother's eating disorder) or misinterpreting the infant's behavior can also contribute to the development or maintenance of the disorder [1]. Mothers of children with feeding disorders are usually unpredictable, overcontrolling, intrusive, more punishing, angry and hostile, less affectionate, less flexible or accepting, often force feeding, and have difficulties in recognizing the child's emotions [8,23]. Caregivers often had eating or personality disorders, depression, anxiety, or other mental health problems [8,24]. The risk factors of ARFID and avoidant / restrictive eating are shown in Table 1.

Table 1. Risk factors of ARFID and avoidant or restrictive eating

Risk / background factors	Frequency*	Reference
Avoidance based on the sensory properties of the food (often associated with ASD)	60.9%	[1,11,21,22,25]
Anxiety disorders (e.g. generalized anxiety or obsessive-compulsive traits)	21.4-58%	[1,3,15,21,22]
Lack of interest in eating or the lack of communication of hunger	39.1%	[1,11]
Eating problems prior to the first 18 month like selective eating or feeding since early childhood	28.7%	[15,22]
Gastrointestinal symptoms (e.g., gastroesophageal reflux)	19.4%	[1,14,15]
Mood disorders (e.g., depressive or bipolar symptoms)	19%	[1,3]
Negative consequences or posttraumatic stress disorder related to eating/feeding or direct history of choking/vomiting	13.2-15.2%	[1,11,15,25]
Food allergies	4.1%	[15]
Child's other psychopathologies (e.g., attention deficit, infantile anorexia)	no data	[1,21,25]
Caregiver's psychopathology (e.g. eating disorders, personality disorder, depression, anxiety)	no data	[1,7,8,24,26]
Interactional problems related to eating, forced feeding (e.g. unpredictable, overcontrolling, hostile caregiver, difficulties in recognizing the child's signals and satiety)	no data	[1,8,9,23,27]

Note: Percent of patients presenting the symptoms of avoidant/restrictive eating.

Assessment methods of AFRID

There are no standardized and formalized measures to assess the diagnostic and exclusion criteria of ARFID [2,5]. However, structured DSM-V diagnostic interviews, two questionnaires [28,31] with the most important symptoms, and a diagnostic guideline [19] can be found that supports the assessment of ARFID.

The structured DSM-V interview [1,4] may mean the most important current assessment method, including the child's observation and parental anamnesis. The measurement of the related nutritional deficiency – the most severe accompanying symptom – can be based on clinical assessment including the laboratory tests, physical examination (e.g., hypothermia, bradycardia, anemia) and the assessment of dietary restraint. Bryant-Waugh et al. [8,19] suggested clinicians applying four dimensions to assess the severity of

childhood food avoidance/restriction: 1. the nutritional adequacy of the diet. 2. The impact of the disorder on weight, growth, and physical development. 3. Influence on social and emotional development. (4) Related disturbances in caregiver interactions and family function. These require special attention the interview-based assessment of AFRID.

The *Children's Eating Disorder Examination-Questionnaire* (ChEDE-Q; [28,29] is a self-report measure derived from the Eating Disorder Examination interview [29], assessing eating-disorder attitudes and behaviors in children and adolescents in four subscales: Restrained Eating, Weight Concern, Shape Concern, and Eating Concern. Higher scores on the scales reflect more pathological concerns. The ChEDE-Q has good psychometric qualities ($.82 < \text{Cronbach's } \alpha < .94$) [30]. The ChEDE-Q is a useful standardized measure of ARFID, as it assesses restricted eating pattern and its exclusion criteria [11].

The *Eating Disturbances in Youth-Questionnaire* (EDY-Q) [31] is a 14 item instrument that perfectly represents the DSM-V diagnostic criteria of ARFID and other early-onset restrictive eating disorders [11]. Items refer to emotional and sensory food avoidance, avoidance of new foods, interest in food, selective eating, dysfunctional dysphagia including fear of choking or swallowing, underweight and desire to gain weight. The EDY-Q also contains the exclusion criteria of weight and shape concerns. Items can be rated on a Likert-type scale from never (score = 0) to always (score = 6). In the study of Kurz and colleagues [11] ARFID was fulfilled when the frequency of each eating behavior was reported as at least 'often' (cut-off ≥ 4). Exclusion criteria needed to be reported less than "sometimes" (cut-off < 3). EDY-Q had good validity, but their factors seem to have low internal consistencies ($.42 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .52$) [11,32].

Bryant-Waugh [19] offered a guideline about the specific information need in course of the diagnostic interviews, and suggested to clarify the following questions:

1. *What is the current range and amount of food intake?* This can establish, whether the patient fails the required nutritional and energy needs.
2. *How long has the restriction or avoidance been occurring?* This establishes, whether this is a persistent matter.
3. *Has the current weight and height been dropped compared to the expected centiles?* This establishes faltering growth and the failure to gain as it would be expected for current age.
4. *Can we observe any signs of nutritional deficiency or malnutrition?* To establish the evidence of clinical nutritional deficiency.
5. *Do we need to supplement the child's intake to ensure its adequate level?* To establish the dependence on nutritional supplements or tube feeding.

6. *Is this eating pattern associated with distress or interference with the daily functioning?* To establish the eating disturbance's interference with the social or emotional functioning.
7. Further questions should certify the *exclusion criteria* like the lack of availability of food, social and cultural practices, or body image disorder including weight and shape concerns.

Although, no consistent evidences refer to the discrete subtypes of ARFID and its clinical representations are not always mutually exclusive [1], Bryant-Waugh [19] suggested three different clusters of patients: a. restriction related to the lack of interest in food, b. sensory-based avoidance, and c. avoidance based on the threatening consequences of eating. Perhaps these subtypes shall be differentiated in the diagnostics to optimize treatment choice.

Treatment methods of ARFID

Nutritional management

As underweight, nutritional deficiency and dependence supplements are determining features of ARFID, medical and nutritional management seem to be central in its treatment. The primary aim of each ARFID treatment is to minimize the patient's physical risk and to normalize their body weight [15,19]. A thorough examination might determine how far the patients' maladaptive behavior is explained by medical conditions [33]. Several authors [e.g., 15,34,35] applied nutritional management as a substatnital part of the treatment, including supplements, vitamins, nutri drinks, calcium or probiotics. In the study of Strandjord and colleagues [16] medical management included dietary prescriptions of 1500-2200 calories adjusted to a .2 kg of weight gain per day, balanced with nutri drinks, if refused via nasogastric tube. Patients needed to undertake continuous cardiorespiratory monitoring with bed rest, complete metabolic laboratory panels and received phosphorus supplementation. Nutritional management can be combined with pharmacotherapy and psychotherapies [19,36], and may also hold potentials to shape eating behavior. As sensory properties of the food often trigger the avoidant behavior [11] changing the food's sensory properties or the attitude towards them holds therapeutic potentials [14]. The lack of interest in food intake is also an essential factor [11] that might be modified through the environmental, emotional or motivational aspects of the feeding process, suggesting that therapeutic interventions are strongly related to the simple changes of the nutritional process.

Behavior and cognitive-behavior therapy

As food avoidance is the central trait of ARFID, thus Kenney and Walsh [14] supposed that behavioral interventions like specified forms of exposure therapy can be effective. Patients can respond well to standard treatments of phobias [34]. Behavior therapy techniques can include systematic desensitization, gradual exposure to the aversive stimuli, and the management of the associated anxiety. Introducing new foods with similar sensory qualities

to the accepted ones was suggested by Bryant-Waugh [8,19]. Broadening the restricted nutritional range and eating pattern with similar then gradually changing food seems be central in the treatment of ARFID [14,34]. Changing the avoidant behavior by the modifying the range of accepted foods, increasing bite sizes or time of meals [e.g., 20], and other shaping strategies serve as general step of specific behavioral interventions. While observing emotions and interactions related to eating may show useful information to other psychological interventions. The only intervention-based, randomized pilot trial about an intensive, manualized behavioral treatment of ARFID was published by Sharp and colleagues [20]. This contained 14 treatment meal sessions in five consecutive days with twenty 1-6-year-old participants. Children were presented one out of 8 pureed foods. When the child swallowed the food at stable rates bite volume was gradually increased. Based on Sharp and colleagues [37] structured parental trainings were added in meal 12 and 13. By meal 14, parents fed their children; with the therapist's feedbacks, if needed. This was supported with a manual-based behavioral feeding intervention (integrated Eating Aversion Treatment; iEAT) containing: a. data collection about mealtime performances (e.g., bite acceptance, crying, disruptions), b. automatic data analysis, c. behavioral treatment focusing on escape extinction, reinforcement procedures, and formalized meal structure (e.g., scripted instructions, reduced bites, pureed food texture). Patients showed significant increase in accepted bites and volume of food with slight increase in BMI-percentiles that was stable in one month follow-up [20].

When emotional factors like severe anxiety associated with eating strongly contribute to the maintenance of the disorder [e.g., 3, 15] cognitive behavior therapy (CBT) can be a useful intervention method [14]. However, authors of present paper would like to emphasize that the use of cognitive methods can be highly dependent upon the age and cognitive development of the patients, suggesting the expedience of CBT in adolescent and adult ARFID patients. Bryant-Waugh [19] implemented CBT in smaller well-defined targets, combined with parental involvement. The therapy aimed to increase the patient's responsibility for own health through addressing nutritional risk. Core CBT interventions included: 1. self-monitoring, 2. cognitive restructuring, 3. behavioral experiments, and 4. relaxation methods. Behavioral experiments like the introduction of new foods with similar sensory characteristics were supported in the CBT by anxiety management skills such as breathing and progressive muscle relaxation. King, Urbach and Stewart [38] presented a case of a women suffering from illness anxiety [1] and ARFID with anxiety-based avoidance. The patient was successfully treated with CBT that involved: 1. psychoeducation about the physical symptoms of anxiety that can be misinterpreted as signs of illness or choking causing catasrophization and hypervigilance. Avoidance of eating was interpreted as a maladaptive anxiety reducing strategy. 2. Cognitive restructuring was used to identify evidences against

catastrophic beliefs and sensations with the rating of possibility of catastrophic consequences. 3. Systematic desensitization consisted of in-vivo exposures during meal times, based on a hierarchy of feared foods from “safe” to “unsafe”. This aimed to increase the amount, variety and bites of food eaten. Subjective level of anxiety was rated from 1 (none) to 10 (extreme). 4. Relaxation techniques were also implemented to help cope with anxiety.

Self-regulation and anxiety management techniques

Kreipe and Palomaki [34] presented a case of a 14-year-old male athlete with sensory-based food aversion that generating anxiety. Treatment was based on guided imagery self-relaxation exercises prior to eating. This approach was supported with nutritional counseling and Fluoxetine intake. The patient could increase the variety of foods, gained back normal weight, and felt mastering the emotional responses, although some residual sensory symptoms remained. Repeated imagination of the avoided food means internal exposure, and self-relaxation helps decreasing anxiety, therefore this approach can be interpreted as a systematic desensitization. In another case of Kreipe and Palomaki [34] a 10-year-old girl had almost choked from food, thus she became unwilling to try new foods and insisted on having only smooth foods. This resulted to conditioned involuntary spasm of her esophagus, and she lost weight as well. Biofeedback was offered her demonstrating that she was able to gain control over conditioned responses. This encouraged her to increase self-regulation to master the involuntary muscle responses of her esophagus. Supportive therapy was applied to ventilate her choking experience. She experienced success in swallowing different foods, and gained confidence after four sessions. Techniques like imagination, relaxation and biofeedback can be realized in course of the CBT [19,36], and seemed supporting patients to recover their ability of self regulation.

Family therapy and family based treatment (FBT)

According to our own clinical experiences, if any childhood eating disorder is present, patients receive greater attention with the emergence of the sick role, familiar dependence or the pressure of eating also increases. When the child rejects eating, parents, most often mothers may perceive that their parental roles are questioned. This can increase parental stress, and influence parents' attitude towards eating by indicating anxiety or anger that may start a negative spiral which can fortify the child's food refusal. This negative spiral can be interrupted by involving the parents in the treatment. Thus, parents and often the broader social environment (e.g., kindergarten, school) should be involved in the treatment of child ARFID patients. Lopes and colleagues [36] reinforces that parents shall be involved in the treatment plan. Family members need to have psychoeducation about the illness course and the expected reinforcement strategies of the child's healthy behavior [38]. In other cases, higher involvement of the families can be suspected; several childhood feeding

disorders can be defined as relational disorders [9]. More authors [e.g., 8,19] emphasized the child's and the caregivers' characteristics, their relationship's deficiencies and the nutritional context can all contribute to the feeding and eating pathology. The primary international treatment recommendation for young patients with anorexia nervosa is family therapy [2,39]. Considering similar characteristics of ARFID and anorectic patients such as weight loss, restricted eating pattern, avoidance of certain foods, childhood or teenager onset, the utility of family-based treatments can be suspected in cases where interactional or parental dysfunctions contribute to the disorder. However, Thomas and colleagues [40] suggested different approaches in anorectic and ARFID patients. Forman and colleagues [15] found that family based treatments were used in 38% of the patients with restrictive eating disorders, and were just as effective in weight restoration as individual or other medical treatment methods. According to Norris and colleagues [35] all ARFID patients were successfully re-nourished and progressed with a psychological treatment that focused on anxiety and feeding management in a family-based treatment model. Lopes and colleagues [36] directly emphasized the involvement of the family as an essential element of the successful treatment in child and adolescent ARFID patients. When interactions contribute to the disorder, or when individuation from the family is needed FBT can be indicated alone or combined successfully with the other individual treatment modalities [15,19,35,41].

Pharmacotherapy

When mood or anxiety disorders contribute to ARFID symptoms the use of pharmacotherapy can be suspected as a supplementary therapeutic method. In some case studies medicines used for depression or anxiety disorders like selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) or benzodiazepines were used as a part of the complex treatment of ARFID [e.g., 35, 36]. Fluoxetine (SSRI) was used beside the psychotherapy to treat sensory-based food avoidance with comorbid anxiety [34]. SSRIs were efficiently used in childhood choking phobia [35]. However, evidences for the efficacy of pharmacotherapy methods in ARFID are lacking [33], and Norris and colleagues [36] referred on its lower efficacy. While Lopes and colleagues [37] used it efficiently combined with various methods of CBT. Therefore the combination of pharmacotherapy with psychotherapy can be rather supported, but specific medication definitely needs to be tested by further clinical studies.

Combined treatments

Lopes and colleagues [37] presented an adult AFRID patient suffered from choking phobia treated with combined treatment included pharmacotherapy (SSRIs), nutritional management, psychoeducation about consequences of nutritional deficiency and treatment goals. CBT was also

implemented with three aims: (1) cognitive restructuring as cognitive distortions lead to generalized avoidance behavior. (2) Anxiety management. (3) Desensitization with gradual exposure therapy, through small well defined intermediate goals of exposing foods such as approaching to the feared food, gradually increased bite sizes and reduced chewing, accompanied with breathing and relaxation techniques. Bryant-Waugh [19] emphasized that necessity of treatments that commonly include medical intervention, nutritional management and psychotherapies. Most case studies generally reflect a CBT approach with restructuring of the avoidant cognitive distortions, gradual exposure of the feared stimuli, changing eating patterns and introduction of new foods, combined with anxiety management like progressive relaxation [11,14,19,37]. In child and adolescent ARFID patients the parents' involvement in the treatment plan and psychoeducation is essential [37,38]; and a successful family-based treatment can be combined with anxiety and feeding management [36]. Chandran and colleagues [43] referred a case about a 17-year-old male ARFID patient with selective eating since many years with comorbid subacute spinal cord degeneration managed with combined inpatient treatment: 1. standard inpatient eating disorder treatment. 2. Nasogastric feeding. 3. Varied diet with supplements. 4. Pharmacotherapy (Quetiapine). 5. Routine psychotherapy for anxiety management. 6. Family therapy was also applied to help the individuation process. 7. Individual psychotherapy supported the outpatient management. The evidence-based treatment methods of ARFID are shown in Table 2.

Table 2. Applied therapy methods in ARFID

Therapy method	Main intervention	Indication	Efficacy	Reference
Nutritional management	Nutritional supplements, vitamins, nutri drinks, calcium, probiotics	Most cases: undernourished, low body weight	No data; part of weight restoration	[15,16,19, 34,36,37]
Psychoeducation	Treatment step and goals, consequences of nutritional deficiency, symptoms' misinterpretations, psychoeducation for family members	General / anxiety / experiencebased avoidance	No data; part of CBT and FBT	[37,40]
Behavior therapy and CBT	Standard phobia treatments, gradual exposure therapy (often combined with other modalities)	Anxiety or sensory-based avoidance/ restriction, aversive experiences, chocking phobia	Good; most often used	[11,14,19, 20,37]
	Behavioral experiments (e.g., introduction of new foods with similar sensory features)	Sensory-based restriction, negative experiences or emotions related to eating	Often used	[8,19]
	Changing sensory qualities of the food or the patient's attitude	Lack of interest in eating or sensory-based avoidance	No data	[14,34]
	Self-monitoring, nutritional risk assessment, increasing responsibility, cognitive restructuring, in vivo – and interoceptive expositions, systematic desensitization with anxiety management	Aversive food-related experiences, emotional factors contribute to avoidance or restriction, chocking and vomiting phobia	good; often used or combined with other methods	[14,19, 37,40,44]
Self-regulation and anxiety management: relaxation, imagination, bio-feedback	Breathing and progressive relaxation techniques, guided imagery selfrelaxation prior to eating (parts of the CBT or desensitization)	Aversive experiences, anxious, phobic or sensory-based food aversion / avoidance	Partial; part of desensitization	[19,34, 37,40]
	Biofeedback, self-regulation exercises	Traumatic experiences with food, phobias	Good	[34]

Family-based treatment	Changing feeding and interactional patterns, anxiety and feeding management, supporting individuation, reinforcements of healthy behavior	Feeding anxiety, deficient interactions, pressure to eat parents' pathology, need for individuation	Good or as efficient as other methods; parental involvement is necessary in children	[9,15,36,40,43]
Pharmacotherapy	Antidepressants, SSRIs, benzodiazepines	contributing emotional factors (e.g., depression, anxiety)	low; better, if combined with psychotherapy	[15,19,34,35,36]

Predictors of treatment outcome

The efficacy of the above mentioned therapeutic approaches is heterogeneous, and only reflected from case studies. Most authors have reported about combined treatments, just as the only randomized control pilot trial that have successfully used specific behavioral interventions like gradual exposure combined with parental training [20]. However, Forman and colleagues [15] found that ARFID patients have 2-4-times lower odds for weight restoration than anorectic or atypical anorectic patients; and often have higher drop-out rates because of their different and more complex treatment needs. Males overrepresented in ARFID may have worse treatment responses in settings where they are in minority. The type of intervention was not a significant predictor of treatment outcome without large differences between the pharmacotherapy, nutritional therapy, individual therapy, family based treatment and "higher level of care". According to their results the median body mass index predicted weight restoration, suggesting weight recovery as the primary aspect of any ARFID treatment.

Conclusions

The manuscript aimed to review the current case reports and studies on the risk factors, assessment facilities, and to synthesize the available information about the treatment of ARFID with the primary goal to draw therapeutic implications.

Multifaceted reasons behind the restricted or avoidant eating pattern suggest using different treatment methods according to the individual background factors. Food refusal can be associated with qualitatively different feeding or eating patterns of diverse origins such as avoidance based on sensory qualities, negative experiences related eating, parental interactions or the lack of interest in eating. Selective food refusal can be originated in sensory food aversion; unpredictable refusal is often related to infantile anorexia nervosa, while fear-based refusal is mostly associated with traumatic feeding [25]. These different subtypes commonly indicate different approaches [25]. The

various comorbid states of ARFID also require attention in the treatment choice and in the course of the therapies. Kenney and Walsh [14] suggested applying any methods that treat the underlying conditions of ARFID in an evidence-based way. Therefore, the efficacy of heterogenic therapy methods can be suspected in its different presentations [19], suggesting a complex treatment with different modalities that aim to treat each component of the disorder. This suggests distinguishing general and specific treatment recommendations in the different subtypes of ARFID.

General treatment recommendations

Each therapy of ARFID shall be implemented according to the patients' and their families' individual needs, and should respond to the biopsychosocial aspects of the disorder requiring interdisciplinary approach. Patients require individualized treatment plans according to their complex histories [45]. Exact treatment plans should be set up as soon as possible based on the symptoms' severity, with the primary step to stabilize the severe somatic status [15]. Therapeutic needs can be assessed according to the impact of food avoidance or restriction on nutritional withdraw, the weight loss, growth deficiency, associated distress, and the decrease in social and emotional functioning [19]. Treatment procedures shall start with risk assessment, setting goals, and health- or psychoeducation. Psychoeducation shall focus on both the physical and psychological consequences of ARFID [40]; while most treatments include medical and psychological interventions as well as nutritional advice [46]. As in many cases achieving an eating pattern without any avoidance or restriction is neither realistic nor desirable, therefore therapist should above all aim to minimize the physical or nutritional risk by changing the individuals behavior through anxiety management, trying new foods and extending the dietary intake [19]. Norris and colleagues [36] warned, that some of the ARFID patients are at risk to evolve into AN as treatment progresses, thus therapist must beware of the symptom changes or other implications of the therapy. As except case reports and one pilot trial no exact guidance is available for ARFID, treatment shall be based on most responsible areas for the avoidant or restricted food intake [19]. This may mean that symptom characteristics can be determining in the exact treatment choice beside the primary aim of weight restoration [15]. Most treatment shall necessarily include: 1. medical monitoring, 2. nutritional management, and 3. psychological interventions [46]. Dependent on the initial presentation of the patient even intensive treatment can be required [5]. However, choosing the right psychotherapeutic intervention and planning its steps seem to be the most complex question in the treatment of ARFID.

Summary of the most effective treatments of ARFID

Although no evidence-based treatments could have been identified till the end of 2015; case studies, clinical reports and pilot trials suggest the utility of an individualized combination of: 1. medical treatment with the primary focus on the stabilization of the patient's somatic status. This is often combined with 2. nutritional management and 3. psychotherapeutic interventions [2,45,46]. Pharmacotherapy seemed alone less effective in ARFID, or showed heterogeneous results when combined with other modalities, but nutritional management was unavoidable in most of the cases [15,19,34,36]. Each treatment that aims to be effective shall fit the patients' and their families individual needs, and should react on the different presentations or subtypes of ARFID with their diverse symptomatic characteristics. This can include: 1. selective eating based on the foods' sensory qualities, 2. avoidance owing to traumatic experiences like in choking phobia and emetophobia 3. restriction triggered by emotions, 4. or avoidance because of interactional difficulties [1,11,14]. General psychotherapeutic implications are to start the treatment with psychoeducation [40] - if adult for the patient, if child for the parents -, and to involve the parents in the treatment of children [36,41]. The most effective psychotherapy methods can be:

1. Behavior therapy with exposure and systematic desensitization including gradual introduction of new foods in most cases of avoidance, primarily when the restriction is based on the foods sensory qualities [11,14,19,20,34,37].
2. CBT, where the therapeutic process is supported by cognitive restructuring of the irrelaistic consequences of eating, and self-regulation strategies like anxiety management (e.g. biofeedback, breathing or relaxation techniques). CBT can be especially suggested in emotionally triggered restriction (e.g., mood disorders) or avoidance based on traumatic events (e.g., in choking or vomiting phobia) [14,19,37,40,44].
3. Family based treatments are specially recommended when interactional patterns, familiar reinforcement, parental pathologies or the individuation process shall be supported [15,36,40,43].
4. However, most cases can require combined treatments involving medical (if needed pharmacotherapeutic) care, nutritional management, psychoeducation, and an individualized mixture of specific behavior therapy, CBT and FBT methods [11,14,19,7,43].

Final conclusion and outlook

This paper shall be read in the light of limitations, as we could only review cases published after the introduction of ARFID, synthesized according to our own clinical experiences; but no interventions were involved to conduct this paper. Authors of this review share the opinion of Norris and Katzman [47], who concluded that studies should start assessing the effectiveness of

different treatment approaches based on manualized interventions. Longitudinal researches are urged [40] to describe strict evidence-based guidelines for each presentations of ARFID.

Abbreviations

ARFID: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

ASD: autism spectrum disorder

CBT: cognitive behavior therapy

FBT: family based treatment

SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor

Competing interests

The authors declare that they have no competing interest, and received no financial support to prepare this paper. Present paper is based on the review of literature evidences; no participants were involved to conduct this manuscript.

References

1. American Psychiatric Association. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – Fifth edition. DSM-V. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenos L, Touyz S, Ward W. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust NZ J Psychiat.* 2014;48(11):977-1008.
3. Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, Mammel KA, Katzman DK, Rome ES, Challahan CS, Malizio J, Kearney S, Walsh BT. Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in children and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. *J Adolescent Health.* 2014;55(1):49-52.
4. Nussbaum AM. A DSM-V diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve. [The pocketbook of DSM-5 diagnostic examination.] Budapest: Oriold és Társai; 2013.
5. Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Ornstein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. *J Eat Disorder.* 2014;2,1:21.
6. Zucker N, Copeland W, Franz L, Carpenter K, Keeling L, Angold A, Egger H. Psychological and psychosocial impairment in preschoolers with selective eating. *Pediatrics.* 2015;136(3):582-90.
7. Patrick H, Nicklas TA, Hughes SO, Morales M. (2005). The benefits of authoritative feeding style: caregiver feeding styles and children's food consumption patterns. *Appetite.* 2005;44(2):243-9.
8. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disorder.* 2010;3,2:98-111.
9. Davies WH, Satter E, Berlin KS, Sato AF, Silverman AH, Fischer EA, Arvedson JC, Rudolph CD. Reconceptualizing feeding and feeding

- disorders in interpersonal context: The case for a relational disorder. *J Fam Psychol.* 2006;20(3):409-17.
10. Ornstein RM, Rosen DS, Mammel KA, Callahan ST, Forman S, Jay MS, Walsh BT. Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *J Adolescent Health.* 2013;53(2):303-5.
 11. Kurz S, Van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. (2014). Early-onset restrictive eating disturbances in primary school boys and girls. *Eur Child Adoles Psy.* 2014;24(7):79-85.
 12. Williams KE, HENDY HM, Field DG, Belousov Y, Riegel K, Harclerode W. Implications of Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) on children with feeding problems. *Child Health Care.* 2012;44(4):307-21.
 13. Eddy KT, Thomas JJ, Hastings E, Edkins K, Lamont E, Nevins CM, Becker AE. Prevalence of DSM-5 avoidant/restrictive food intake disorder in a pediatric gastroenterology healthcare network. *Int J Eat Disorder.* 2014;48(5):464-70.
 14. Kenney L, Walsh T. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID). Defining ARFID. *Eat Disord Rev.* 2013;24,3:1-4.
 15. Forman SF, McKenzie N, Hehn R, Monge MC, Kapphahn CJ, Mammel KA, Woods ER. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: Report of the national eating disorders quality improvement collaborative. *J Adolescent Health.* 2014;55(6):750-6.
 16. Strandjord SE, Sieke EH, Richmond M, Rome ES. Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: illness and hospital course in patients hospitalized for nutritional insufficiency. *J Adolescent Health.* 2015;57(6):6738.
 17. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiat.* 2012;11(2):80-92.
 18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Ann Intern Med.* 2009;151:264-9.
 19. Bryant-Waugh R. Avoidant restrictive food intake disorder: An illustrative case example. *Int J Eat Disorder.* 2013;46(5):420-3.
 20. Sharp WG, Stubbs KH, Adams H, Wells BM, Lesack RS, Criado KK, Scahill LD. Intensive, manual-based intervention for pediatric feeding disorders: results from a randomized pilot trial. *J Pediatr Gastr Nutr.* 2015; doi: 10.1097/MPG.0000000000001043.
 21. Timimi S, Douglas J, Tsiftopoulou K. Selective eaters: a retrospective case note study. *Child Care Hlth Dev.* 1997;23(3):265-78.
 22. Williams KE, Gibbons BG, Schreck KA. Comparing selective eaters with and without developmental disabilities. *J Dev Phys Disabil.* 2005;17(3):299-309.
 23. Ammaniti M, Ambruzzi AM, Lucarelli L, Cimino S, D'Olimpio F. Malnutrition and dysfunctional mother-child feeding interactions: clinical assessment and research implications. *J Am Coll Nutr.* 2004;23(3):259-71.

24. Coulthard H, Harris G. Early food refusal: the role of maternal mood. *J Reprod Infant Psych.* 2003;21(4):335-45.
25. Chatoor I, Ganiban J. Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cogn Behav Prac.* 2003;10(2):138-46.
26. Whelan E, Cooper PJ. The association between childhood feeding problems and maternal eating disorder: a community study. *Psychol Med.* 2000;30,01:69-77.
27. Chatoor I, Loeffler C, McGee M, Menvielle E. (Eds.). *Observational Scale for Mother-Infant Interaction During Feeding.* Manual, 2nd edition. Washington DC: Children's National Medical Center; 1998.
28. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders. *Int J Eat Disorder.* 1994;16(4):363-70.
29. Bryant-Waugh RJ, Cooper PJ, Taylor CL, Lask BD. (1996). The use of the eating disorder examination with children: A pilot study. *Int J Eat Disorder.* 1996;19(4):391-7.
30. Van Durme K, Brae C, Goossens L. Insecure attachment and eating pathology in early adolescence: role of emotion regulation. *J Early Adolescence.* 2014; doi: 10.1177/0272431614523130.
31. Van Dyck Z, Bellwald L, Kurz S, Munsch S, Hilbert A. Essprobleme im Kindesalter: Screening in der allgemeinen Bevölkerung. [Eating disturbances in childhood. Screening in the general population]. *Z Gesundh.* 2013;21(2):91-100.
32. Kurz S, Van Dyck Z, Dremmel D, Munsch S, Hilbert A. Variants of early-onset restrictive eating disturbances in middle childhood. *Int J Eat Disorder.* 2015; doi: 10.1002/eat.22461.
33. Kelly NR, Shank LM, Bakalar JL, Tanofsky-Kraff M. Pediatric feeding and eating disorders: current state of diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16(5):1-12.
34. Kreipe RE, Palomaki A. Beyond picky eating: Avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2012;14(4):421-31.
35. Banerjee SP, Bhandari RP, Rosenberg DR. Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. *J Dev Behav Pediatr.* 2005;26(2):123-7.
36. Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: A descriptive study. *Int J Eat Disorder.* 2014;47(5):495-9.
37. Lopes R, Melo R, Curral R, Coelho R, Roma-Torres A. A case of choking phobia: towards a conceptual approach. *Eat Weight Disord-St.* 2014;19(1):125-31.
38. Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, Valls-Ibanez MV, Arias-Nunez E, Naranjo-Díaz MC. [Choking phobia: care plan in children and adolescents.] *Enferm Clin.* 2012;22(4):224-23.
39. Sharp WG, Jaquess DL, Morton JF, Miles AG. A retrospective chart review of dietary diversity and feeding behavior of children with autism spectrum disorder before and after admission to a day-treatment program. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 2011;26(1):37-48.

40. King LA, Urbach JR, Stewart KE. Illness anxiety and avoidant/restrictive food intake disorder: Cognitive-behavioral conceptualization and treatment. *Eat Behavior*. 2015;(19):106-9.
41. National Collaborating Centre for Mental Health. *Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: British Psychological Society; 2004.
42. Thomas JJ, Eddy KT, Murray HB, Tromp MD, Hartmann AS, Stone MT, Becker AE. The impact of revised DSM-5 criteria on the relative distribution and inter-rater reliability of eating disorder diagnoses in a residential treatment setting. *Psychiat Res*. 2015;229(1):517-23.
43. Chandran JJ, Anderson G, Kennedy A, Kohn M, Clarke S. Subacute combined degeneration of the spinal cord in an adolescent male with avoidant/restrictive food intake disorder: A clinical case report. *Int J Eat Disorder*. 2015;48(8):1176-9.
44. Baijens LW, Koetsenruijter K, Pilz W. Diagnosis and treatment of phagophobia: a review. *Dysphagia*. 2013;28(2):260-70.
45. Lock J. An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *J Clin Child Adolesc*. 2015;44(5):707-21.
46. Katzman DK, Stevens K, Norris M. Redefining feeding and eating disorders: What is avoidant/restrictive food intake disorder? *Paediatr Child Health*. 2014;19(8):445.
47. Norris ML, Katzman DK. Change is never easy, but it is possible: reflections on Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder two years after its introduction in the DSM-5. *J Adolescent Health*. 2015;57(1):8-9.

Tamás Dömötör SZALAI, Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, 1089 Budapest, Nagyváradi tér 4., Hungary

E-mail: szalai.domotor@gmail.com

PSIHOLOŠKE POTREBE OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE

Tanja Živanić Stjepanović

Apstrakt: Cilj ovog rada bio je da se ispituju psihološke potrebe osoba oboljelih od shizofrenije u našoj sredini. Interes su bile psihološke potrebe jer su vrlo bitan, a rijetko ispitan i često zanemaren aspekt kod ovih osoba. Oslanjali smo se na Maslow-ljevu teoriju potreba. U istraživanju su učestvovala 32 osobe, korisnici usluga Centra za mentalno zdravlje u Derventi. Osobe su bile starosti između 25 i 55 godina. Svi ispitanici koriste medikamentoznu terapiju koju propisuje i kontroliše psihijatar zaposlen u ustanovi. Uzorak je bio ujednačen po polu. Rezultati su pokazali da su kod 97% ispitanika zadovoljene osnovne, bazične potrebe kao stan i hrana. Kao nezadovoljene, kod najvećeg broja ispitanika, su novac i posao, zatim zdravlje, neispunjen svakodnevni život i nezadovoljena im je potreba za ljubavlju. Njihovi ciljevi i želje u budućnosti odnose se na zadovoljenje ove potrebe za ljubavlju, stoga se nadaju da će stupiti u brak ili ljubavnu vezu i ostvariti potomstvo. Takođe, žele i teže boljem zdravstvenom stanju kao i boljoj finansijskoj situaciji.

Ključne riječi: *Maslow-ljeva teorija potreba, psihološke potrebe, shizofrenija*

Uvod

Od shizofrenije boluje oko 1% populacije što ukazuje da je shizofrenija značajno zastupljena u opštoj populaciji [1]. Danas se može pronaći mnoštvo istraživanja u kojima se ispituju različiti aspekti shizofrenije i taj broj se stalno povećava. Većina ovih istraživanja je kvantitativnog tipa, a na našim prostorima ovo nije često ispitivana pojava, pogotovo iz ugla psihologije. Shizofrenija je psihotični poremećaj koji može da se pojavi kao jedna epizoda bolesti, iako se uglavnom vraća ima stanja remisije i pogoršanja gdje za mnoge osobe ovo postaje hronično i devastirajuće oboljenje [2]. Istraživači nalaze jake dokaze i slažu se da je shizofrenija visoko hereditarno oboljenje i neki smatraju da se čak 80% varijanse može pripisati genetskim činiocima [3] iako većina istraživača smatra da je shizofrenija multifaktorijalno uzrokovana i da u njenom nastajanju učestvuju biološki, socijalni i psihički faktori [4].

Ono što shizofrenu psihozu razlikuje od drugih je postojanje pozitivnih i negativnih simptoma [5]. Simptomi shizofrenije uključuju derealizaciju, psihomotorne abnormalnosti, opsesivno-kompulsivne simptome, anksioznost, depresiju, maniju i izmijenjen afekat [6]. Glasovi koji se javljaju mogu biti i naredbodavnog karaktera [7]. Kod jednog pacijenta se obično manifestuje par ovih simptoma, gotovo nikad svi [8].

Kod oboljelih osoba se najčešće brine o njihovim bazičnim potrebama i da redovno koriste medikamentoznu terapiju, a njihove psihološke potrebe stavljaju se u drugi plan. Ovim istraživanjem ispitivale su se njihove zadovoljene i nezadovoljene psihološke potrebe. Ispitivanje se oslanjalo na Maslow-ljevu teoriju potreba. Potrebe koje se nalaze u osnovi su najprioritetnije i one prve moraju biti zadovoljene. To su fiziološke potrebe, potreba za sigurnošću, te potreba za ljubavlju i pripadanjem. Zatim dolazi potreba za samo-poštovanjem, a na vrhu piramide potreba za samoaktualizacijom [9].

Vanbolničko liječenje osoba oboljelih od shizofrenije povećava značaj ispitivanja nezadovoljenih potreba i iziskuje pronalaženje načina na koji im se može pomoći [10]. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati psihološke potrebe osoba oboljelih od shizofrenije te da li se potrebe koje se javljaju razlikuju kod žena i muškaraca.

Metod

Ispitanici

Uzorak je prigodnog tipa i činile su ga osobe oboljele od shizofrenije starosti od 25 do 55 godina. Kriterijumi za uključivanje osoba u ovo istraživanje bili su da to budu pacijenti sa dijagnozom F20 (shizofrenije), koji su dobrovoljno pristali na učešće u istraživanju i koji su bili u stanju remisije najmanje tri mjeseca. Ispitanici su bile osobe koje se najmanje dvije godine liječe pod dijagnozom shizofrenije. Uzorkovanje se vršilo uz pomoć i saglasnost psihijatra zaposlenog u Centru za mentalno zdravlje. Učestvovala su 32 ispitanika ujednačena po polu, od kojih 2 ispitanika, nisu uzeti u obzir prili-

kom obrade podataka jer su odustali tokom intervjua. U istraživanju nisu učestvovala osobe koje pored dijagnoze shizofrenije imaju organski poremećaj, demenciju ili ulaze u kategoriju mentalne retardacije. Istraživanje je pismenim putem odobrio direktor Doma zdravlja, a ispitanici su potpisali informisani pristanak za učešće u istraživanju izdan od strane institucije.

Instrumenti

U ovom istraživanju koristili smo *polustrukturisani intervjui*. U okviru dubinskog intervjua koji smo sastavili za potrebe ovog ispitivanja pitanja su se odnosila na tri oblasti:

1. potrebe;
2. svakodnevno funkcionisanje;
3. perspektiva budućnosti.

Intervju je sastavljan na osnovu istraživačkih zadataka uz pomoć upitnika CANSAS (informacije o upitniku mogu se pronaći na www.iop.kcl.ac.uk/prism/can/), te upitnika za procjenu vođenu potrebama iz projekta Koordinisana briga u mentalnom zdravlju [11,12].

Rezultati

Obrada podataka vršena je pomoću fenomenološko-interpretativne analize [13], a tematske cjeline u okviru kojih predstavljamo rezultate su: psihološke potrebe, značajni životni događaji, svakodnevno funkcionisanje, percepcija budućnosti i stigmatizacija.

U okviru kategorije *psihološke potrebe* izdvojili smo subkategorije: bazične potrebe, potreba za ljubavlju, potreba za druženjem i potreba (procjena) zdravlja.

Tabela 1. Psihološke potrebe

Psihološke potrebe (zadovoljene)	
Varijabla	Postotak
Bazične	97 %
Potreba za ljubavlju	40 %
Potreba za druženjem	70 %

Četvrta subkategorija odnosi se na zdravlje ispitanika i obuhvata više aspekata koje ćemo prikazati u tabeli.

Tabela 2. Potreba/procjena zdravlja

Varijabla	Pitanje	Postotak
Fizičko zdravlje	Smatra da im je zdravlje lošije od drugih	50 %
	Smatra da je isto	40 %
	Smatra da je bolje od drugih	10 %
Pušenje	Pušači	53 %
Korištenje alkohola	Popije 1-2 pića	7 %
Korištenje psihoaktivnih supstanci	Koristili u prošlosti, više ne	7 %
Pokušaj samoubistva		33 %
Suicidalne ideje		7 %
Halucinacije	Imali i praćeni	53 %

Na pitanje o *značajnim životnim događajima* 9 ispitanika je navelo srećan doživljaj, a 20 ispitanika je ispričalo stresni događaj. Jedan je ispitanik odbio da odgovori na pitanje.

Treća kategorija je o *svakodnevnom funkcionisanju* ispitanika i u okviru nje izdvojili smo interese, rad u domaćinstvu, hobi, posao i rekreativne/zabavne aktivnosti.

Tabela 3. Svakodnevno funkcionisanje ispitanika

Varijabla	Pitanja	Postotak
Interesi	Poslovi u domaćinstvu, gledanje TV-a	30 %
Hobi	Štenja, pletenje, čitanje	
Rad u domaćinstvu	Kućanski poslovi, poljoprivreda i rad sa drvetom	23 %
Posao	Zaposleno	
Zabavne/rekreativne aktivnosti	Na dnevnicе	20 %
	Šetnja i vježbanje	13 %

U četvrtoj kategoriji, *percepcija budućnosti*, izdvojene su subkategorije percepcija zdravstvenog stanja u budućnosti, te želje i ciljevi ispitanika u budućnosti.

Tabela 4. Percepcija budućnosti

Varijabla	Pitanje	Postotak
Percepcija zdravstvenog stanja	Smatra da će im zdravstveno stanje biti <i>bolje</i>	65 %
	Smatra da će biti <i>isto</i>	30 %
	Smatra da će biti <i>lošije</i>	5 %
Želje i ciljevi u budućnosti	U vezi zdravlja Stupanje u brak i ostvarivanje potomstva Bolja finansijska situacija	

Po pitanju *polnih razlika* predstavimo samo rezultate u kojima ima razlika.

Na temu o značajnim životnim događajima 9 muških ispitanika, a 11 žena navelo je stresne životne događaje. Jedan ispitanik je odbio da odgovori na ovo pitanje.

Tabela 5. Polne razlike

Procjena/potreba zdravlja	muškarci		žene	
	N		N	
Konзумiranje alkohola	2		0	
Konзумiranje psihoaktivnih supstanci	2		0	
Pokušaj samoubistva	4		6	
Halucinacije	9		7	
Pušenje	10		6	

Osjećaj *nepravednog ili ružnog ponašanja* prema sebi doživjelo je 6 muškaraca, a 3 žene.

Tabela 6. Stigmatizacija

	Stigmatizacija muških ispitanika		
	Od strane porodice	Od strane institucije	Od strane okoline – komšije
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
	Stigmatizacija ženskih ispitanika		
1.			
2.			
3.			

Diskusija

Psihološke potrebe

Kao ono što njima najviše fali i treba ispitanici su naveli novac i posao, zdravlje, te bračni supružnik. Kod oba pola se pokazalo da im je novac na prvom mjestu nezadovoljena potreba, a pacijenti koji nisu penzionisani, navode problem pronalaska posla. Na ovakav rezultat uticala je loša finansijska situacija, nezaposlenost i ne uključivanje u socijalne aktivnosti [14]. Oni koji su naveli novac i posao kao nezadovoljene potrebe iskazali su i nezadovoljstvo svojom finansijskom situacijom. Da li je siromaštvo uzrok ili posljedica oboljenja, neudomica je koja vlada već dugo. Rezultati ukazuju da ono svakako ima uticaj na razvoj bolesti. Istraživanje rađeno u 13 država Sjedinjenih Američkih država pokazuje da je broj hospitalizacija, ljudi ob-

oljelih od shizofrenije, u korelaciji sa postotokom nezaposlenosti, kao i života u siromaštvu [15].

18 ispitanika navodi da im porodica finansijski pomaže što ukazuje da im njihova primanja nisu dovoljna i neki su primorani da rade.

Ukupno 5 muškaraca radi. Nijedna žena nije u radnom odnosu, ali dvije rade na dnevnicu. U istraživanju o rodnim nejednakostima u zapošljavanju, upravljanju i odlučivanju autori navode da u Srbiji najniži stepen zaposlenosti imaju žene sa nižim i srednjim obrazovanjem, koje je znatno niže od zaposlenosti muškaraca istog obrazovanja [16]. Navode da su žene najčešće zaposlene na slabo plaćenim poslovima, radnim ulogama koji ostavljaju vremena za porodicu i podizanje djece. Ovakvi rezultati, na našim prostorima, objašnjavaju nižu stopu zaposlenosti žena i u ovom istraživanju. Kad uzmemo u obzir ispitivanu populaciju, jasno je da je njihovo oboljenje samo po sebi otežavajući faktor za zapošljavanje. Penzije i socijalna pomoć su niska finansijska primanja tako da i ispitanici za koje bi se moglo reći da su obezbjeđeni po tom pitanju i dalje iskazuju nezadovoljstvo i bez pomoći porodice ili traženja dodatnih poslova, ne bi mogli da zadovolje ni osnovne potrebe. Zanimljiv podatak je da je 12 žena, a 6 muškaraca navelo da im porodica pruža finansijsku pomoć. Veću brigu porodice o ženskim osobama nego muškim, možemo da tumačimo u skladu sa rodnim ulogama na našim prostorima. Globalni stereotip žene najčešće vezuje za ulogu majke i aktivnosti unutar domaćinstva, dok se muškarcu prepisuje ekonomska uloga [17].

Ispitanici su nezadovoljni zdravstvenim stanjem. Samoprocjene zdravlja ukazuju da smatraju svoje zdravlje znatno lošijim od zdravlja ljudi u njihovoj okolini. Kao osobine ličnosti koje ispitanici vole kod sebe najčešće navode karakterne osobine, skromnost, povučenost, poštenje, emotivnost, dobrotu, iskrenost, pamet i društvenost. Ovo govori o mogućnosti razvijanja samopoštovanja kod ovih ljudi. Bitno je razvijati pozitivan stav ovih pacijenata jer je slika o sebi važna kada su u pitanju depresija i samoubistvo. Rizik od pokušaja samoubistva povezan je sa specifičnim afektivnim simptomima: osjećajem bespomoćnosti, bezvrijednosti i uznemirenosti, istorije suicidalnih razmišljanja i komorbiditeta [18]. Zbog ovoga je značajno da se sa osobama oboljelim od shizofrenije radi na razvijanju pozitivne slike o sebi jer se prevencija suicida u shizofreniji najbolje može riješiti kroz tretman afektivnih simptoma. Takođe, neophodno je vršiti prevencije suicida kod osoba oboljelih od shizofrenije.

Halucinacije slušnog karaktera su se javljale kod većine ispitanika. One su najčešći prepoznatljivi pozitivni simptom shizofrenije zajedno sa sumanutim idejama i bizarnim ponašanjem. Smatramo da bi u okviru liječenja bilo dobro pružiti im psihoterapijsku pomoć jer je tretman psihotičnih poremećaja znatno poboljšan uvođenjem antipsihotičnih medikamata, prije više od pola vijeka, ali pokazalo se da su i psihoterapije jako korisne u liječenju ovih pacijenata. Psihološke intervencije su prihvaćene prije dvadesetak godina i tek danas se posmatraju kao validan tretman u liječenju shizof-

renije. Američki istraživački tim osoba sa shizofrenijom (*American Schizophrenia Patient Outcomes Research Team – PORT*) kao i Nacionalni institut za kliničku izvrsnost (*National Institute for Clinical Excellence – NICE*) preporučuju da se kod osoba koje boluju od shizofrenije primjenjuje kognitivno-bihevioralna terapija jer je dokazano da ima uspjeha u redukovanju psihotičnih simptoma kod osoba koje koriste medikamentoznu terapiju [20]. Istraživači ukazuju i na značaj porodične psihoterapije kao i porodičnih programa za porodičnu podršku „Family to family support programs” za pacijente i članove porodice, jer većina oboljelih živi sa članovima porodice koji brinu o njima. Hronične psihijatrijske bolesti imaju velik uticaj na živote i zdravlje članova porodice kao i same pacijente [21]. Kada je u pitanju zdravlje oboljelih, ono što sigurno loše utiče, a u čemu bi im se mogla pružiti pomoć je prestanak pušenja (16 od 30 ispitanika su pušači).

Znamo da hronični stres štetno utiče na mentalno zdravlje osoba. Obzirom da autori [22] smatraju da stresori ne moraju biti isključivo negativna zbivanja, već sva dešavanja zbog kojih pojedinac mora uložiti dodatne napore za prilagođavanje, mi nismo ograničili ispitanike da ispričaju samo stresne događaje, ali smo ipak dobili rezultate u kojima je 67% muškaraca i 71 % žena ispričalo stresan doživljaj kao značajan. Vidimo da ispitanici više percipiraju stresne doživljaje kao značajne u svom životu. Kod ispitanica 21% njih smatra da je stresan životni događaj bio okidač za razvoj njihove bolesti, a 7% muškaraca dijeli to mišljenje. Rat i smrt članova uže porodice kao stresan događaj navode muškarci i žene. Stresovi kao što su smrt bliskih srodnika, rat, loši socioekonomski uslovi psihološki se obrađuju kao isuviše teški da bi se držali u svijesti te kad se takvi događaji potiskuju nepovoljno utiču na cijelu ličnost [23]. Naši rezultati idu ovome u prilog jer se 67% značajnih događaja desilo prije početka oboljenja iako ne možemo da tvrdimo zbog malog uzorka i nemogućnosti tačnog ustanovljavanja da li je neki događaj bio okidač za pokretanje bolesti. Ono što je neminovno je da stresni životni događaji zasigurno sa ostalim faktorima mogu da utiču na razvoj ove bolesti.

Potreba za ljubavlju jedan je bitan element za život, te ova nezadovoljena potreba može da ostavi teške posljedice na pojedinca [9]. 61% ispitanika, od onih koji nemaju supružnike, iskazalo je želju i cilj za stupanjem u brak te ostvarivanjem potomstva. Deset ispitanika koji su u braku ili vezi su zadovoljni svojim seksualnim životom, a jedan ispitanik nije. Ovi podaci su bitni jer je seksualna funkcija pacijenata oboljelih od shizofrenije rijetko ispitivan aspekt, a vrlo bitan za život oboljelih. Veći fokus na seksualnost i prevenciju seksualnih disfunkcija bi bio velika prednost za poboljšanje tretmana u liječenju pacijenata [24].

U ispitivanju društvenog života 21 ispitanik je iskazao zadovoljstvo. Analizom iz drugih pitanja u intervjuu vidi se da se ispitanici ipak ne druže tako često i da im prijatelji i komšije ne pomažu mnogo. Na pitanje o tome

kako provode dan samo 20% ispitanika je navelo da se druži, da ih neko od prijatelja ili komšija posjećuje ili da oni idu kod njih.

Kod svakodnevnog funkcionisanja rezultati pokazuju da su njihovi dani jednolični i neispunjeni. Potrebno je da se Centri za mentalno zdravlje uključe i pomognu u socijalizaciji korisnika njihovih usluga kroz aktivnosti koje su oni u mogućnosti da sprovedu.

Na vrhu Maslow-ljeve piramide nalaze se potreba za samopoštovanjem i samoaktualizacijom pa smo željeli da vidimo kako ove osobe percipiraju svoju budućnost, kakve su im želje i šta teže da ostvare. Odgovori o ciljevima i viđenju sebe su u vezi zdravlja, stupanja u brak i ostvarivanja potomstva, te bolje finansijske situacije. Samo jedna ispitanica vidi pesimistično svoje zdravlje i smatra da će biti lošije, dok se ostali ispitanici nadaju da će im zdravlje u budućnosti biti isto ili bolje.

Oboljele osobe često su podcijenjivane kao ličnosti i žrtve su diskriminacije, te je nenalažanje podataka o stigmatizaciji osoba oboljelih od shizofrenije na našim prostorima bio razlog za ispitivanje. Osjećaj nepravednog ili ružnog ponašanja od strane porodice, institucije ili okoline doživjelo je 6 muškaraca i 3 žene. U većini drugih istraživanja rezultati su poražavajući. U studiji o stigmatizaciji ljudi oboljelih od shizofrenije 70 od ukupno 74 ispitanih pacijenata prijavili su neko iskustvo stigmatizacije [25]. Rezultat koji smo mi dobili ide u prilog istraživanjima koja ukazuju da je stepen stigmatizacije manji u nezapadnim društvima [7].

Ograničenje ovog istraživanja može da predstavlja sam način obrade rezultata kvalitativnih istraživanja jer se gubi sigurnost koju nude brojke i statistički postupci. Nedostatak je i relativno malen broj ispitanika kao i velik raspon starosti ispitanika. U budućim istraživanjima bilo bi dobro razdvojiti starosne grupe jer je gotovo sigurno da osobe od 25 i 55 godina nemaju iste potrebe.

Zaključak

Iako je shizofrenija neizlječiva i teška bolest, brojni su načini za pruženje pomoći i poboljšanja toka bolesti. Psihoterapeuti, psihoedukacije doprinose boljem kvalitetu života, rjeđim recidivima i redovnom uzimanju lijekova. Uključivanje stručnjaka iz ovih oblasti doprinijelo bi poboljšanju kvaliteta života kao i toka bolesti kod ovih osoba. Potrebno je da se razvija kolektivna svijest o mogućnostima pružanja pomoći ovim osobama i da se preduzimaju odgovarajuće mjere koje je u datom kontekstu moguće primeniti.

Zahvalnica

Zahvaljujem se uvaženoj prof. dr Nadi Vaselić za mentorstvo i korisne sugestije prilikom pisanja ovog rada.

PSYCHOLOGICAL NEEDS OF PERSONS AFFECTED BY SHIZOFRENIA

Tanja Zivanic Stjepanovic

Abstract: The aim of this research was to look into psychological needs of people with shizophrenia in our environment. Our interest were psychological needs of those patients because they are very important, but rarely examined and often neglected aspect. We have relied on Maslow theory of needs. 32 persons who are the beneficiaries of the Centre for mental health care have been included in the research. The persons are between 25 and 55 years old. All the participants are using medical drug therapy prescribed and controlled by the psychiatrist of this healthcare institution. The number of women and men in this research was equal. The final results have shown that 97% of persons have met the basic needs like food and home. Unmet needs are lack of money, unemployment, health, discontented everyday life and need for love. Their wishes and goals are to start and raise a family. Also, they hope to have better health in the future as well as better financial situation.

Key words: *Maslow theory of needs, psychological needs, shizophrenia*

Literatura:

1. Ostojčić D. Prva epizoda shizofrenije- važnost ranog otkrivanja bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*. 2012;19(1):53-72.
2. Weiser-Soares K, Maayan N, Bergman H, Davenport H, Kirkham AJ, Grabowski S, et al. First rank symptoms for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1.
3. Marić N, Švrakić D. Why schizophrenia genetics needs epigenetics: a review. *Psychiatr Danub*. 2012;24(1):2-18.
4. Marić J. *Klinička psihijatrija*. 11th ed. Beograd: Megraf; 2005.
5. Kecmanović D. *Psihijatrija*. Beograd-Zagreb: Svjetlost, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1989.
6. Davison GC, Neale JM. *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. 2nd ed. Naklada Slap: Jastrebarsko; 2002.
7. Loga S, Fišeković S. *Shizofrenija*. Sarajevo: Medicinski fakultet; 2000.
8. Keller WR, Fisher BA, Carpenter WT. Revisiting the Diagnosis of Schizophrenia: Where have we been and where are we going? *CNS Neurosci Ther*. 2011;17:83-8.
9. Flugosi A. *Psihologija ličnosti: teorije i istraživanja*. 6th ed. Zagreb: Školska knjiga; 1997.
10. Ochoa S, Haro JM, Autonell J, Pendas A, Teba F, Marquez M. Meet and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophr Bull*. 2003;29(2):201-10.
11. Trauer T, Tobias G, Slade M. Development and evaluation of patient-rated version of the Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS-P). *Community Ment Health J*. 2008;44(2):113-24.
12. Lakić B, Popović T, Jovanović S, Hrelja-Hasečić Dž. *Koordinisana briga u mentalnom zdravlju*. Banja Luka: Medicinski fakultet; 2013.
13. Willig C. *Introducing Qualitative Research in Psychology*. London: Open University Press; 2008.
14. Chan S, Yu IW. Quality of life clients with schizophrenia. *J Adv Nurs*. 2004;45(1):72-83.
15. Fortney Xu, Dong, Read J. Can poverty drive you mad? Schizophrenia, socio-economic status and the case for primary prevention. *NZ J Psychol*. 2010;39(2):7-19.
16. Kolin M, Čičkarić Lj. Rodne nejednakosti u zapošljavanju, upravljanju i odlučivanju. *Stanovništvo*. 2009;1:103-24.
17. Devedžić M. Rodne (ne)jednakosti iz demografske perspektive. *Stanovništvo*. 2006;2:65-87.
18. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclar J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*. 2005;187(1):9-20.
19. Jones C, Hacker D, Cormac I, Maeden A, Irving C. Cognitive behavioural therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;4.
20. Nordentoft M, Austin S. CBT for psychotic disorders: beyond meta-analyses and guidelines – it is time to implement! *World Psychiatry*. 2014;13(3):260-1.

21. Bademeli K, Duman CZ. Family to family support programs for the caregivers of schizophrenia patients: a systematic review. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(4):225-65.
22. Havelka M. *Zdravstvena psihologija.* Zagreb: Naklada Slap, 1998.
23. Lečić-Toševski D, Draganić-Gajić S, Vuković O, Stepanović J. Stres i tjelesne bolesti. *Psihijatrijski dani.* 2001;33(3-4):149-73.
24. Kelly DL, Conley RR. Sexuality and Schizophrenia: a review. *Schizoph Bull.* 2004;30(4):767-79.
25. Dickerson BF, Sommerville J, Origoni EA, Ringel BN, Parente F. Experiences of Stigma Among Outpatients With Schizophrenia. *Schizoph Bull.* 2002;28(1):143-55.

Tanja ŽIVANIĆ STJEPANOVIĆ, *magistar psihologije*

Tanja ZIVANIC STJEPANOVIC, *Master of Psychology*

E-mail: zivanic.tanja28@gmail.com

*Stručni rad**UDK*

616.89-008.454-085

615.851

159.964.2

COBISS.SR-ID 265719820

DEPRESIJA – UPOREDNI POGLED PSIHOANALIZE I ANALITIČKE PSIHOLOGIJE

Sanja Vasiljević

Nezavisni istraživač;

Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd

Abstrakt: Psihoanaliza i analitička psihologija su dve velike škole psihoterapije, istovremeno i srodne i različite. U literaturi nedostaju radovi koji uporedno razmatraju ova dva pristupa. Nastojimo da dopunimo ovaj nedostatak razmatranjem odnosa ove dve škole prema depresiji. Sagledaćemo pristup depresiji: teoriju depresije, suicida, terapijske preporuke i istraživanja efikasnosti, u obe škole. Ključna razlika u ova dva pristupa je opšti stav prema depresiji: psihoanalitički gledano depresija je pretežno patološka, dok je analitički gledano depresija efekt zdravog pokreta organizma, sa salutogenom svrhom. Prva škola je usmerena na događaje iz prošlosti, a druga na neostvarene potencijale. Psihoanalitička škola obraća punu pažnju na rani razvoj, a analitička na kolektivne figure ljudske psihe. Obe škole koriste odnos terapeut-pacijent, transfer i kontratransfer, analitičnost, verbalizaciju i interpretacije. Analitičari više naginju kontratransferu, sadržajima nesvesnog, neverbalnim izrazima. Obe škole značajno doprinose tretmanu depresije visoko personalizovanim pristupom svakom klijentu, i mogućnostima tretmana u slučajevima nepostojanja medikamentozne terapije. Zaključujemo da psihoanaliza i analitička psihologija imaju zasebne i drugačije pristupe depresiji i suicidu, po ključnim i ostalim tačkama. Ipak, nalazimo da je mogućnost razmene iskustava između ove dve škole moguća i poželjna za razvoj struke i dobrobit klijenata. Primere ove razmene navodimo i upućujemo na korisnost dalje razmene znanja između škola dubinske psihoterapije.

Ključne reči: *depresija, suicid, psihoanaliza, analitička psihologija, Jung*

Depresija: uporedni pogled psihoanalize i analitičke psihologije

Depresija je veoma učestala: oko 10% populacije je depresivno, a 17% ljudi doživi neku formu depresije bar nekad u životu. [1,2] Njeni glavni atributi su: promena raspoloženja prema tugi, apatiji i usamljenosti; negativan ili samonapadajući self-koncept, praćen samooptuživanjem i krivicom; regresivne želje, za begom, poricanjem, smrću; plakanje, iritabilnost, gubitak seksualnog nagona; nizak nivo opšte aktivnosti, smanjenje ego kapaciteta [3,4]. Depresija varira od prirodne reakcije na bolna emotivna iskustva, gubitak i usamljenost, do patološke depresije, a poseban problem predstavlja veliki procenat suicida vezan za depresiju.

Psihoanaliza i analitička psihologija se obe bave depresijama, i teorijski i praktično. Preteče njihovih ideja su postojale u radovima Žanea, Šarkoa i ranih hipnotista: to su usmeravanje na „lečenje govorom”, uvažavanje i priznavanje nesvesnog [5]. Dve škole su srodne po svojim osnovnim postavkama, iako razlike postoje. Ovaj rad predstavlja redak primer gde se razmatraju shvatanja obe škole, kompariraju i u slučaju depresije – nalazi da znanja i prakse ove dve škole idu do komplementarnosti.

Psihoanalitički pogledi na depresiju

Prema ranim gledištima Frojda razlikujemo dva tipa depresivnog stanja. U žaljenju se oseća da je svet izgubio svoje značenje i smisao; u melanholiji postoji doživljaj selfa kao osiromašenog i umanjenog. U žaljenju postoji neki bes, ali preovladavajuća je tuga i čežnja za izgubljenim, uz prateću delimičnu identifikaciju sa objektom. U melanholiji postoji viši nivo besa i destruktivnosti, koji se može okrenuti prema selfu i voditi prema suicidu. Frojdova teorija upućuje na centralnu ulogu ranih gubitaka u stvaranju osetljivosti za depresiju u kasnijem dobu. Savremena istraživanja nastavljaju ovaj pravac razmišljanja putem modela vulnerabilnost-stres: ispituju genetsku vulnerabilnost, interakciju sa ranim životnim događajima, kao i kasnijim stresorima potvrđujući značaj ranog razvoja za formiranje depresije [1,2,6]. Kod depresivnih se opaža često samo-potcenjivanje, koje je Frojd objašnjavao agresijom okrenutom prema unutra. Self pacijenta je identifikovan sa izgubljenim objektom i bes je okrenut unutra; za neke ljude to može biti jedini način na koji mogu da se odvoje od važne figure u njihovim životima. Frojd potom dodaje ideju da melanholični pacijenti imaju jak super-ego, koji ima veze sa izraženom krivicom oko ispoljavanja agresivnosti prema voljenim objektima [7,8]. Teme ranog razvoja, mesto agresivnosti i krivice provejavaju kroz dalje teorije o depresiji.

Karl Abraham dalje razrađuje Frojdove ideje, predlaže da depresivnost zapravo potiče od ozbiljne povrede samopouzdanja u detinjstvu, dok razvijena depresija nastupa kada se desi nov okidač, gubitak ili razočarenje, koji pobuđuje negativna osećanja prema sadašnjim ili prošlim figurama koje su povredile pacijenta, kroz realno ili imaginarno uskraćivanje ljubavi [7,8].

M. Klajn primećuje da se manične odbrane (omnipotencija, poricanje, idealizacija) razvijaju kao odgovor na bolne afekte izazvane „tugovanjem” za

izgubljenim objektom ljubavi. One su u službi: obnavljanja objekta ljubavi, odricanja loših unutrašnjih objekata, i poricanja ropske zavisnosti od objekta ljubavi. Klinički slučajevi ispoljavaju manične odbrane u poricanju sopstvene agresivnosti prema drugima, u euforičnoj dispoziciji koja je u kontrastu sa njihovom životnom situacijom, u idealizaciji ili prezrenju drugih – koje služi da se odrekne potreba za relacijom-odnosom. Deo manično-depresivne pozicije je često želja da se obrne odnos i bude iznad roditelja – ovo često rezultuje u krivici i depresivnosti (ovako se objašnjava depresivnost nakon postizanja uspeha) [3,7,8].

Bibring daje objašnjenje u kojem je depresija zapravo primarno afektivno stanje, nepovezano sa agresijom – melanholična stanja nastaju iz tenzije između ideala i realnosti. U slučaju koji omogućuje depresiju tri narcističke aspiracije se postavljaju kao standard: da se bude vredan i voljen, da se bude jak ili superioran, da se bude dobar i pun ljubavi. Potom, kada ego opaža da ovi ideali nisu dosegnuti nastaje depresija, praćena osećajem bespomoćnosti i nemoći. Narcistička vulnerabilnost je u ovom modelu ključna stvar, i ego, a ne superego, igra veliku ulogu u pokretanju depresije [7,8].

Sandler i Jofe istražujući brojne kartone klinike Hempsted, zaključuju da su deca postajala depresivna kada su osetila da su izgubila nešto suštinsko za njihovo samopouzdanje, a ujedno su se osećala bespomoćnim da urade bilo šta u vezi gubitka. Oni naglašavaju da je gubitak više od gubitka realnog ili imaginarnog objekta, to je i gubitak samog stanja dobrobiti¹. Ovo „rajsko stanje” može biti dodatno idealizovano i žarko željeno iako je nedostižno, te potencira razvoj problema [7,8].

Potom, Jakobson smatra da se depresivni pacijenti ponašaju kao da su izgubili objekat ljubavi i kao da su bezvredni, iako oni ne preuzimaju sve karakteristike izgubljene osobe. Vremenom, ovaj internalizovani objekat transformiše se u sadistički superego, i depresivni pacijent postaje žrtva sopstvenog superega, poput nemoćnog deteta koje je mučeno od strane njegove okrutne i moćne majke [7,8].

Arieti primećuje da depresivni često imaju prethodno usvojenu ideologiju koja ih čini lakim žrtvama ozbiljnih depresija. Depresivni često imaju obrazac življenja za drugog, umesto za sebe, taj „dominantni drugi” može biti supružnik, roditelj, nekad organizacija. Takvi pacijenti osećaju da im življenje za dominantnog drugog ne odgovara, ali ne osećaju da mogu da se promene [7,8]. Arijetijevo gledište je blisko savremenim kognitivnim pristupima, u stavu da zapravo ideologija (sistem misli) upravlja ka poremećaju, takođe i u pronalaženju da je osećaj lične bezvrednosti sržna problematična tačka depresivnih.

Prema Bolbiju vezanost dece za majku je ključna za njihov opstanak. Kada je afektivna vezanost poremećena u ranom razvoju deca sebe vide kao nezasluzne ljubavi, a majku i druge figure nege kao nepouzidane i napuštajuće.

¹ U originalu na engleskom: well-being.

Ovakvim ranim razvojem i slabostima koje on uslovljava individue bivaju osetljive na kasnije izazivače depresije [7,8,9].

Relacioni pravac psihoanalize podvlači da rana iskustva traume pomažu razvoju problematičnih self i objekt reprezentacija. Dete odrasta drugačije, internalizuje napuštajuću objekt relaciju i raste sa osećajem gubitka i čežnje koja biva reaktivirana bilo kojim stresorom života koji uključuje gubitak. Tako odrasli sa relacionim teškoćama mogu biti pojačano osetljivi na gubitak i narcističku povredu koja dolazi od spolja [10].

Da rezimiramo, ideja da rani razvoj čini osobu osetljivom na depresiju je opštevažeća ideja u psihoanalizi; bes i agresija su deo većeg broja pristupa; više autora akcentuje ulogu zahtevnog i perfekcionistačkog superega. Današnje škole mahom priznaju relevantnost neadekvatnih obrazaca odnosa sa kojima klijent stupa u životu [9,10], te se sve više obraća pažnja na analizu sadašnjih, a ne ranih odlika klijenta. Raznolikosti teorijskih pristupa u okviru psihoanalize nose terapijske prednosti: psihoanaliza omogućava individualno krojenje terapije prema pojedinačnom pacijentu.

O suicidu

Suicid nije ekskluzivno vezan za depresivne poremećaje, ali većinski je prisutan baš u takvim slučajevima, te ćemo razmotriti psihoanalitički pristup problemu samoubistva. Frojdovo rano gledište je da ego ubija sam sebe jedino ako se tretira kao objekat, te u tom slučaju suicid nastupa usled izmeštenih impulsa za ubistvom. Nešto kasnije on smatra da se radi o viktimizaciji ega od strane sadističkog super ega. Karl Meninger naznačava da tri želje mogu učestvovati u suicidu: želja za ubistvom, želja da se bude ubijen, želja da se umre. Ipak kliničko iskustvo dodaje da je suicid često učinjen tako da se unište životi preživelih. U slučajevima kada pacijent internalizuje proganjača, on može poverovati u to da je jedini ishod mučenja samoubistvo, prema Ahu. Ipak, samoubistvo može biti motivisano i narcisističkim težnjama: Fenihel nalazi da suicid može biti ispunjenje želje za ujedinjenjem, radosnim i magičnim sanjanim izgubljenim objektom ljubavi, ili čak ujedinjenje sa superego figurom. Patološko žaljenje je nekad okarakterisano pokušajima samoubistva – zapravo ujedinjenja, na dan godišnjice smrti [7,8,10].

Tretman depresije u psihoanalizi

Psihoanaliza koristi svoj klasični tehnički arsenal i način da bi pomogla depresivnom klijentu. Ovo „lečenje govorom” ima značajan doprinos lečenju depresija: u individualno krojenom pristupu, i u mogućnostima tretmana slučajeva gde se odbija medikacija, kao i slučajevima neresponzivnim na medikaciju (20-30%) [1,3,9] u kojim psihoterapija ostaje jedini put. Savremena istraživanja ukazuju na još jednu prednost psihoanalize: postignuti rezultati terapije su stabilni tokom dužeg vremena nakon prekida terapije (48 meseci) [9].

Prvi korak i briga terapeuta je uspostavljanje terapijskog odnosa; preporučuje se slušanje i empatija sa pacijentovim stanovištem. Upozorava se na

greške „uveseljavanja” pacijenta, koje predstavljaju duboko empatsko nerazumevanje. Kliničaru se preporučuje da iskomunicira da razume da zaista postoji razlog da se bude depresivan; što je pokušaj empatije sa bolom pacijenta, ali i stvaranje terapijskog saveza. Izbegavaju se prečeste i preuranjene interpretacije: terapeut će pažljivo slušati koja je priroda stresora, je li on vezan za poniženje, gubitak ili što drugo. Posebna pažnja se obraća na sheme odnošenja, tipične relacije u koje ulazi pacijent. Obraćanje pažnje na transfer, otpor i kontratransfer su nezaobilazan deo psihoanalitičke psihoterapije. Sve ove tehnike služe da se razjasni pojedinačna priroda i nastanak depresije svakog pacijenta, stvori hipoteza o psihodinamskom osnovu depresije u individualnom slučaju. Značajno je smestiti događaj depresije u interpersonalni kontekst i sredinu: kontekstualizacija se suprotstavlja uobičajenom internalizovanom stavu depresivnih da su samo oni krivi za svoj problem. Kada se jednom prepozna slika depresije pacijenta, i često otelotvori u terapeut-klijent odnosu, radi se na stvaranju i zamišljanju novih formi življenja klijenta. [3,7,8,10]

Istraživanja psihoanalize od značaja za tretman depresije

Istraživanja depresije nalaze da je uloga genetskog faktora u etiologiji unipolarne depresije oko 40%, što ostavlja prostor za psihoanalitičko tumačenje uloge sredine, razvoja, i ličnih kapaciteta [6,7,9]. Aktuelni model razvoja depresije: vulnerabilnost-stress model istražuje se uz uvažavanje interakcije brojnih faktora [11]. Smatra se da se vulnerabilnost za depresiju formira iz mnogostrukih izvora: genetske vulnerabilnosti, ranog razvoja koji potom pospešuje neurološku, endokrinološku i psihološku vulnerabilnost i sredinskih faktora [11]. Među ovim grupama faktora su i psihološki faktori i rani razvoj, čiji je značaj psihoanaliza davno prepoznala. Ukratko, u trenutku pojavljivanja depresivne epizode stresni životni događaji u interakciji sa prethodno uspostavljenom vulnerabilnošću mogu proizvesti depresivnu epizodu [6,11].

Izučavanja genetike govore da iako geni sadrže sve informacije potrebne da se definiše pojedinac, uticaj gena nije nevarijabilan. Potvrđeno je da fizički i sredinski faktori utiču na ispoljavanje gena [12]. Prema Tasmanu, kompleksne sheme prenosa gena, nedostatak korespondencije između genotipa i fenotipa za većinu psihijatrijskih kategorija, progres u genetici koji nadrasta poznavanje psihijatrijskih fenotipa govori da uprkos tehnološkom napretku genetike ostajemo uskraćeni za razumevanje kursa i toka tretmana mentalnih obolenja [12]. Smatra se da će se u budućnosti za tretman klijenata pokazati posebno značajnim poznavanje sredinskih faktora koji imaju dejstvo na gene zadužene za osetljivost na probleme mentalnog zdravlja [12]. Stoga se podvlači važnost upoznavanja sredinskih faktora, gde psihoanaliza, smatram, može naći značajno mesto.

Savremena istraživanja sve više razjašnjavaju značaj ne samo genetskog materijala, već i interakcije sredine i genetike. Kendler nalazi da je uloga genetskog faktora značajna, ali ne i ekstremno prevladavajuća u razvoju depresivne epizode. Genetski jeste uslovljena vulnerabilnost, ali kad

su prisutni i stresni životni faktori vulnerabilnost za depresiju značajno raste, verovatnoća depresije skače sa oko 1% na 6%, ili čak a 14% u određenim podgrupama ljudi [7]. Kendler nalazi da u odsustvu prethodne depresivne epizode oni sa visokim genetskim rizikom imaju tendenciju ka proživljavanju depresivnih epizoda i bez većih sredinskih stresora; dok oni sa niskim genetskim rizikom takodje mogu razviti depresivne epizode, i kako raste broj prethodnih depresivnih epizoda i kod ove grupe se smanjuje povezanost stresnih životnih događaja i rizika za depresiju [6]. Nova istraživanja detaljnije pojašnjavaju uloga gena, razvoja, sredine i predisponiranosti za depresiju. Pobuđeno stanje², u kojem se depresivne epizode događaju sa malo provokacije, može biti dosegnuto bilo putem više prethodećih depresivnih epizoda (uzrokovanih brojnim životnim problemima) bilo pomoću genetskog rizika. Takoreći, genetski faktori proizvode efekat pred-pobuđivanja³[6]. U izučavanju ekspresije gena, ali i ostalih elemenata biološke vulnerabilnosti za depresiju pokazano je da rana traumatska iskustva oblikuju osobu ka razvijanju vulnerabilnosti [7,11], u skladu sa osnovnim postavkama Frojda, Abrahama, Bolbija. U mnoštvu faktora koji utiču na stvaranje vulnerabilnosti ili resistentnosti osobe nalaze se i sredina, uloga individualno pridodatog značenja stresora, te razvijeni kapaciteti za traženje pomoći i podrške [7,9,11]. Obzirom da savremena istraživanja sve više otkrivaju značaj interakcije faktora, u skladu sa Tasmanom [12], izražavamo vrednost psihoanalitičkog arsenala znanja koje nam može pomoći u oblikovanju sredinskih, psiholoških i ličnih faktora koji utiču na razvoj vulnerabilnosti ili resistentnosti na nove depresivne epizode.

Od značaja za prethodnu tvrdnju je i to da se poslednjih decenija potvrđuje visoka efikasnost psihoanalitičkog tretmana, i to njegovih višegodišnjih efekata [3,9,13]. Šefildski psihoterapijski projekt uverava da je psihodinamska terapija bila adekvatan i jednako dobar izbor za 16-nedeljni tretman duboko depresivnih kao i komparativno ponuđeni tretman [13]. Dalje, u terapiji klijenata koji su pokušali suicid, pokazano je smanjenje suicidalne ideacije i sniženje skora na Bekovom inventaru depresije [7]. Potom, kod žena sa post-natalnom depresijom registrovano je smanjenje simptoma nakon 10 nedelja tretmana, a samo psihoanalitički tretman dostigao ovaj rezultat, u komparaciji sa ne-direktivnim i KBT pristupom [7]. Takođe, kombinovana medikamentozna i psihoanalitička terapija daje bolje rezultate nego samo medikamentozna [3,7] čak i u slučaju primene kratke suportativne psihoanalitičke psihoterapije [14]. Fonagi i kolege [9] produžuju period praćenja efikasnosti psihoterapije i nalaze da psihoanalitički tretman daje bolje rezultate nego komparativni tretman. Efekti psihoanalitičkog tretmana se u početku praćenja pokazuju sličnim efektima drugih tretmana, ipak, promene postignute u psihoanalitičkom tretmanu opstaju u vremenu, te traju duže nego

² U originalu na engleskom: „kindled“.

³ U originalu na engleskom: „pre-kindled“.

promene postignute drugim pristupima (period praćenja je do 48 meseci) [9]. Ovime se za klijenta se postiže velika razlika u kvalitetu življenja, i shodno trajnosti efekata psihoanalize umanjuje se verovatnoća skorog recidiva (što je jedan od značajnijih problema u tretmanima depresije [1,2]).

Jungovski analitički pristup depresiji

Analitička psihologija nastaje u okviru dubinske psihologije, razvija zajedničke i originalne elemente sa psihoanalizom [5]. Fokusiraćemo se na ono što nije već rečeno u klasičnoj psihoanalizi, i spomenućemo ono što jesu zajedničke tačke, kako bi kasnije analizirali oba pristupa komparativno.

Jung zapravo nije razvio koherentnu teoriju depresije uzete zasebno, već je ostavio mnoštvo korišćenih ideja i primera raštrkanih po svom obimnom delu. Tri ideje čine osnov jungovskog razumevanja depresije: depresija je iskustvo ega bez energije, kompenzacija i introverzija nastoje da obogate sadržaje svesnog, depresija može biti pomažuća i transformativna.

Jung razumeva depresiju u terminima preraspodele energije⁴ u kompleksnom psihičkom sistemu, sa svesnim i nesvesnim. U uobičajenim situacijama svesni ego⁵ ima na raspolaganju dovoljnu količinu energije, ukoliko neki faktori uzrokuju da velika količina ove energije padne u nesvesno, svesno je ispražnjeno. Depresija je iskustvo ega kada je ispražnjeno svoje inače dostupne energije, koja odlazi u nesvesno. [15,16,17]

Drugo, kompenzacija je samoregulativni proces psihe od značaja za depresivnost. Svesno je uvek ograničenog opsega i samo toliko sadržaja se može jednovremeno nalaziti u svesnom. Kada svesno postane previše jednostrano orijentisano, procesom introverzije (okretanja unutra) poseže se za komplementarnim sadržajima nesvesnog – koji onda imaju prilike da postanu svesni i time potpomognu dostizanje ispravnijeg adaptacionog stava tj. kompenzuju. Ovakva introverzija energije ostavlja ego ispražnjenim od energije – depresivnim. Ako se kasnije sadržaji nesvesnog integrišu u svesno, osiromašeni ego se obogaćuje energijom putem simbolizovanih sadržaja, i tako je depresija podignuta. [15,16,17]

Transformacija bitno pojašnjava procese u depresiji. Nesvesno u Jungovom poimanju sadrži ne samo potisnute doživljaje, i ne samo lično nesvesno, već i kolektivno. Takođe, nesvesno je kreativno po svojoj prirodi. Sadržeci kolektivno nesvesno, ono sadrži veću mudrost i znanje o životu nego što se može očekivati od jednog ljudskog veka. Ovim kvalitetima nesvesno može pomoći razvoju ličnosti. Zaključujemo da depresija, ponukana kreativnim tendencijama nesvesnog, nije samo patološka reakcija ličnosti, već i prirodna pomažuća reakcija na životne događaje. U transformativnim depresijama energija je privučena elementom koji treba da postane svesan kako bi pomogao razvoju osobe. Privlačuća sila je izražena u formi fantazije ili

⁴ Energija je širi pojam od seksualno definisanog libida.

⁵ Ego je svesan deo osobe, a kompletna osoba je više od samog ega.

slike, i ukoliko čovek uspe da integriše fantazije koje zarobljavaju libido, uspeće da osvoji tu energiju, oslobodi je i stavi u službu ega, sada transformisanog novim sadržajima – tako je svrha depresije je postignuta [15,18].

Jung je ove iste ideje primenjivao i na ne-individuacijsku depresiju, koju je nazivao psihogena depresija (patološka depresija). U tom slučaju, ukoliko usled otpora i preterane represije, stav ega postane preterano jednostran i ne može se izmeniti normalnom kompenzacijom, razvija se neuroza, i znanje koje bi kompenzovalo svesni stav ega biva izraženo kroz neurotske simptome. Depresivni poremećaj je pokušaj psihe da reorijentiše ličnost ka introvertnom iskustvu. Patološka depresija je nevoljna, isforsirana forma introverzije, i u njenom nasilnom nastanku vidi se njen patološki aspekt. Pojedinaac ne integriše spontano nesvesne sadržaje u svest, bilo da su oni kreativni ili neurotski, i ne doseže razvoj koji je neophodan za dalju životnu adaptaciju. Za rezoluciju depresije je ključno prepoznati važnost nesvesnog u etiologiji i tretmanu depresije. [15,18,17]

Kasniji autori nastoje da ispituju tipične sadržaji nesvesnog vezanog za depresiju. Najznačajnije je pomenuti arhetipe, tipične forme u kojima je modelirano, organizovano i progresivno integrisano svo iskustvo, a sadržaj su svačijeg nesvesnog. Arhetipi su značajni jer mogu provocirati depresiju privlačenjem energije iz ega, ali i uputiti na razrešenje transformativnog problema te voditi putu ka ozdravljenju [19].

Persona predstavlja predispoziciju čoveka za stvaranjem maske kojom se osoba predstavlja u javnosti i kojom pre svega ispunjava prihvaćenost u krugu društvenih uloga. Osoba koja se jako predala ispunjenju persone može jednog dana shvatiti da živi lažni život, tj. preterano je adaptirana i persona je preuzela celu osobu – osoba potrebuje razvoj, priznanje i otelotvorenje svojih drugih potreba. Često skrivena agresivnost može biti prepoznata ispod maske persone, i ona predstavlja deo arhetipa senke, skrivan od samoga sebe, čija integracija bi bila poželjna. U nekim slučajevima ukoliko se prejak razvoj persone prepozna tek u kasnijim godinama, očekivana depresija je obojena svesnošću o propuštenim prilikama i neispunjenim životom [15].

Arhetip majke u aspektu uništavajuće, ili užasne majke je veliki izvor depresivnih problema. Osobe kod kojih je aktivan negativni aspekt arhetipa majke prolaze kroz iskustva služenja drugome, zanemarivanja sebe i često osakaćivanja sopstvenih kapaciteta, naročito onda kada posumnjaju da bi se mogli odvojiti od majke, i ostvariti kao nezavisne osobe.

Arhetip heroja takođe ima ulogu u stvaranju depresivne slike. Mnogi ljudi su dovoljno rano, ili dovoljno trajno odustali od nastojanja da ispune svoje snove, da budu kreativni u pronalaženju svog puta i zadovoljili se sekundarnim motivima ili prosto dostupnim stilom života – dopustili su da arhetip heroja u njima umre i bude neefektivan. Odustajanje od sopstvenog ostvarenja nosi cenu – vrlo često, depresije. Suprotno tome, arhetip heroja se može najjednom pobuditi u sasvim mirnom i nikad ambicioznom čoveku

srednjih godina, kojeg inače karakteriše blaga depresija, i uzrokovati ekstremna razrešenja [18].

Noviji autori analiziraju i konkretne životne događaje kao precipitirajuće faktore depresije. Tako Hubek [20] ispituje ulogu majke u razvoju depresije kod deteta. Njen stav ujedinjuje razvojna i analitička gledišta i govori o prevelikoj količini negativnih arhetipskih slika koje su upijene preko depresivne majke, pre svega zato što je ona u svom procesu žaljenja, besa i tuge, i ne može da se usmeri na dete i ostvari prirodan adekvatan odnos. Poput terapeuta drugih pravaca, ona nalazi da dete ne dobija dovoljno osnova za razvoj zdrave samopouzdanosti, te smatra pacijent takve istorije može značajno profitirati od terapeuta koji ima kapacitet za povezivanje [19,20]. Slično razmišlja i Hobson [21] koji smatra da će upravo oni arhetipi koji su bili aktivni u vreme primarnog gubitka (jedinstvo sa negujućom majčinskom figurom) biti aktivirani u svim budućim depresijama te zapravo reprezentuju težnju za povećanom ego stabilnošću.

Dalje, Hultberg [22] obraća pažnju na grandiozne fantazije kao potajne izazivače depresije. Ukoliko je pacijent imao roditelje koji su postavljali perfekcionističke zahteve, ili je služio zalečenju narcističkih rana roditelja, može biti sklon strahu od uspeha, te stoga postati podbivač. Ciljevi ovih klijenata su često grandiozne fantazije, te kada klijent oseća da se približava njihovom ostvarenju doživljava preteranu stimulaciju⁶ i najčešće beži od uspeha. Ovakvi životni izbori izazivaju depresiju, snižen afekat, i često su dugotrajni; razrešenje najčešće zahteva terapijsku intervenciju [22].

Jungovski pristup suicidu

Depresivni afekt ima poreklo u dva izvora: on je iskustvo ega lišenog energije, ali i promena koja je simbolizovana slikama smrti [23]. Jungovska psihologija primećuje da ovo simboličko iskustvo i slika smrti može lako biti pomešana sa fizičkom smrću. Odatle polazi specifična mogućnost terapijskog rada sa idejama samoubistva.

Tokom rada sa pacijentima koji su patili od depresije Rosen je razvio neke od jungovskih ideja i razradio stavove o suicidu. On nalazi da kada ljudi osećaju žaljenje i očaj, i pate od suicidalnih ideja, često se osećaju kao da umiru iznutra. Rosen smatra da deo osobe, konkretno lažni deo selfa zapravo treba da umre, da bi se povratila volja za životom. Ova želja se oseća kao realna, iako se zapravo radi o simboličkoj smrti. Ukoliko se dozvoli smrt lažnog selfa, koja je simbolička i može biti izražena kroz crtanje, poeziju i druge forme umetničke ekspresije, proces žaljenja se pokreće. Sa krajem ciklusa žaljenja osoba je transformisana, doživljava novu životnu fazu, i ponovo se rađa smisao i svrha življenja za nju. Rosen je izgradio ove stavove u radu sa depresivnim osobama i ispitivanju deset osoba koje su preživle pokušaj suicida skakanjem sa San Francisko mosta. Nakon preživljavanja, ove

⁶ Koncept over-stimulation je doprinos Hultberga.

osobe su doživele duhovnu transformaciju, i njihove izjave idu u prilog teorije da zapravo čovek češće potrebuje simboličku smrt jednog njegovog dela nego kompletnu smrt. Ovako analitičko tumačenje depresije otvara značajne mogućnosti u radu sa potencijalno suicidalnim osobama. [23]

Terapija depresije u analitičkoj psihologiji

Jungov doprinos u razumevanju ideja bitnih za tretman depresije je krucijalan: depresija je prepoznata kao normalni afekt i normalni životni događaj, kao deo transformativnog, razvojnog iskustva; mogućnosti terapije depresije i tretmana suicida su povećane. Analitički terapeuti traže uzrok depresije u disbalansu energije i njegovom korigovanju. Veliki deo analize se posvećuje slikama i fantazijama u kojima su simbolički izraženi sadržaji nesvesnog. Nastoji se na integraciji ovih sadržaja, transformaciji svesnog sadržajima nesvesnog i posledičnom osvajanju energije i oslobađanju od depresije [15,18,24].

Preporuke za terapijski rad čine: ne preterivanje sa izlaženjem u susret pacijentu, izostanak ubeđivanja pacijenta u intelektualnu neispravnost njegovih ideja, korišćenje fantazije, umetničkog izražavanja, i drugih tehnika objektivizacije [15,25,26]. Potpomaže se izražavanje i opojmljivanje često nemuštog sadržaja nesvesnog, objektivizacijom, tj. pravljjenjem objekata (crteža, pesme) i njegovim postojanjem u prostoru seanse. Interpretacije mogu biti ređe nego što se pretpostavlja, ali uloga terapeuta u konteinment-u je svakako prisutna. U potrazi za mogućim alternativnim značenjima i životnim putevima terapeut će, tehnikom amplifikacije istraživati prisutni arhetip.

Jung je uveo korišćenje kontratransfera u psihoterapiju [5] i ono je značajno za terapiju depresivnih, kao i obraćanje pažnje na konjunkcio. Vilemsen [26] ispravno naznačuje da neki klijenti, naročito oni ozbiljno traumatizovani, imaju oštećen kapacitet za simbolizaciju, i da je sa njima neophodno raditi korišćenjem kontratransfera. Afekt može biti vezan za telesne simptome, ali i izgubljen negde u telu, te terapeut služi ne da interpretira odnos već da ga sadrži⁷ i osvesti, prvo u svom umu, potom i u odnosu i pacijentu. U toku seanse terapeut obraćata pažnju i na dešavanje koje se opisuje kao iskustvo nečeg većeg od terapeuta, klijenta, i uopšte jedne osobe. Ovo iskustvo trećeg, pomažućeg aspekta koje zapravo daruje analizu najkurativnijim faktorima je konjunkcio. To je težnja ujedinjenja opozitnih faktora koja nosi mogućnost kreativnog zalečenja rascepa. Kako klijenti često pate od jednostranosti, ovaj događaj je pospešivan od strane terapeuta.

U terapiji depresivnih analitičko uvažavanje spiritualnosti može biti ključni pomažuci element terapije. Vestgejt [27] navodi korisnost rada sa slikama, snovima, što omogućavaju da se zađe u transpersonalno, posebno kao izvor inspiracije, intuicije i inspiracije. Tako terapeut može doći do intrinzičkih vrednosti klijenta, a klijent doseže nedostajuće elemente u njegovom životu

⁷ (containment)

(značenje i smisao življenja za tu osobu) i motiviše se intrinzički za sopstveno življenje.

Istraživanja od značaja za analitički tretman depresije

Studije efektivnosti analitičkog terapijskog pristupa pokazuju značajna poboljšanja kod klijenata ne samo na nivou simptoma i interpersonalnih problema, već i na nivou strukture ličnosti, kao i u svakodnevnom životu. Interesantno je da su ove promene stabilne tokom vremena i do šest godina nakon završetka terapije; razvoj poboljšanja se nastavlja i po prestanku samog tretmana [28]. Klijenti Jungovske terapije se nalaze ispod proseka po korišćenju korišćenje usluga zdravstvenog sistema [29]. Neka istraživanja nalaze da klijenti polaze od nivoa ozbiljnih simptoma i dolaze do nivoa koji se može nazvati psihološkim zdravljem, kao i da je uobičajeno vreme ovog tretmana 90 seansi. Studije impliciraju da je analitička terapija delotvorna za depresiju: jedna od studija koje potvrđuju efektivnost sadrži 57% depresivnih pacijenata u uzorku. Treba pomenuti i da je nađeno da 10-20% klijenata ne profitira od analitičke terapije. [28,29]

Poređenje psihoanalitičkog i analitičkog gledišta na depresiju

Ključna razlika u ova dva pristupa je nadređeni stav prema depresiji: psihoanalitički gledano depresija je pretežno patološka, dok je analitički gledano depresija efekt zdravog pokreta organizma, sa salutogenom svrhom. U psihoanalitičkoj terapiji postoji nada izlečenja suštinski nepoželjnog stanja, dok u analitičkoj terapiji depresija jeste poželjna faza razvoja ličnosti, koja može postati patogena kao rezultat opiranja transformaciji. U ovom smislu škole su radikalno različite.

Dalje, psihoanalitička škola traži konkretne životne događaje i tako formirane odlike klijenta kako bi došla u uvid o depresiji i otvorila potencijal lečenja. Analitička psihologija se ne zanima toliko konkretnim događajima upletenim u precipitiranje depresije, već je više zanima za čime spontano poseže skrivena energija, i u nalaženju tog traga vidi potencijal lečenja. Tako je prva škola često usmerena na događaje iz prošlosti, a druga na neostvarene potencijale.

Shodno prethodnom, psihoanalitička škola obraća punu pažnju na rani razvoj i to kako on formira osobu. Različiti podpristupi nalaze ključnim raznolike faktore ranog razvoja: traumatski događaj, dostupnost majke, relacije koje dete time uči i sa njima ide kroz život; posmatraju se agresivnost, vulnerabilnost, relacije, značenje pojedinih stresora. Analitička škola unekoliko zanemaruje ove faktore, a obraća pažnju na kolektivne figure ljudske psihe arhetipe, self, ego, bez obzira na formu u kojoj ih klijent očituje (životna priča, trenutni odnosa, umetnički proizvodi).

Različitost teorija postavlja drugačije ciljeve terapije u ova dva pravca i omogućava da se iste tehnike koriste tako da vode različitim putevima, donoseći iskustvo potpuno različitih, ali dopunjujućih terapija klijentima. Obe

škole koriste odnos terapeut-pacijent kao ključno oruđe, potom transfer i kontratransfer; samu analitičnost (usmerenu u različitim pravcima – životna istorija/sadržaj nesvesnog), i obe škole koriste verbalizaciju i interpretacije. Analitičari više naginju kontratransferu, sadržajima nesvesnog, neverbalnim izrazima. Oni koji su iskusili obe terapije, često nalaze da su u njima dobili nešto što u onoj drugoj ne bi, te da su obe korisne na različit način [30].

Prema istraživanjima obe škole su efikasne u tretmanu depresije. One se hvale sledećim doprinosima: obraćanje pažnje na lično značenje simptoma, personalizovanost pristupa svakom klijentu. Obe istražuju značenje simptoma: analitički psiholozi se pomažu kolektivnim proizvodima i traže prospektivno značenje depresije; a psihoanalitičari se fokusiraju na značenje u klijentu i njegovoj prošlosti.

Analitički aspekt priznavanja spiritualnih potreba čoveka ne nalazimo jasno u psihoanalitičkom gledanju depresije. Ipak, interesantno je da se treća škola dubinske psihologije, egzistencijalistička, jasno fokusira upravo na ova pitanja: osećaja smisla življenja, više svrhe u životu.

Umesto zaključka

Ukupno gledano, odnos ove dve škole je istorijski bio zaprečen sa nedostajućom komunikacijom. Zato i ne čudi što nemamo komparativne preglede njihovih pristupa različitim poremećajima, još manje što dve škole koje se bave nesvesnim ne koriste uvide one druge. Ipak, smatram, određeni mostovi mogu postojati i ovaj rad je jedan mali početni korak ka tome. Kako ne bi došli u situaciju da svako ponovo izmišlja ono što je ovaj drugi već pronašao trebalo bi dublje preispitati mogućnosti razmene i nepobitne granice koje razdvajaju ova dva pristupa.

U slučaju depresije nalazim da je psihoanalitička škola spontano učinila korak ka otkrivanju analitički poznate salutogene mogućnosti sadržane u depresiji. Sa druge strane savremeni analitički psiholozi se bave ranim razvojem, analizom odnosa majka-dete i toga kako ono definiše osobu, čime se približavaju psihoanalitičkim tendencijama, iako ih naravno zanima arhetipski aspekt koji se pobuđuje u ranom razvoju (str. 13, para.2). Pitanje prevođenja određenih uvida se postavlja. Recimo stav Jakobsona (str. 5, para. 3) da internalizovana figura majke može destruktivno uticati na osobu jako nalikuje na čuveni termin analitičke psihologije, koncept užasne majke, aspekta arhetipa majke koji je osakaćujući po razvoj osobe. Vidimo da su mogućnosti razmene postojeće.

Ovaj rad je pomogao sagledavanju ambivalentnog odnosa ove dve škole dubinske psihologije, i predlaže dalje izučavanje efikasnosti svakog kliničkog tretmana, kao i građenje mostova između dopunjujućih pravaca. Ipak, u smislu terapije jednog konkretnog depresivnog pacijenta smatram opravdanim korišćenje mešanih uvida i tehnika, koja god škola da nam je pomogla da dođemo do njih.

DEPRESSION – COMPARISON OF PSYCHOANALYSIS AND ANALYTICAL PSYCHOLOGY

Sanja Vasiljevic

Independent researcher;
Faculty of Philosophy, University of Belgrade

Abstract: Psychoanalysis and analytical psychology are two large schools of psychotherapy, simultaneously similar and different. Few papers in literature explore these two approaches comparatively. This paper presents an effort to fill in that gap by exploring the relation of these two schools towards depression. In both cases we will consider: theoretical approach to depression, suicide, recommendations for practice, and effectiveness research. The crucial difference is in the overarching attitude towards depression: psychoanalysis looks upon depression mainly as pathological, while analytical psychology considers depression as a healthy movement of the organism, with a salutary purpose. The first school is focused on events from the past, and the other is focused on unfulfilled potentials. Psychoanalysis pays attention to early development, and analytical psychology to collective figures of the psyche. Both schools use rapport, transference, countertransference, analysis, verbalization, interpretation. Analytical psychologists lean towards countertransference, unconscious contents, and non-verbal more. Both schools give an important contribution to treatment of depression with their highly personalized approach and open up treatment possibilities in cases where medication is non-applicable. In conclusion, psychoanalysis and analytical psychology have separate and different approaches to depression and suicide, both on central and peripheral themes. Still, there is a possibility of exchange of experiences between these schools, which would be beneficial to development of practice and health of clients. Some examples of such exchange are found, and further exchange between schools of depth psychotherapy is encouraged.

Key words: *depression, suicide, psychoanalysis, analytical psychology, Jung*

Literatura:

1. Beutel ME, Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Bahrke U, Negele A, Haselbacher A, et al. Psychoanalytic and cognitive-behavior therapy of chronic depression: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2012;13:117-22.
2. Hartmann E., Halvorsen M. Wang CEA. Rorschach Variables and Dysfunctional Attitudes as Measures of Depressive Vulnerability: A 9-Year Follow-Up Study of Individuals With Different Histories of Major Depressive Episodes. *J Pers Assess* 2012;95:26-37.
3. Leichsenring F, Klein S, Salzer S. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy in Specific Mental Disorders: A 2013 Update of Empirical Evidence. *Contemp Psychoanal*. 2014; 50:89-130.
4. Solms M. Depression: A neuropsychanalytic perspective. *International Forum of Psychoanalysis*. 2011;21:207-13.
5. Ellenberger HF. The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry. London. Fontana Press; 1994.
6. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158:582-6.
7. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition. Washington DC. American Psychiatric Pub; 1994.
8. Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. Oxford textbook of psychotherapy. Oxford University Press; 2007.
9. Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*. 2015;14:312-21.
10. Mitchell SA, Greenberg J. Object Relations in Psychoanalytic Theory. Harvard University Press; 1983.
11. Tafet GE, Nemeroff CB. The Links Between Stress and Depression: Psychoneuroendocrinological, Genetic, and Environmental Interactions. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2016;28:77-88.
12. Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Maj M, Gillig PM, et al. *Psychiatry*. 3rd ed. John Wiley and Sons; 2008.
13. Shedler J. The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. In Levy RA, Ablon JS, Kächele H. editors. *Psychodynamic Psychotherapy Research Humana Press*; 2012. p. 9-25.
14. De Jonghe F, De Maat S, Van R, Hendriksen M, Kool S, Van Aalst G. et al. Short-Term Psychoanalytic Supportive Psychotherapy for Depressed Patients *Psychoanal Inq*. 2013;33:614-25.
15. Steinberg W. Depression: a discussion of Jung's ideas. *J Anal Psychol*. 1989;34:339-52.
16. Jung CG. Symbols of transformation (Collected Works Vol. 5) Princeton N.J. Princeton University Press; 1975.
17. Jung C G. The Practice of Psychotherapy: Essays on the Psychology

- of the Transference and other Subjects (Collected Works Vol. 16). Princeton N.J. Princeton University Press; 1975.
18. Jung CG. Experimental Researches (Collected Works Vol. 2). Princeton N.J. Princeton University Press; 1975.
 19. Schwartz-Salant N. The abandonment depression: developmental and alchemical perspectives. *J Anal Psychol.* 1990;35:143-59.
 20. Hubback J. Depressed patients and the coniunctio. *J Anal Psychol* 1983;28:313-27.
 21. Hobson RF. Archetypal themes in depression. *J Anal Psychol.* 2008; 53:481-99.
 22. Hultberg P. Success, retreat, panic: over-stimulation and depressive defence. *J Anal Psychol.* 1985;30:45-70.
 23. Rosen, DH. Transforming Depression: A Jungian Approach Using the Creative Arts. New York. G.P. Putnam's Sons; 1993.
 24. Harding E. The value and meaning of depression. *Psychological Perspectives* 2008;12:113-35.
 25. Pies R. Summoning the muse: The role of expressive arts therapy in psychiatric care. *Psychiatric Times* 2008; 25:10-2.
 26. Willemsen H. Early trauma and affect: the importance of the body for the development of the capacity to symbolize. *J Anal Psychol.* 2014;59:695-712.
 27. Westgate C. E. Spiritual Wellness and Depression. *J Couns Dev.* 1996;75:26-35.
 28. Roesler C. Evidence for the Effectiveness of Jungian Psychotherapy: A Review of Empirical Studies. *Behav Sci* 2013;3:562-4.
 29. Keller W, Westhoff G, Dilg R, Rohner R, Studt HH. On the effectiveness and efficacy of outpatient (Jungian) psychoanalysis and psychotherapy – a catamnestic study" Available from: <http://www.uni-saarland.de/fak5/krause/ulm97/keller.htm>
 30. Keddy P. My experience with psychotherapy, existential analysis and Jungian analysis: Rollo May and beyond. *J Clin Psychol.* 2011;67:806-17.

Sanja VASILJEVIĆ, Nezavisni istraživač; Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd

Sanja VASILJEVIĆ, Independent researcher; Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade

E-mail: sv@ateneo.rs

*Prikaz slučaja**UDK*

615.851-056.45

159.928

COBISS.SR-ID 265733644

UVREMENJENA PSIHOTERAPIJA DAROVITIH – PRIKAZ SLUČAJA

**Vesna Dukanac^{1,2}, Jasna Veljković³,
Olivera Vuković^{1,4}, Dušica Lečić Toševski^{1,5}**

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Visoka škola za socijalni rad, Beograd, Srbija

³Fakultet političkih nauka, Univerzitet u Beogradu

⁴Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

⁵Srpska akademija nauka i umetnosti

Apstrakt: Iako se inteligencija, značajno veća od proseka, naziva darovitošću, pravo značenje ovog pojma mnogo je šire. Visoka inteligencija ne mora biti preduslov darovitosti, što se jasno pokazuje kod osoba koje imaju prosečnu inteligenciju, a izuzetno su muzički, likovno ili sportski darovite. Kako ne postoji jedinstvena definicija darovitih, tako ne postoje ni jasne odrednice njihovog psihološkog razvoja, niti smernice za psihološku podršku i psihoterapijski rad. Darovite osobe imaju drugačiji kognitivni i emotivni razvoj od ostalih. Njihovo odrastanje često se odvija “pod teretom darovitosti”, čime se urođena datost ne prepoznaje, ignoriše ili neadekvatno koristi. Individualni psihoanalitički psihoterapijski rad, može imati značajno mesto u psihološkoj podršci darovitim na njihovom putu razvoja i ostvarenja vrednih pažnje. U radu prikazujemo višegodišnji psihoterapijski rad višestruko darovite pacijentkinje.

Ključne reči: *darovitost, psihoterapija, Atina-Antigona kompleks*

Darovitost – definisanje pojma i razvoj modela kroz vekove

Darovitu decu i adolescente treba smatrati budućim, a darovite odrasle sadašnjim pokretačima društva [1]. Iako interesovanje za darovitost, kreativnost i posebne talente postoji od davnih vremena, još uvek nema jasne definicije darovitosti, jedinstvene i celovite teorije koja objašnjava specifičnosti njihovog razvoja i potreba [2], niti definisane metodologije psihološke podrške i psihoterapijskih intervencija koje su često neophodne za njihov adekvatan razvoj [3].

Za sada je poznato preko 150 pokušaja definisanja darovitosti. Za potrebe ovog rada koristimo Ganjeovu (F. Gagne) definiciju [4], kojom se darovitost definiše kao visoko razvijena sposobnost, bilo opšta ili specifična, omogućavajući natprosečna postignuća u određenom području. Ovako definisana, darovitost predstavlja „sirovinu” koja se postepeno oblikuje (u ono što je uistinu vredno) u visoke sistemski razvijene kompeticije (znanja i veštine) koje se nazivaju talentima. Proces razvijanja talenta okarakterisan je sistemskim učenjem i vežbanjem. Daroviti i talentovani predstavljaju 10% najboljih u svojoj referentnoj grupi [4]. Zajednički imenitelji mnogobrojnih pokušaja definisanja darovitih od 19 do 21. veka možemo svesti na naslednu datost, mogućnost natprosečnih postignuća, ali samo uz sistemski, mukotrpan rad i pravilno usmeravanje. Najnovija saznanja o darovitima, početkom 21. veka, definisana su Ciglerovim modelom „akciotopa”, koji ističe da darovitost nije osobina individue, već kvalitet sistema delovanja [5,6].

Psihološke karakteristike darovitih

Pozitivne psihološke karakteristike darovitih mogu se prepoznati još u najranijem periodu, zbog njihovog bržeg ranog psihomotornog razvoja i globalne razvojne naprednosti u smislu brzine, lakoće i samosvojnosti u ovladavanju novinama. Daroviti su radoznali i uporni, sa čestim postavljanjem pitanja, zbog čega mogu biti naporni okolini. Imaju specifičan način učenja u smislu lakog korišćenja brojeva, bržeg povezivanja ranijih znanja sa novim činjenicama i bržeg shvataja relacija među ljudima [7]. Skloni su preispitivanju pravila i rizikovanju. Imaju visok nivo energije. Nemaju veliku potrebu za snom (tzv. „kratkospavači”). Neki od njih imaju liderske sposobnosti, potrebu za druženjem sa drugima i laku uklopljivost. Darovitost, međutim, može biti prikrivena i manifestovati se u sasvim drugom obliku – kašnjenje ranog psihomotornog razvoja; povučenost; loši školski rezultati bez obzira na izuzetne sposobnosti i visok IQ; prikrivanje posebnosti zbog potrebe uklapanja u vršnjačku grupu.

Iako se veruje da darovitost i talenat uvek nađu način da se izbore za sebe, mnoge darovite osobe ostaju neprepoznate, ili zarobljene u nekoj od zamki psihološkog razvoja koji se odvija „pod teretom darovitosti“. Sadržaj „tereta darovitosti” predstavlja širok dijapazon psihološke problematike – od emocionalne nezrelosti, preko mogućeg doživljaja neuklopljenosti u vršnjačku grupu, nedostatka socijalnih veština, razvijanja straha od od-

bačenosti, osećanja krivice i nesigurnosti u vezi sa pravom na sopstvenu darovitost, do mogućnosti razvoja grandioznog selfa, čime autentična kreativnost može biti blokirana [3]. Pored toga, ovaj „teret“ može uzrokovati i širu porodičnu problematiku. Porodice sa darovitim decom suočene su sa izazovima koji se ne sreću u uobičajenim porodicama [8]. Zamke koje postoje u svakom roditeljstvu ovde su uvećavaju. Niko ne objašnjava šta znači imati darovito dete. Moguće su dve krajnosti – roditelji koji se boje da im deca budu različita ili „obeležena“ tako da ignorišu posebnosti svoje dece i roditelji koji bez straha prepoznaju posebnost svoje dece, ali veruju da je jednostavno odgajati takvo dete. U oba slučaja, često je neophodan ozbiljan psihoterapijski tretman darovite osobe, kako bi njen psihološki razvoj dosegaao nivo adekvatnosti, a njeni daroviti potencijali kvalitet visoko sistemski razvijene kompeticije, tj. talenta vrednog pažnje i divljenja.

Prikaz slučaja¹

Zvezdana je imala 20 godina, kada se prvi put obratila za psihološku pomoć. Iako je upisala treću godinu Muzičke akademije, aktuelno se nalazila u zastoju studiranja. Posedovala je višestruku darovitost i talente za muziku, matematiku i sport. Nalazila se u zakasneloj adolescentnoj krizi sa manifestnim adolescentnim haosom i potpunom nemogućnošću postavljanja granica i prioriteta. Zakasnela adolescentna kriza, klinički gledano, ispoljavala se kroz atipične bulimične simptome i rekurentne depresivne dekompenzacije, različitog stepena izraženosti. Lečena je isključivo u dispanzerskim uslovim 4,5 godine sa učestalošću od jednog do dva puta nedeljno, psihoanalitičkom psihoterapijom kroz supervizirani rad. Povremeno, uglavnom kratko, uključivana je antidepresivna i anksiolitička medikamentozna terapija.

Zvezdana je odrastala u kompletnoj četvoročlanjoj porodici. Imala je posledice ranog emotivnog lišavanja: prvo od dvoje dece, do polaska u školu živela je sa tetkom i majčnim roditeljima. Četiri godine mlađa sestra od rođenja se „izborila za ekskluzivno pravo“ življenja sa roditeljima. Tek polaskom u školu, Zvezdana se vraća u svoju primarnu porodicu. Oduvek je lako i brzo učila, postizala je odličan uspeh u obe škole (opšte obrazovanje i muzička škola), bavila se raznim sportovima sa zavidnim rezultatima i nagradama na brojnim takmičenjima. Bila je veoma radoznala, sve je zanimalo, mnogo je radila, oduvek malo spavala, često pomagala drugima i do pred kraj srednje škole, bila omiljena u društvu. Nikada nije pohvaljena od svojih roditelja za sva ta postignuća. Ponašali su se kao da se to podrazumeva, nisu pridavali značaj njenim postignućima, nastojeći da se ona ni po čemu ne razlikuje od druge dece.

¹Pacijentkinja je dala dozvolu za ovaj prikaz, ime je promenjeno.

Pored toga, Zvezdana je odrastala zarobljena u posebnom, mada ne retkom, ženskom kompleksu muškosti (tzv. Atina-Antigona kompleks) [9], što je dodatno otežavalo njen psihološki razvoj.

Ženski kompleks muškosti ili „Atina-Anatigona“ kompleks predstavlja poseban, a ne uobičajen kompleks u razvoju žena, koji odlikuje specifičan odnos ćerki sa očevima [9]. Vodi poreklo od teškoća u infantilnom odnosu majke i ćerke i kompenzatornoj idealizaciji odnosa sa ocem. Formira se na štetu odnosa između majke i ćerke, a samim tim i na štetu ćerkinog konačnog odnosa prema sebi kao ženi. Ima svoj trijumfalni oblik (kao u mitu o Atini) i svoj altruistički oblik (kao u mitu o Antigoni). I u jednom i u drugom obliku poriče značaj majčine ličnosti. Kod nekih žena, kompleks je trajan, što je odraz dublje patologije, a kod nekih prolaznog karaktera i predstavlja zastoje u psihološkom razvoju [10].

Kod Zvezdane je bio prisutan trijumfalni-Atina oblik prolaznog karaktera sa odlikama maničnog poricanja majčinog značaja i prezrivo odbacivanja majke kao defektnog stvorenja, čime je bila zaštićena od doživljavanja ljubomore, zavisti i želje za osvetom prema majci.

Predstavljala je psihoterapijski izazov, sa potpuno uspavanom, skoro umrtvljenom, darovitošću, talentima i ženskim aspektima svoje ličnosti.

Prve dve godine psihoterapijskog rada obeležila je analiza idealizovanog odnosa prema ocu, koji je bio „esencija mudrosti“ i udaljenog odnosa prema majci, koju je u seansama pominjala kao nezanimljivu, povremeno bolesnu, ženu koja se bavi običnim stvarima. Ipak, ili naravno, Zvezdana je svoje psihološke probleme krila od oca i u trenucima depresivnih potonuća obraćala se majci za pomoć i utehu [11].

Tokom višegodišnjeg psihoterapijskog rada, uspela je da započne deidealizaciju očeve figure. To je ujedno značilo i zastoje u studiranju, jer je kroz falusnu identifikaciju, falus simbolično izjednačen sa intelektom, talentom, školskim i akademskim postignućima. U tom periodu preplavljivali su je osećanje krivice i nesigurnosti u vezi sa pravom na njenu darovitost. Kroz prateća, klinički manifestna depresivna potonuća, uspela je da oseti gorčinu, tugu, zavist i ljubomoru prema svom unutrašnjem ženskom objektu. Pri kraju treće godine psihoterapijskog procesa, jednom prilikom pomirljivo je rekla: „... *takve su nam karte postavljene, mnogo pre našeg rođenja... na nama je da ih presložimo i posložimo...*“. Bio je to početak oporavka koji obećava.

Uspela je da razreši zamku svog psihološkog zastoja opterećenog „teretom darovitosti“ i ignorisanjem njene posebnosti od strane roditelja, ali i da se izvuče iz specifičnog ženskog kompleksa muškosti, koji je dodatno opterećivao. Izvukla je maksimum za sebe – probudila je svoju darovitost, svom talentu otvorila je put ostvarenja, „...presložila i posložila svoje životne karte...“

Danas je Zvezdana uspešna žena sa internacionalnom karijerom. Srećno je udata za čoveka druge (udaljene) kulture i mentaliteta, ali

višestruko nadarenog i njoj bliskog, ostvarena u roditeljstvu. Uzor je i podrška mnogim mladim devojkama i devojčicama na njihovom putu traženja i razvoja.

Zaključna razmatranja

Darovitost, osim drugačijeg kognitivnog razvoja, često nosi komplikovan emocionalan razvoj, kako za individuu, tako i za njihove porodice. Mnogi psihološki kompleksi nađu svoje mesto u tom komplikovanom razvoju, što privremeno zaustavi i adekvatan psihološki razvoj, ali i mogućnost razvoja darovitosti i njene transformacije u talente i visoka, pažnje vredna postignuća. Kako ne postoje jasno definisane procedure za otkrivanje darovitih, tako ne postoje ni jasne, definisane smernice u psihološkoj pomoći darovitim osobama, niti njihovim porodicama. Najnovija istrživanja govore o čestim anksiozno-depresivnim ispoljavanjima kod studenata umetničkih fakulteta [12], koji se mogu iskomplikovati produblji vanjem afektivnih poremećaja, poremećajima ishrane i raznim varijantama zavisničke patologije. Ovim psihopatološkim manifestacijama, razvoj talenata darovitih osoba može biti privremeno ili trajno zaustavljen, a njihov doprinos umetnosti, nauci i društvu zauvek izgubljen.

Preporuke za uvremenjenim psihoterapijskim tretmanom i potreba zadržavanja pacijenta u psihoterapiji, uprkos razvijanju otpora i produblji vanju anksioznosti u određenim fazama psihoterapijskog procesa, ovde dobija na izuzetnoj važnosti. Psihoanalitički tretman se preporučuje u psihoterapijskom radu sa darovitimima, zbog mogućnosti analitičkog promišljanja i razumevanja svih zamki i prepreka u pomoći njihovog adekvatnog razvoja.

TIMELY PSYCHOTHERAPY OF THE GIFTED – A CASE REPORT

**Vesna Dukanac, Jasna Veljkovic,
Olivera Vukovic, Dusica Lecic Tosevski**

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²College of Social Work, Belgrade, Serbia

³Faculty of Political Science, University of Belgrade, Serbia

⁴Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

⁵Serbian Academy of Sciences and Arts

Abstract: Although the kind of intelligence which is significantly above average is called giftedness, the real meaning behind this term is much wider. High intelligence does not have to be a prerequisite for giftedness, which is clearly displayed in people with average intelligence, extremely gifted at music, arts or sports. Since there is no unique definition for gifted people, there are no clear concepts of their psychological development, nor guidelines for psychological help and psychotherapeutic work. Gifted people have different cognitive and emotional development from other people. Their growing up often takes place under the burden of their giftedness, which leads to their innate giftedness not being recognized, ignored or not properly used. Individual psychoanalytic psychotherapeutic work can play a significant role in the psychological help provided to the gifted on their road to development and noteworthy accomplishments. In this research we will present years of psychotherapeutic work with a multitalented patient.

Key words: *giftedness, psychotherapy, Athens – Antigone complex*

Literatura:

1. Dedić S. Darovitost – školski izazov. U Darovitost: Prepoznavanje i podrška. Tematski zbornik radova međunarodnog značaja. Novi Sad: Mensa Srbije; 2017. str. 132-8.
2. Martinec R, Pinjatela R. Kreativna edukacija praksa u radu s nadarenom djecom u školskom kontekstu. Tematski zbornik radova međunarodnog značaja. Novi Sad: Mensa Srbije; 2017. str. 69-90.
3. Dukanac V, Popović-Čitić B, Radosavljević-Kirćanski J, Đorđević V, Hranisavljević I. Zamke psihološkog razvoja darovite dece. U: M. Šćepanović (Ur.), I međunarodni naučno-stručna konferencija „Darovitost-prepoznavanje i podrška“, knjiga rezimea. Novi Sad: Udruženje „Mensa“ Srbije; 2017. str. 34-5.
4. Gagne F. Giftedness and talent: Reexamining a reexamination of the definitions. *Gift Child Q.* 1985; 29(3):103-12.
5. Ziegler A. The actiotope model of giftedness. U Sternberg R.J, Davidson J.E. Conceptions of giftedness. New York: Cambridge University Press; 2005. pp. 411-36.
6. Ziegler A. Hochbegabung. Munchen: Ernst Reinhardt Verlag; 2008.
7. Altaras Dimitrijević A, Tošić Janevski S. Obrazovanje učenika izuzetnih sposobnosti: naučne osnove i smernice za školsku praksu. Beograd: Zavod za unapređenje obrazovanja i vaspitanja; 2016.
8. Dukanac V, Popović-Čitić B, Đorđević V, Hranisavljević I, Ocokoljić D. Psihološka specifičnost roditeljstva darovite dece. U: M. Šćepanović (Ur.), I međunarodni naučno-stručna konferencija „Darovitost-prepoznavanje i podrška“, knjiga rezimea. Novi Sad: Udruženje „Mensa“ Srbije; 2017. str. 25.
9. Britton R. The female castratio complex: Freud's big mistake? In: Britton R, editor. Sex, death, and the Superego, Experiences in Psychoanalysis. London: Karnac; 2003. p. 57-71.
10. Dukanac V, Veljković J, Naunović M. Posebnost odnosa očevo-ćerke: mit ili stvarnost u savremenom društvu. Knjiga apstrakata VI psihoterapijskog Kongresa Srbije. Beograd: Savez društva psihoterapeuta Srbije; 2016.
11. Dukanac V. Uticaj identifikacionog modela na formiranje psihopatologije adolescenata [subspecijalistički rad]. Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu; 2010.
12. Mirović T, Mešković D, Bogunović B. Kognitivno bihevioralna terapija i shema terapija kao dodatna podrška darovitim osobama. U: M. Šćepanović (Ur.), I međunarodni naučno-stručna konferencija „Darovitost-prepoznavanje i podrška“, knjiga rezimea. Novi Sad: Udruženje „Mensa“ Srbije; 2017. str. 51-2.

Doc. dr Vesna Dukanac, psihijatar, psihoterapeut, Institut za mentalno zdravlje, Visoka škola za socijalni rad, Beograd, Srbija

Doc. dr Vesna Dukanac, psychiatrist, psychotherapist, Institute of Mental Health, College of Social Work, Belgrade, Serbia

E mail: vesna.dukanac@imh.org.rs

Prikaz slučaja
UDK 616.89-085.851-056.45
159.928:616.89
COBISS.SR-ID 265732620

ZAKASNELA PSIHOTERAPIJA DAROVITIH – PRIKAZ SLUČAJA

Vesna Dukanac^{1,2}, Olivera Vuković^{1,3},
Milutin Kostić^{1,3}, Dušica Lečić Toševski^{1,4}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Visoka škola za socijalni rad, Beograd, Srbija

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

⁴Srpska akademija nauka i umetnosti

Apstrakt: Vodeći autori u proučavanju darovitosti ističu da talenat u detinjstvu postoji samo u kategoriji potencijala za buduća postignuća. U poslednje vreme, međutim, jasno se definišu aspekti atipičnog i neravnomernog razvoja, koji u mnogo čemu mogu da uspore ili onemoguće adekvatna postignuća u odnosu na uočeni potencija u detinjstvu. Šta više, što je kognitivni razvoj ili razvoj neke posebnosti intenzivniji, povećava se neravnomernost razvoja i osobina ličnosti. Samim tim povećava se i rizik za razne razvojne zastoje, pojavu simptoma i strukturisanja psihopatologije. Čak i pravovremeno javljanje za psihološku pomoć, nakon pojave prvih simptoma, ne daje sigurnost da će se razvoj sposobnosti odvijati u željenom smeru. Zbog toga se naglašava potreba da psihološka i psihoterapijska pomoć budu strukturisane i dugotrajne. U radu prikazujemo nestrukturisanu i diskontinuiranu psihijatrijsku pomoć višestruko darovitom pacijentu, koji je u kasnom zreloom dobu započeo psihoterapijski tretman grupnom analitičkom psihoterapijom.

Ključne reči: darovitost, grupna analitička psihoterapija, anksioznost, bolesti zavisnosti

Uslovi razvoja darovitosti

Kada se piše o darovitim, kreativnim i talentovanim osobama, česta su povezivanja sa dečijim uzrastom. Bez obzira na povremena teorijska razmimoilaženja o definiciji ovih pojmova i insistiranju pojedinih autora da to nikako nisu sinonimi, postoji saglasnost o tome da su pomenute karakteristike, u početku, isključivo u domenu potencijala. Vodeći autori ove oblasti ističu da talenat u detinjstvu i ne postoji drugačije nego kao potencijal za buduća postignuća [1,2]“...to je proces koji se “odmotava” tokom niza godina, a ne crta koju čovek nasleđuje i koju zadržava u nepromenjenom vidu tokom celog života...” [1]. Da bi “proces odmotavanja” tekao u dobrom pravcu, sve više se ističe neophodnost sadejstva potencijala, motivacije i spoljašnjih činilaca u kojima darovita osoba odrasta, živi i (eventulano) stvara [3,4,5]. U najnovijim verzijama teorija darovitosti, ističu se “pozadinske komponente” darovitog ponašanja koje pomažu u ostvarenju “socijalno konstruktivnih akcija” i dela vrednih pažnje i divljenja [6]. Ti faktori su: optimizam (nada i pozitivna osećanja proistekla iz napornog rada), hrabrost (psihološka/intelektualna nezavisnost i moralna uverenja), “zaljubljenost” u problem ili disciplinu (apsorbovanost i strast), osetljivost za ljudske potrebe (uvid i empatija), fizička/mentalna energija (harizmatičnost i radoznalnost) i vizija (doživljaj moći da se stvari menjaju, doživljaj usmerenosti, stremljenje ciljevima) [4,6].

Darovitost – asinhroni i neravnomerni razvoj

U novijim istraživanjima jasnije se definišu aspekti atipičnog i neravnomernog razvoja darovitih. Atipičan razvoj darovitih ogleda se u disharmoničnosti, snažnijem doživljavanju sveta oko sebe i emocionalnoj nezrelosti. Što je kognitivni razvoj ili razvoj neke posebnosti intenzivniji, povećava se neravnomernost razvoja i osobina ličnosti [5]. Činjenice o neravnomernom razvoju glavnih dimenzija ličnosti kod darovitih potvrđena su u većem broju istraživanja [7,8,9]. Opisana neravnomernost čini ih posebno osetljivim, pogotovu ako odrastaju u sredini (porodica, škola, vršnjaci) neprihvatanja njihove različitosti. Posebnost darovitih podstiče bogatiji razvoj unutrašnjeg sveta i doživljavanja, što za posledicu ima snažniji i drugačiji doživljaj sveta oko sebe, potencijalno opterećujući za dalje pozitivno razvijanje i funkcionisanje. I na kraju, ovako različit psihološki razvoj obeležen je češćim zapadanjem u razvojno emocionalne krize u poređenju sa vršnjacima čiji razvoj je ravnomernij i usklađeniji. Ovo je posebno izraženo u preadolescentnom i adolescentnom periodu koji može odrediti pravac budućeg razvoja ličnosti i darovitosti. Opisana specifičnost razvoja darovitih može da uspori ili optereti darovitost i talenat dovodeći do zastoja ili podbacivanja [5,6,9], ali istovremeno i do ispoljavanja mnogobrojnih psihopatoloških problema. Sporadična istraživanja govore u prilog čestih anksiozno-depresivnih ispoljavanja kod studenata umetničkih fakulteta [10].

Prikaz slučaja*

Andrija je bio srednjoškolac, kada se prvi put obratio za psihološku pomoć zbog straha od javnih nastupa i kontaktiranja sa nepoznatim ljudima. Lečenje je započeo u eminentnoj psihijatrijskoj ustanovi, koja se bavila dečijom i adolescentnom patologijom kod istaknutog stručnjaka. Redovno je odlazio na psihoterapiju i uzimao anksiolitike.

Posedovao je višestruku nadarenost, uspešno je pohađao matematičku gimnaziju i srednju muzičku školu, izučavajući istovremeno dva instrumentalna odseka. Nakon završenih srednjih škola upisao je Elektrotehnički fakultet (ETF), a tri godine kasnije Muzičku akademiju. Želeo je da postane koncert majstor a opisani problemi stvarali su mu nesavladivu prepreku na putu ka ostvarenju te želje.

Andrija je bio drugo od dvoje dece kompletne porodice intelektualaca, koja je formalno podržavala njegovo obrazovanje. Roditelji se nisu bunili dok je završavao srednju muzičku školu i dok su mislili da je muzika hobi koji neće ometati završetak druge škole i ETF-a. I sam Andrija dugo je bio neodlučan u vezi sa nastavkom studiranja muzike, zbog izraženih simptoma anksioznosti, koji su se uvek iznova intenzivirali prilikom svakog javnog nastupa. Nakon trogodišnjeg razmišljanja, opredelio se za smer kompozicije na Muzičkoj akademiji. Taj smer predstavljao je vešto definisan kompromis, koji je omogućavao studiranje muzike, mogućnost realizovanja muzičkog talenta i kreativnosti, a izbegavanje čestih javnih nastupa. Do tada je već bilo stvoreno dosta tenzija u porodici, a uz pomoć aktuelnog terapeuta doneta je odluka o napuštanju ETF-a i započinjanju studiranja Akademije. Roditeljska podrška, od tada, svodi se isključivo na formalnu, sa povremenim negodovanjem zbog napuštanja ETF-a. Odlasci kod terapeuta su se proradili i na kraju sasvim prestali, uz formalno objašnjenje da se radilo o dečijem terapeutu, koga je on, uzrastom i ispoljenim simptomima, prerastao. Na završnoj godini Akademije, seli se u Kanadu, radi nastavka studiranja. Zbog nedostatka materijalnih sredstava, dolazi do dvogodišnjeg zastoja u studiranju. Za to vreme Andrija se bavi ne muzičkim istraživačkim projektima, koji mu omogućavaju materijalnu potporu za nastavak studiranja muzike. Master i doktorske studije završava u dvostruko kraćem vremenskom periodu nego što je predviđeno i započinje karijeru u muzičko filmskoj industriji. Međutim, problemi sa anksioznošću, koji nikada nisu prestajali, počinju da se usložnjavaju. Još tokom studiranja osnovnih studija muzike u Beogradu počeli su prvi problemi sa alkoholnom zavisnošću. Pio je po tipu diplomatskog opijanja: desetak dana bi svakodnevno konzumirao alkohol, a zatim apstinirao po nekoliko meseci. Tip pijenja davao je „idealno” opravdanje za izbegavanje lečenja, jer se sticao utisak da sa zloupotrebom alkohola

*Pacijent je dao dozvolu za ovaj prikaz, ime je promenjeno.

može da se prestane kad god poželi. Ipak, na početku internacionalne karijere u muzičko filmskoj industriji započinje lečenje od alkoholizma u 32-oj godini i apstinira narednih sedam godina. Za to vreme postiže zapažene rezultate i njegovo ime postaje internacionalno prepoznatljivo. Postignut uspeh obezbeđuje mu materijalno blagostanje.

U tom periodu odlučuje da se vrati u Srbiju zbog nastavka akademske karijere i godinu dana nakon dolaska u Beograd dolazi do alkoholnog recidiva. Pokušao je lečenje u referentnoj beogradskoj ustanovi, ali ubrzo odustaje zbog pravila lečenja koja nije bio u mogućnosti da prati. Imao je tada 39 godina. Dve godine kasnije, u svojoj 41-oj godini, nakon tri godine trajanja emocionalne veze, oženio se kolegicom druge nacionalnosti i mentaliteta, ali bliske po umetničkim sklonostima. U to vreme započinje desetogodišnji tretman u privatnoj psihijatrijskoj ordinaciji, sa redovnim seansama jednom nedeljno, osim kad je bio na putovanjima. Sve to vreme, međutim, alkoholni recidivi postaju sve učestaliji. Na poslovnim putovanjima u egzotičnim okruženjima, doživljava dva delirijum tremensa. Konačno, godinu i po dana pre dolaska na sadašnji tretman, psihoterapeut privatne psihijatrijske ordinacije, upućuje ga na lečenje alkoholologu institucionalnog tipa. Kao i sa prvim terapeutom, ponovio se isti obrazac – početna velika zainteresovanost za psihoterapijski tretman, motivisanje terapeuta za intenzivna ulaganja, delimično probijanje psihoterapijskih granica (prvi terapeut je intervenisao u smanjenju porodičnih tenzija u periodu napuštanja ETF-a i upisivanja Akademije; drugi terapeut je tolerisao povremene alkoholne recidive i proživljene delirijume bez hitnog upućivanja na lečenje bolesti zavisnosti) i prekid kontakta, bez želje da se tretman bilo kada nastavi. Od momenta započinjanja institucionalnog lečenja, Andrija apstinira. Tada do izražaja dolaze mnogobrojni somatski problemi i depresivne dekompenzacije. U jednoj od težih depresivnih dekompenzacija započinje sadašnji tretman. U početku ostavlja utisak težeg somatskog pacijenta, oštećenih kognitivnih sposobnosti i otežanog funkcionisanja. Nakon dužeg tretmana i smanjenja depresivnosti, dolazi do poboljšanja kognitivnog funkcionisanja, introspektivnosti i zainteresovanosti za psihoterapiju. U tom periodu započinje grupni psihoterapijski tretman sa elementima psihoanalitičkog rada.

Tada je imao 51. godinu, brak sa dvoje maloletne dece, koji je potresala bračna kriza uz potpunu profesionalnu nefunkcionalnost sa strahom od gubitka posla. Rezimirano rečeno – nekadašnji adolescent sa višestrukim darovitim potencijalima, formalnom porodičnom podrškom, ali sa bazičnom nesigurnošću i socijalnim anksioznim poremećajem koji se tokom godina komplikovao, u odraslom dobu višestruko lečen, sa lakoćom odustajanja od lečenja i promene terapeuta, dolazi u položaj potpune nemogućnosti korišćenja svojih izvanprosečnih sposobnosti i delimične egzistencijalne ugroženosti.

Individualni i grupni psihoterapijski tretman, dao je početno poboljšanje, nakon tri meseca intenzivnog rada. Smanjenje depresivnosti, uz somatski oporavak, uklonio je sumnju na eventualni rani početak kogni-

tivnog propadnja, dajući mu kvalitet prolaznog pseudodementnog funkcionisanja. Strah od gubitka posla je umanjen. Zaustavljeno je produblјivanje bračne krize a supruga je motivisana za intezivniju saradnju. Tek tada su definisani čvršći početni ciljevi: povratak u sistem radnog funkcionisanja, sa naglašenom potrebom zadržavanja u psihoterapiji uprkos mnogobrojnim aktuelnim i nadolazećim otporima. Ukoliko se otpori razumeju i prorade na adekvatan način, stekli bi se uslovi za zaustavljanje ponovljenog transfernog odigravanja naglog napuštanja odnosa kada taj odnos postaje zahtevan i za njega ograničavajući [11]. Ostajanje u odnosu, uprkos “gubitka bezrezervne podrške” i prolazne neprijatnosti stvorilo bi mogućnost prorade doživljaja neadekvatnosti usled nedovoljne realizovanosti porodičnih aspiracija i doživljaja nedovoljne prihvaćenosti od strane značajnih osoba (roditelja, profesora, mentora, partnera i terapeuta).

Zaključna razmatranja

Iako interesovanje, proučavanje i bavljenje darovitima datira vekovima unazad, uz višestruke pokušaje definisanja darovitosti, posebnog razvoja darovitih i mogućnosti neostvarivanja primarnih potencijala [6], prave smernice za psihološku pomoć ovoj populaciji nisu definisane. Pojedinačni pokušaji istraživanja i radioničarskog rada na Muzičkoj akademiji [10], skreću pažnju na učestaliju i intenzivniju pojavu anksioznih poremećaja u ovom delu studentske populacije. Prikazani tok lečenja našeg pacijenta pokazuje koliko nedovoljno razumevanje ponovljenog odigravanja napuštanja “zahtevnog odnosa” može dovesti do zadržavanja i produblјivanja anksioznog poremećaja sa mnogobrojnim psihološkim i somatskim komplikacijama, koje zatim kompromituju razvoj i postignuća darovitosti. Naglašavamo potrebu za uvremenjenim psihoterapijskim tretmanom, kao i stavljanje akcenta na pravilno i uporno razumevanje i proradu otpora u psihoterapiji, kako ne bi dolazilo do prekidanja započetog rada. Grupni i individualni psychoanalitički pristup može biti dobar izbor u psihoterapiji darovitih.

DELAYED PSYCHOTHERAPY OF THE GIFTED – A CASE REPORT

**Vesna Dukanac^{1,2}, Olivera Vuković^{1,3},
Milutin Kostić^{1,3}, Dušica lečić Toševski^{1,4}**

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²College of Social Work, Belgrade, Serbia

³Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

⁴Serbian Academy of Sciences and Arts

Abstract: Leading authors in research on giftedness highlight that in childhood the talent exists only as a potential for future achievements. On the other hand, lately, the aspects of atypical and unevenly development have been defined. They can slow or even prevent a person from realizing achievements that are in correlation with the potential that has been observed in childhood. Moreover, the more cognitive development or the development of a specific gift is pronounced, the uneven development and personality traits may be pronounced as well, with a risk of developmental disorders, psychiatric symptoms and emergence of psychopathology rising. Even asking for help on time, after the first symptoms are recognized, does not give security. Psychological and psychotherapeutic help need to be long term and well structured. In this paper we show unstructured and discontinuous psychiatric treatment to a multi-gifted patient, who started his psychotherapeutic treatment with group analytic psychotherapy in his late adult life.

Key words: *giftedness, group analytic psychotherapy, anxiety, disease dependence*

Literatura

1. Csikszentmihalyi M., Rathunde K. Whalen S. Talented teenagers: The roots of success and failure. New York: Cambridge University Press; 1993.
2. Tanenbaum J. Giftedness: A psychosocial approach. In: Sternberg J., Davidson E. (ed.). Conceptions of giftedness. Cambridge: Cambridge University Press; 1986. p. 21-52.
3. Callahan M. Giftedness and intelligence. In: Sternberg J. (ed.) Handbook of intelligence New York: Cambridge University Press; 2000. p. 159-75.
4. Renzulli S. The three-ring conception of giftedness: A developmental model for promoting creative productivity. In: Sternberg J., Davidson E. (ed.). Conceptions of giftedness. New York: Cambridge University Press; 2005. p. 246-79.
5. Stojaković P. Darovitost i kreativnost. Srpsko Sarajevo: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva Republike Srpske; 2000.
6. Altaras A. Darovitost i podbacivanje. Beograd: Institut za psihologiju i Društvo psihologa Srbije; 2006.
7. Delisle R. Parenting gifted kids: Tips for raising happy and successful children. Waco, Texas: Prufrock Press; 2006.
8. Piechowski M, Miller B. Assessing developmental potential in gifted children: A comparison of methods. Roeper Review. 1995;17(3):176-80.
9. Silverman K. The moral sensitivity of gifted children and the evolution of society. Roeper Review. 1994;17(2):110-16.
10. Mirović T, Mešković D, Bogunović B. Kognitivno bihevioralna terapija i shema terapija kao dodatna podrška darovitim osobama. U: M. Šćepanović (Ur.), I međunarodni naučno-stručna konferencija „Darovitost-prepoznavanje i podrška“, knjiga rezimea. Novi Sad: Udruženje „Mensa“ Srbije; 2017. str. 51-2.
11. Sandler Dž, Dar K, Holder A. Pacijent i analitičar. Beograd: Paideia; 1998.

Doc. dr Vesna Dukanac, psihijatar, psihoterapeut, Institut za mentalno zdravlje, Visoka škola za socijalni rad, Beograd, Srbija

Doc. dr Vesna Dukanac, psychiatrist, psychotherapist, Institute of Mental Health, College of Social Work, Belgrade, Serbia

E mail: vesna.dukanac@imh.org.rs

UPUTSTVA SARADNICIMA

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

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

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

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

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

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

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

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

Prateće pismo/fajl

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

¹ Plagijat obuhvata sledeće:

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

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

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

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

Recenzija

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

Recenzija mora biti završena u 30 dana od slanja rukopisa. Primedbe i sugestije recenzenata dostavljaju se autoru na korekciju.

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

Rukopisi koji su poslati recenzentu smatraju se poverljivim dokumentima.

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

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

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

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

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

Otvoreni pristup

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

Autorska prava

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

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

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

Slanje rukopisa

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

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

Priprema rukopisa

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

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

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

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

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

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

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

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

Fusnote nisu dozvoljene u člancima.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vlasnik i izdavač – Owner & Publisher
INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE
11000 Beograd, Palmotićeveva 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

Tehnički urednici – Technical Editors

Ivana Gavrilović
Jelena Kaličanin

Štampa – Print
DOSIJE, Beograd

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

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

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

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

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

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

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

Authors are required to abide by ethical standards relating to scientific research; therefore contributions must not include any plagiarism. **Plagiarism¹**, implies taking somebody else's ideas, words or other forms of creative expression and passing them as one's own. It represents major violation of scientific ethics. Plagiarism may also include violation of copyrights, which is punishable under the law.

¹ Plagiarism includes the following:

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

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

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

Cover letter/file

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

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

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

Review

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

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

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

Manuscripts sent to reviewers shall be treated as confidential documents.

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

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

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

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

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

Open access

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

Copyrights

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

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

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

Submitting a manuscript

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

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

Manuscript preparation

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

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

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

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

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

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

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

Footnotes are not allowed in articles.

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

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

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

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

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

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

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

Examples:

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

**PRETPLATITE SE NA
PSIHIJATRIJU DANAS Vol. 49/2017 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 2017. 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. 49 (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

Institut za mentalno zdravlje
Palmotićeva 37, 11000 Beograd, Srbija
Tel/faks 3236-353, 3226-925
e-mail: imz@imh.org.rs

Institute of Mental Health
Palmoticeva 37, 11000 Belgrade, Serbia
Tel/fax 3236-353, 3226-925
e-mail: imz@imh.org.rs