

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2017/XLIX/2/91–183/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/2/91–183/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), D. Ercegovac (Beograd), G. Grbeša (Niš),
V. Išpanović-Radojković (Beograd), V. Jerotić (Beograd),
M. Jašović-Gašić (Beograd), A. Knežević (Novi Sad),
V. S. Kostić (Beograd), Z. Lopičić (Beograd), Ž. Martinović (Beograd),
M. Munjiza (Beograd), J. E. Mezzich (New York), M. Pejović (Beograd),
D. Petrović (Beograd), M. Pines (London), M. Popović (Beograd),
S. Priebe (London), M. Preradović (Beograd), M. Riba (Ann Arbor),
G. Rudolf (Heidelberg), N. Sartorius (Geneva), V. Starčević (New Castle),
N. Tadić (Beograd), I. Timotijević (Beograd), S. Varvin (Oslo), M. Vincent (Paris),
V. Šušić (Beograd), D. Švrakić (St. Louis)

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

e-mail: psihijatrija.danas@imh.org.rs

Website: www.imh.org.rs

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 49

BEOGRAD

BROJ 2, 2017

SADRŽAJ**REVIJALNI RAD**

- Efikasnost antidepresiva: deset godina od meta analize Kirša i saradnika
/Kostić M, Mandić Maravić V. 91
- O putevima oljuđenja ili hominizacije
/Bojanin S. 107
- Palijativno zbrinjavanje dece i adolescenata između teorije i prakse – gde smo mi u Srbiji?
/Klikovac T. 125

ISTRAŽIVAČKI RADOVI

- Stabilnost MKB-10 dijagnoza kod pacijenata sa psihotičnim simptomima
/Jovanović T., Kostić M. 137
- Učestalost akutnog koronarnog sindroma i anksioznosti kod pacijenata koji se žale na bol u grudima
/Lazarević M. 151
- Prve tegobe i podrška/pomoć porodicama dece s poremećajima iz spektra autizma
*/Krsmanović S., Grujičić R., Herrera A., Rudić N, Jeremić M.,
Pejović-Milovančević M. 161*

Obaveštenje

- Uputstva saradnici..... 175

PSIHIJATRIJA DANAS

GODINA 49

BEOGRAD

BROJ 2, 2017

CONTENTS**REVIEWARTICLES**

- Efficacy of antidepressants: Ten years of meta-analysis Kirša and associate
/Kostic M., Mandic Maravic V. 91
- On the roads of hominisation
/Bojanin S. 107
- Palliative care for children and adolescents between theory and practice – where
are we in Serbia?
/Klikovac T. 125

RESEARCH ARTICLES

- Stability of ICD-10 diagnosis in patients with psychotic symptoms
/Jovanovic T., Kostic M. 137
- Acute coronary syndrome and anxiety in patients who complain of
chest pain
/Lazarevic M. 151
- First symptoms and support / aid to families children with disorders of
autism spectrum
*/Krsmanovic S., Grujicic R., Herrera A., Rudic N, Jeremic M.,
Pejovic-Milovancevic M.* 161
- Announcement:**
Instruction to contributors 175

EFIKASNOST ANTIDEPRESIVA: DESET GODINA OD META ANALIZE KIRŠA I SARADNIKA

Milutin Kostić^{1,2}, Vanja Mandić Maravić^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Apstrakt: Prošlo je 10 godina od kada je Irving Kirš objavio meta analizu o efikasnosti antidepresiva koja je izazvala velike reakcije kako u medicinskoj, tako i u široj javnosti. Kiršova meta analiza je veoma važna jer je u godinama nakon njenog objavljivanja došlo do značajnog porasta istraživanja antidepresiva i mnogi istraživači su dali svoj doprinos ovoj komplikovanoj i važnoj temi – napravljeni su veliki koraci u razumevanju delovanja antidepresiva, odnosno njihove stvarne efikasnosti i pojavili su se novi i originalni pogledi na materiju. Ovaj revijski rad predstavlja osvrt na poslednjih 10 godina izučavanja efikasnosti antidepresiva, sa posebnim osvrtom na meta analize.

Ključne reči: *depresija, antidepresivi*

Uvod

Prošlo je 10 godina od kada je Irving Kirš objavio meta analizu o efikasnosti antidepresiva [1] koja je izazvala velike reakcije kako u medicinskoj, tako i u široj javnosti. Došlo je do polarizovanja stavova, a nesigurnost i nepoverenje prema lekovima, farmaceutskim kućama i lekarima je poraslo. I pre ove meta analize postojali su glasovi koji su iskazivali sumnju u efikasnost lekova u terapiji depresije, ali su oni bili ređi i nisu privukli veću pažnju. Antidepresivi su prihvaćeni kao lek za probleme savremenog čoveka, a upotreba u zapadnim zemljama skočila je za 400% sa uvođenjem lekova iz grupe SSRI koji imaju povoljniji spektar neželjenih efekata od starijih lekova [2]. Ipak, deset godina kasnije, ovo istraživanje nije značajnije uticalo na količinu propisanih lekova, reakcije su se smirile i sve se vratilo na „business as usual“ [2]. Kiršova meta analiza je, ipak, veoma važna jer je u godinama nakon njenog objavljivanja došlo do značajnog porasta istraživanja antidepresiva, a mnogi istraživači su dali svoj doprinos ovoj komplikovanoj i važnoj temi. Napravljeni su veliki koraci u razumevanju delovanja antidepresiva, odnosno njihove stvarne efikasnosti, a pojavili su se novi i originalni pogledi na materiju koja je pre toga donekle bila zapostavljena.

Za dalje razumevanje ove teme važno je naglasiti dva podatka. Prvo, prema kriterijumima Američke psihijatrijske asocijacije, blaga depresija na Hamiltonovoj skali za procenu depresivnosti (*“Hamilton Depression Rating Scale – HDRS”*) ima skor 8-13, umerena 14-18, teška 19-22, a vrlo teška preko 23 [3]. Drugo, prema preporukama Nacionalnog Instituta za Kliničku Izuzetnost (*“National Institute for Clinical Excellence – NICE”*), prag za klinički značaj delovanja antidepresiva jeste efekat od 0.5 ili lek/placebo razlika od 3 poena na HDRS [4].

Bitka meta analizama

Meta analiza (MA) Kirša i saradnika [1] uključila je sve do tada dostupne studije u okviru Uprava za hranu i lekove (*Food and Drug Administration – FDA*). To je ukupno 35 studija iz perioda 1987-1999. godine (fluoksetin, venlafaksin, nefazodon i paroksetin). Osnovni rezultat ove MA je da je početna težina kliničke slike faktor koji utiče na terapijski odgovor, u tom smislu da je razlika između leka i placeba kod blago i umereno depresivnih pacijenata praktično nepostojeća, dok je razlika klinički značajna samo kod teško depresivnih pacijenata. Autori procenjuju da je ovakav nalaz više posledica izostanka placebo odgovora nego većeg terapijskog odgovora kod teško depresivnih pacijenata. Dat je jasan zaključak da noviji antidepresivi imaju efekat koji je ispod kriterijuma kliničke značajnosti i da, osim kod vrlo teško depresivnih osoba, nema indikacija za primenu antidepresiva.

Ovakav, može se reći, drastičan nalaz izazvao je veliki odjek u javnosti i svi veći mediji preneli su rezultate Kiršovog istraživanja. U Velikoj Britaniji date su nove preporuke vezane za lečenje depresivnog poremećaja koje

preporučuju da se kod osoba sa blagom i umerenom depresijom ne primenjuju antidepresivi, da postoji mogućnost da dođe do spontanog oporavka i da prvo treba primeniti promene životnih navika, fizičko vežbanje ili kognitivno bihejvioralnu terapiju. Sam Kirš je, koristeći svoje rezultate, objavio knjigu za široki auditorijum zloslutno je nazvavši „Careve nove droge/lekovi“.

Nije trebalo dugo čekati na odgovor u vidu čak četiri meta analize koje su tvrdile da statistika u Kiršovom modelu nije adekvatna tako da su sa metodološkim promenama dobijeni drugačiji rezultati na istom uzorku. Stoga, kao što stara izreka koju je popularizovao Mark Tven kaže: „Postoje laži, proklete laži i statistika“, 5 meta analiza koriste identičan uzorak i 3 različita rezultata, odnosno zaključka. Vohringer, Horder i Fountulakis objavljuju svoje re-analize Kiršove studije 2011. godine [5,6,7]. Vohringerova re-analiza pokazala je da postoji značajan efekat antidepresiva ne samo u teškoj već i umerenoj depresiji, dok ovaj efekat izostaje u blagoj depresivnoj epizodi [5]. Studija Hordera i saradnika, s druge strane, dobija rezultat da su antidepresivi čak i u blagoj depresiji dovoljno značajni, ali u samom tekstu zauzima pomirljiv stav prema Kiršovim nalazima, navodeći da njegova meta analiza ima veliki značaj zato što ukazuje na teškoće u sprovođenju, ali i interpretaciji rezultata koji su dobijeni na osnovu ispitivanja u okviru studija, u odnosu na klinički seting [6].

„Najmilitantniji“ u svom pristupu je Fountulakis [7,8], može se reći da je u poslednjih 10 godina on na čelu neke vrste „rata“ za odbranu antidepresiva (AD), sa posebnim akcentom na diskvalifikaciju Kiršovih nalaza. Fountulakis i saradnici objavili su niz radova koji govore o problemu definisanja efikasnosti antidepresiva, u svakom jasno stajući čvrsto na stranu antidepresiva. Pored toga, ova grupa objavila je čak dve re-analize Kiršovih rezultata. Prva iz 2011. godine naglašava da postoji visoka selektivnost u prezentaciji rezultata - zaključeno je da AD imaju značajnu efikasnost, i to ne samo kod teško depresivnih pacijenata [7]. Sledeća multi-meta analiza objavljena je 2013. godine, takođe obrađujući podatke baze Kirša i saradnika, ali uz pomoć „random effect“ modela, u nekoliko različitih oblika [8]. Ukoliko su postojale studije „outlier-i“ autori ove MA su sva ispitivanja vršili sa i bez pomenutih studija. Na kraju su dobijeni nalazi da je effect size (EF) AD 0.34, što se može porediti sa efikasnošću antipsihotika u shizofreniji i maniji. HDRS razlika AD i placebo je 2.82, ali interval poverenja uključuje vrednost 3 koja se smatra graničnom. Pored toga, u ovoj MA nije pronađena povezanost početne težine depresivnih simptoma i efikasnosti AD. Shodno tome, prema ovim autorima, težina kliničke slike ne treba da određuje da li će pacijent primiti AD ili ne. Fountulakis i saradnici smatraju da su zvanične preporuke, na osnovu studije Kirša i saradnika, previše brzo definisale da se kod umereno depresivnih pacijenata pre izvrši primena “alternativnih” oblika lečenja kao što je fizička aktivnost i psihoterapija umesto AD terapije, dodatno naglašavajući da su slični rezultati, u smislu efikasnosti kod manje depresivnih pacijenata dobijeni i kada

su u pitanju različiti oblici psihoterapije [9]. Pored toga, ova meta analiza daje jasnu poruku da je venlafaksin efikasniji u odnosu na druge lekove, a da je fluoksetin najmanje efikasan. Na kraju je izdvojena jasna poruka – anti-depresivi jesu efikasni lekovi i njihova primena jeste opravdana i kod pacijenata sa blagom kliničkom slikom. Zanimljivo je isključivo izražavanje korišćeno u ovom radu, neobično za naučne radove. U zaključku se navodi da „ovi rezultati završavaju debatu o efikasnosti antidepresiva i jasno pokazuju superiornost antidepresiva u odnosu na placebo, kao i da su preporuke koje uzimaju u obzir težinu depresije kao faktor u odlučivanju da li će se prepisati antidepresiv (NICE preporuke) – pogrešne“.

Ipak, debata nije bila završena. I pre ovih meta re-analiza, druga grupa autora je 2010. godine objavila svoju originalnu meta analizu koja je delimično replikovala Kiršove rezultate [10]. Autori ove studije navode ograničenje Kiršove meta analize [1], navodeći da su uključivali samo teške ili vrlo teške depresije, kao i to da su koristili „*placebo washout*“ period, u kojem se, tokom perioda placebo registruju osobe čiji se skor popravi 20% ili više, pa se te osobe isključuju iz daljeg ispitivanja. Po njima, ovaj model ispitivanja je diskutabilan zato što isključujući placebo „respondere“, onemogućava stvaranje prave slike u razlici efikasnosti AD i placebo. U ovoj studiji osnovna karakteristika je širok opseg težine depresivnog poremećaja. Uključivala je dostupne podatke za svakog pacijenta na individualnom nivou. Značajnost interakcije težina kliničke slike i lečenje je ostala i kada su uključili samo ispitanike koji su završili celokupnu studiju. U zaključku su autori naglasili da je „efikasnost antidepresiva minimalna ili nepostojeća kod blage i umerene depresije, ali značajna kod teške“. Zanimljivo je da je u samom radu uočeno da je kod distimije koja ima blaže depresivne simptome razlika lek/placebo mnogo veća.

Kan [11], veteran ispitivanja efikasnosti antidepresiva još iz perioda pre Kiršove analize, 2012. godine objavljuje meta analizu originalnog i kontoverznog dizajna. U njoj se poredi terapijski efekat placebo i antidepresiva u farmaceutskim i neindustrijskim kliničkim studijama odvojeno. Poređenjem ove dve grupe dobija se nalaz u kojem je odgovor na placebo mnogo veći kod nefarmaceutskih studija. Takođe, u okviru neindustrijskih studija, efekat leka je manji ukoliko su učesnici potpuno „zaslepljeni“, u poređenju sa klasičnom duplo-slepom metodologijom istraživanja. Autori uvode zanimljiv pojam „*expectation bias*“ koji se odnosi na pristrasnost kojoj su podložni i ispitivači i ispitanici. Naime, što je rizik da se bude dodeljen u grupu koja prima placebo manji, to je veći terapijski efekat antidepresiva.

Unduraga i Baldesarini [12] iste godine objavljuju meta analizu koja ima tri cilja – da definiše kolika je razlika u efektu starih i novih AD u odnosu na placebo, da uporedi stare i nove antidepresive, kao i da ispita koji to faktori doprinose padu razlike u efikasnosti leka i placebo. Autori se osvrću na promene u principima primene antidepresiva, posebno u smislu činjenice da su lekovi

prvog izbora iz grupe SSRI, kao i povećana upotreba takozvanih AD druge generacije kao što su venlafaksin, duloksetin, mirtazapin, bupropion. Oni su značajno smanjili primenu triciklika [13]. Pozivaju se na ranije studije koje govore u prilog vrlo male razlike placebo/lek, koja je čak sve manja, kako godine istraživanja odmiču. Autori se takođe pitaju da li je heterogena definicija velike depresivne epizode zapravo odgovorna za ovakve rezultate, što je dovelo do toga da uzorci budu nedovoljno homogeni. Zbog toga je, moguće, izostao nalaz da određeni AD bolje deluju za određenu grupu pacijenata. Ono što je značajno napomenuti za ovu studiju, posebno u odnosu na druge meta analize, jeste da je efikasnost leka ili placebo merena kategorijalno, odnosno postavljalo se pitanje da li je ili nije došlo do terapijskog odgovora (što podrazumeva više od 50% poboljšanja u skor u skali koja je korišćena u istraživanju). Na ovaj način prevazišli su problem činjenice da su uključivali studije sa različitim instrumentima merenja. Kao najefikasniji lek definisan je amitriptilin, a kao najmanje efikasan bupropion. Takođe, prema dobijenoj krivi prikaza efikasnosti lekova, autori su isključili mogućnost postojanja publikacione pristrasnosti, u smislu da se publikuju samo pozitivni nalazi. Pored toga, rezultati su ukazivali na veću efikasnost triciklika u odnosu na AD druge generacije.

Značajan deo ovog istraživanja bilo je i ispitivanje faktora koji su potencijalno uticali na rezultate, a koji su se menjali u zavisnosti od perioda kada su se istraživanja radila. Naime, između 1983-2010. godine raste broj subjekata i centara koji su uključivani u svakoj studiji. Takođe, utvrđeno je da se povećava odgovor u placebo grupama, a smanjuje u grupama subjekata koji primaju antidepresive. Upravo ova dva trenda značajno smanjuju razliku efikasnosti lek/placebo. Od faktora koji su se izdvojili kao značajni je i dužina trajanja studije. Autori ovog rada vrlo zanimljivo su diskutovali rezultate. Naime, postavlja se pitanje da li su triciklični AD zaista efikasniji? Pre svega, studije su kroz godine i decenije postajale sve kompleksnije, uključivale su sve veći broj pacijenata, što po autorima dovodi do niza problema, kao što je, na primer, uključivanje i pacijenata sa slabije izraženim simptomima i stvaranje vrlo heterogenog uzorka. Takođe, autori smatraju da je potreba za što većim uzorcima u cilju poboljšanja objektivnosti nalaza zapravo dovela do više problema na taj način. Pored toga, autori navode zanimljive razloge za povećanje odgovora na placebo koje je evidentan trend u istraživanjima. Kliničke studije traju sve duže, i samim tim postoji veća šansa da se deo poboljšanja kliničke slike desi i spontano. Autori daju i preporuku da se, naizgled paradoksalno, mora smanjiti broj učesnika po kliničkoj studiji, u cilju uključivanja adekvatnih subjekata, dobijanja homogenijeg uzorka i verodostojnijih rezultata.

Dve godine kasnije, godinu dana nakon Funtulakisove „završene debate“ objavljena je meta analiza efikasnosti paroksetina [14]. Ovaj lek je izabran zbog odluke suda da *Glaxo Smith Kline* – GSK mora da dostavlja sve studije vezane za svoje lekove, od 2004. godine. Zbog ovoga nije bilo straha od postojanja publikacionog biasa – bile su dostupne sve studije – publikovane

i nepublikovane. Efekat paroksetina na depresiju je $d=0.32$. Najznačajniji nalaz je da su bolji rezultati u publikovanim nego nepublikovanim studijama. Deo diskusije posvećuje se činjenici da je u studiji dobijeno da je razlika u poboljšanju između leka i placeba 2.5, znači manje od 3, odnosno to je razlika koju kliničari na CGI skali procenjuju kao “bez promene”!

U poslednje dve godine grupa oko Hieronimusa [15,17,20] izašla je u prvi plan u debati objavljujući čak tri meta analize za manje od dve godine. Svaki od ovih radova imao je originalan pristup problemu i ispitivao je pojedina, specifična neodgovorena pitanja koja su postojala.

Autori su prvo odlučili da preispitaju praksu skorovanja težine depresivnog poremećaja [15]. Kao glavnu zamerku metodologiji istraživanja koja nisu pokazala adekvatnu efikasnost SSRI naveli su činjenicu da su studije koristile ukupan skor HDRS kao meru, umesto nečega što je specifičnije. Zašto? Pre svega, ova skala meri niz simptoma koji nemaju isti uticaj na kvalitet života ljudi, niti na isti način koreliraju sa težinom kliničke slike depresivnog poremećaja [16]. Na primer, autori navode da bol u leđima ili glavobolja svakako nisu simptomi koji su visoko specifični za depresiju, tako da ne mogu biti ni sasvim adekvatno merilo njenog poboljšanja. Ova grupa autora zastupa mišljenje da, kada su u pitanju kliničke studije, zlatni standard u kvantifikaciji depresivnih simptoma – HDRS, zapravo nije adekvatna mera. Naime, pozivaju se na činjenicu da ovaj instrument pokriva vrlo heterogene grupe simptoma koje ne moraju u potpunosti, niti specifično biti povezane sa depresijom. I zaista, kada je merenje efikasnosti leka vršeno samo kao promena na ajtemu „depresivno raspoloženje” – efikasnost leka u odnosu na placebo bila je značajno viša. Odnosno, ukoliko je poboljšanje mereno ukupnim skorom HDRS, samo je 44% studija potvrdilo veću efikasnost AD, dok je taj procenat bio 91% ukoliko se promena merila samo gore navedenim ajtemom.

Ono što je takođe vrlo značajno sa aspekta delovanja AD terapije je sledeće – u slučaju ajtema gastrointestinalnih simptoma, gubitka na težini i smetnji u seksualnom funkcionisanju, kod pacijenata na AD je čak dolazilo do pogoršanja skora! Upravo ova tri ajtema mogu meriti simptome depresije, ali se isto tako odnose na tipične neželjene efekte najčešće primenjivanih AD – SSRI. Autori se ograđuju time što negiraju da je jedino merenje depresivnog raspoloženja adekvatan način merenja efikasnosti AD, ali navode da se ova činjenica ne sme zanemariti. Smatraju da su određeni problemi u metodologiji do sada rađenih studija potencijalno doveli do zaključka da je efikasnost AD diskutabilna, kao i to da je neophodno razviti senzitivniju meru kojom bi se pratila efikasnost ove grupe lekova.

Zatim su se autori pozabavili pitanjem doze primenjenih antidepressiva [17]. Pojedine studije su tvrdile da više doze nisu efikasnije u odnosu na niže [18]. Autori se osvrću na ovaj fenomen i navode nekoliko razloga zbog kojih

je možda došlo do ovakvih nalaza. Prilikom ispitivanja u ovoj studiji, primarni ishod bio je depresivno raspoloženje, mada su analize kasnije uključivale i ukupan HDRS skor. Prilikom ispitivanja analiza je vršena poredeći placebo, niske doze i optimalne doze, ali su statističke analize uključivale i praćenje doze kao kontinualne varijable. Rezultati su pokazali da odnos doza – rezultat svakako nije „ravna linija”, odnosno da niske doze jesu efikasnije od placeba, ali su manje efikasne od viših doza. Takođe, utvrdili su da je veličina efekta antidepresiva značajno veća ukoliko se u obzir, kao primarni ishod, uzme depresivno raspoloženje umesto ukupnog skora HDRS, i takođe, AD su bili efikasniji od placeba već u prvoj nedelji.

Poslednji problem sa kojim su se uhvatili u koštac ticao se zamerke koja se može čuti iz tabora “anti-antidepresiva” – da ni duplo slepe randomizovane kontrolne studije (RKS) ne daju dovoljnu zaštitu od placebo efekta. Još osamdesetih godina prošlog veka istraživanja su pokazala da i pacijenti i lekari sa oko 80% tačnosti pogađaju da li je osoba dobila aktivnu supstancu ili placebo [19]. Ova činjenica može da potencira efikasnost antidepresiva u randomizovanim kontrolnim studijama. Jedan od načina na koji lekari i pacijenti “odslepljuju” istraživanje je kroz pojavu neželjenih efekata. Tako blagi, prolazni neželjeni efekti mogu kratkoročno da budu neprijatni za pacijenta, ali dugoročno mu otkrivaju da je dobio aktivnu supstancu i čine ga optimističnijim da će ona delovati na simptome zbog kojih se javio. Upravo s ovim na umu, uradili su mega-analizu koja je uradila post hoc analizu upoređujući efikasnost antidepresiva kod pacijenata koji su imali neželjene efekte, kod pacijenata koji ih nisu imali, i kod placeba [20]. Ova analiza nije potvrdila da neželjeni efekti stvaraju bolji odgovor na lek, odnosno pokazala je da je efikasnost leka u RKS nezavisna od pojave neželjenih efekata.

Prošle godine objavljene su još dve meta analize od značaja. Kan je uradio meta analizu koja uključuje podatke FDA – 85 studija, 23.109 pacijenata, u periodu između 1987-2013. godine [21]. Ono što je zanimljivo u ovoj studiji je da je pronašla da je u proteklih 30 godina odgovor na placebo progresivno rastao, statistički značajno. Za isti period takođe postoji rast u odgovoru na primenu AD, sa istom statističkom značajnošću. Kroz ovaj rezultat, autori navode da se razlika efikasnosti lek/placebo nije menjala. Zanimljivo je da su dve godine ranije Kan i Braun [22] na neki način predvideli ovaj rezultat navodeći da se značajan preokret u praksi primene antidepresiva, odnosno lečenja depresivnog poremećaja, dogodio sa DMS-III u kojem se unifikuje dijagnoza „major depresije“ čime se sve manje pravi razlika između pojedinih podtipova depresivnog poremećaja. U istom radu pisali su i o tome da kliničke studije podrazumevaju česte vizite, detaljno ispitivanje i praćenje, što samo po sebi može imati terapijski efekat.

Jakobsen i saradnici su analizirali 131 studiju i 27.422 subjekta [23]. Upoređivali su samo klasu SSRI sa placebom. Pronašli su da antidepresivi značajno smanjuju verovatnoću da pacijent ne uđe u remisiju, ali i da značajno

povećavaju rizik značajnih neželjenih efekata. Dobili su da SSRI statistički značajno smanjuju HDRS skor kod pacijenata, ali je to za 1,94, što je ispod 3 koliko je NICE odredio da je potrebno da bi se smatralo značajnim. I ova grupa autora daje vrlo isključiv stav u zaključku navodeći da su „potencijalni mali pozitivni efekti nedovoljni da prevagnu u odnosu na negativne efekte“. Ovaj zaključak je važan jer pokazuje da je pitanje uključivanja antidepresiva kompleksnije od proste procene efikasnosti (posebno u uslovima kada je ona potencijalno mala ili diskutabilna), već da treba utvrditi i “po koju cenu dobijamo koliko”.

Konačno, februara ove godine tim oko Cipriana [24] objavio je najveću do sada meta analizu o efikasnosti antidepresiva ikada urađenu – 116.477 subjekata). Interesantno je da je ova studija izuzetno medijski ispraćena tako da su BBC, Time, Guardian, ABC i CBS preneli rezultate i svi sem Timea fokusirali su se na poruku “Antidepresivi deluju”. I zaista, dobijeno je da su svih 21 antidepresiva koji su istraživani zasebno i skupa efikasniji od placeba. Nažalost, postoje dva problema sa ovim zaključkom. Prvi je da ova studija nije diferencirala između blage, umerene i teške depresije. Svih 8 studija koje su ovako diferencirale su našle da su antidepresivi efikasni u teškoj depresiji, tako da ukupna efikasnost AD nikada i nije bila upitna. Jedine nedoumice postoje u pogledu blage i umerene depresije, a na to pitanje ova studija ne daje odgovor (većina pacijenata u studiji bili su umereno i teško depresivni, a prosečan skor na HDRS skali u celom uzorku je 25,7, u nivou teške depresije). Drugi problem je da nije navedeno “koliko” deluju, a čak i sami autori u diskusiji priznaju da je efekat “skroman”. Usled svega ovoga stiže se utisak površnosti ili potenciranja pojedinih poruka za javnost. Ovo je samo druga strana medalje u odnosu na bombastične tvrdnje Kirša.

Ono što je posebno važno je da bi bilo šteta ako bi usled ovakvog marketinškog pristupa ispod radara prošli mnogo značajniji rezultati do kojih su ovi istraživači došli. Tako su se u njihovoj analizi escitalopram, mirtazapin, paroksetin, agomelatin i sertralin izdvojili kao najefikasniji AD sa najmanjim “*drop outom*”. Na drugom kraju spektra su reboksetin, trazodon i fluvoksamin. Razlika među ovim grupama nije velika, ali postoji. Pored ovoga došli su do zanimljivog pravila u rezultatima istraživanja. Naime, efikasnost AD veća je kada su oni novi i u eksperimentalnoj fazi, nego kada postanu stari. Ovde vidimo da je pristrasnost prisutna u izučavanju lekova, ma koliko pokušavali da objektivizujemo ceo proces, tako da očekivanja od novih lekova da budu bolji nego stari dovodi do inflacije u efikasnosti.

Ostali faktori pored efikasnosti koje treba uzeti u obzir kada se odlučuje da li da se uključi antidepresiv

Kada posmatramo efekat upotrebe antidepresiva na širem društvenom planu, rezultati su razočaravajući. Naime, nedavno je objavljen rad koji je analizirao količinu sredstava uložених u psihijatrijsku zaštitu u odnosu na

prevalenciju depresije u četiri zemlje engleskog govornog područja, u periodu od 1990. do 2015. godine [2]. Uočeno je da je količina propisane anti-depresivne terapije značajno porasla, tako da je 1987. godine 37,3% depresivnih pacijenata u SAD dobijalo antidepresiv, dok se dvadeset godina kasnije taj broj popeo na 81,9%. Sličan trend je zabeležen u sve četiri istraživane zemlje. I pored toga, prevalencija depresivnog poremećaja je blago do umereno porasla u svakoj. Dakle, povećana upotreba antidepresiva nije dovela do poboljšanja epidemiološke slike.

Pored toga, jedno od očekivanja koja su postojala je da će povećana upotreba antidepresiva dovesti do smanjenja stope samoubistava. Teza je vrlo jednostavna. Depresija je osnovni uzrok samoubistava, antidepresivi leče depresiju, dakle sa smanjenjem prevalence depresije smanjiće se broj samoubistava. I zaista, takva korelacija uočena je u periodu devedesetih godina [25]. Nažalost, nove analize pokazuju da od početka 21. veka u SAD postoji stabilan rast stope samoubistava koji se vratio na nivo iz 1986. godine [26]. Ovim je korelacija koja je uočena u početku rasta upotrebe antidepresivne terapije izgubljena, što ukazuje na mogućnost da ona nije bila kauzalna već slučajna.

Iz primera prevalencije i stope samoubistava može se videti da povećana upotreba antidepresiva nije dovela do poboljšanja mentalnog zdravlja populacije kako se očekivalo. Jedno od potencijalnih objašnjenja ovog neuspeha antidepresiva na makro planu je nedovoljno znanje o dugoročnim efektima antidepresiva. Većina studija koje su rađene prate stanje najviše jednu do dve godine nakon početka istraživanja. I zaista, u ovom periodu antidepresivi najverovatnije smanjuju verovatnoću relapsa [27]. Nažalost, duže praćenje nosi sa sobom brojne metodološke prepreke. Istraživanja su pokazala da se većina osoba sa depresivnom epizodom spontano oporavi i bez ikakve terapije [28], kao i da je stopa oporavka značajnija u zajednici nego u kliničkom uzorku (85% recidivira nakon 15 godina u kliničkom uzorku, za razliku od svega 35% u populaciji) [29]. Tri razloga mogu objasniti ovaj nalaz. Prvi je da su pacijenti u kliničkom uzorku mnogo rigoroznije praćeni nego u populaciji. Drugi je da su pacijenti u kliničkom uzorku sa težom depresijom nego u populaciji. I treći, da dugoročno korišćenje psihofarmaka može imati negativne efekte na osobu. Nedavno objavljeno istraživanje pokušalo je da kontroliše prve dve pomenute stavke i objektivno ispita treću [30]. Vrlo specifičnom, originalnom metodom i na velikom uzorku ovo istraživanje pokazalo je da su dugoročno (u periodima od 9 godina) pacijenti bez farmakoterapije u prednosti u odnosu na pacijente na antidepresivima i da taj nalaz nije pod uticajem težine depresije niti rigoroznosti praćenja.

Jedna hipoteza koja može objasniti ovaj relativni paradoks, da antidepresivi kratkoročno imaju pozitivan efekat, a dugoročno negativan, je "opoziciona toleranca" [31,32]. Ova hipoteza pretpostavlja da dugotrajna upotreba antidepresiva izaziva reakciju tkiva u tom smislu da se suprotstavi

promeni koju ne vidi kao prirodnu i korisnu. Sa ukidanjem antidepresiva, ovi procesi se nastavljuju bez njihovog kontrabalansa i izazivaju recidiv, zatvarajući pacijenta u začaran krug i nužnost hronične upotrebe antidepresivne terapije. Meta analiza tima iz Ričmonda u Virdžiniji, SAD, [33] dobila je zanimljiv rezultat koji podržava ovu hipotezu, utvrđujući da je rizik od relapsa nakon ukidanja antidepresivne terapije u pozitivnoj korelaciji sa stepenom u kojem antidepresiv utiče na povećanje serotonina i norepinefrina u prefrontalnom korteksu. Ovaj tim iz toga iznosi zaključak da nema dokaza o poremećaju neurotransmisije kod većine osoba kod kojih je dijagnostikovao depresivni poremećaj, odnosno da antidepresivna terapija remeti normalne, homeostatske promene koncentracije neurotransmitera koje se događaju u normalnim, evolutivno razvijenim emocionalnim reakcijama, koje su neretko neprijatnog osećaja, ali zdrave za individuua.

U skladu sa navedenim, El-Mallakh je predložio i naziv za hroničnu, teraporezistentnu depresiju koja je verovatno uzrokovana dugotrajnom upotrebom antidepresiva: Tardivna disforija [34]. Naime, uočio je da je 1990. godine procenat teraporezistentnih depresija bio procenjen na 10-15%, dok je taj broj nakon dramatičnog skoka upotrebe antidepresiva, 2006. godine procenjen na čak 40%. On takođe navodi da je većina teraporezistentnih pacijenata u početku dobro reagovalo na terapiju i da se teraporezistencija javila tek nakon duže upotrebe antidepresivne terapije.

Psihološki faktor koji može uticati na produbljenje ovog problema je stav pacijenata o ozdravljenju. U poslednjih nekoliko decenija velika energija usmerena je na smanjenje stigme kod psihijatrijskih pacijenata, ne bi li im se pomoglo da lakše i bez stida traže pomoć, da zajednica bude manje osuđujuća i više podržavajuća. Može se reći da je ta kampanja u zapadnom svetu bila relativno uspešna i danas se mnogo lakše i otvorenije govori o svim psihijatrijskim bolestima, uključujući i depresiju. Možda i najznačajniji način na koji se ovo ostvarilo je edukacija javnosti o biološkim osnovama depresivnog poremećaja, uključujući i "poremećaje neurotransmitera" koji se mogu ispraviti upotrebom terapije. Na ovaj način je i opšta populacija počela da psihijatrijsku problematiku manje posmatra kao pitanje "slabe volje" ili "moralnog posrnuća" i da je smatra medicinskim problemom. Nažalost, nova istraživanja pokazala su da ovakav pristup može imati i svoje neželjene, negativne efekte. Naime, zajedno sa smanjenjem stigme, povećava se doživljaj "genetskog esencijalizma ili determinizma", što u prevodu znači da su ljudi, uključujući i same pacijente, bili spremniji da veruju da su njihovi problemi medicinski i da kao takvi treba da budu lečeni, ali su postajali i pesimističniji u vezi sa mogućnošću poboljšanja [35]. Kada je stanje bilo percipirano kao posledica njihovih ljudskih grešaka, oni su mogli da ih i promene, a sa novom paradigmom postaju bespomoćni ili pasivni u borbi protiv stanja, verujući da je sve posledica nekakvih neurotransmitterskih ili genetskih faktora na koje ne mogu da utiču.

Ovo je dvojako opasno. Prvo jer je vera u boljitak važan faktor da osobi zaista bude bolje, a drugo jer je naše raspoloženje često posledica objektivnih životnih okolnosti, i ako nismo spremni da se sa njima suočimo ili ih menjamo, smanjuje se verovatnoća da će se ono menjati. Fokusiranjem na lekove kao model lečenja depresije, bez akcentovanja lične odgovornosti neki lekari, moguće, potenciraju pasivnost i “genetiski determinizam”, makar i na podsvesnom nivou kod pacijenata, umanjujući na taj način dugoročno šansu za ozdravljenje.

Pored svega navedenog, neophodno je imati na umu odnos očekivane dobiti i potencijalnih neželjenih efekata antidepresivne terapije. Iako se smatraju relativno bezbednom klasom lekova, posebno antidepresivi klase SSRI, oni svejedno izazivaju niz neželjenih efekata koji se moraju uzeti u obzir [36]. Tako npr. oko dve trećine pacijenata verbalizuju apsitinencijalne simptome, gojenje, seksualne probleme i emocionalno “otupljivanje”, dok nešto manje od polovine navodi da se osećaju kao zavisnici [37]. Takođe, novo istraživanje govori u prilog tome da antidepresivi povećavaju rizik od mortaliteta i novih kardiovaskularnih događaja [38].

Zaključak

Gotovo da se bez sumnje može reći da su antidepresivi efikasni u lečenju najtežih depresija. Što se tiče blagih i umerenih depresija, efekat je pod znakom pitanja i čak i ako postoji, prisutan je kod malog broja pacijenata ili u maloj meri. Izučavanje depresije kao heterogenog poremećaja i sledstveno bolje razumevanje homogenih, depresivnih podgrupa bi moglo dovesti do prepoznavanja tačno kojim pacijentima bi antidepresivna terapija pomogla [39,40,41]. Ali dok ne dođemo do tog stadijuma, a uzimajući u obzir i sve druge faktore pored proste efikasnosti (epidemiološke studije, dugoročna korist, “oppositional tolerance”, “genetski determinizam”, neželjeni efekti) naša preporuka bila bi da se posebno kod blage i umerene depresije ne žuri sa davanjem antidepresivne terapije i da se svaki pojedinačni pacijent individualno proceni. Njegova ili njena suicidalnost, objektivna životna situacija, u kojoj meri depresivnost remeti njegovu ili njenu funkcionalnost, porodične i poslovne relacije, treba prvo uzeti u obzir. S obzirom da depresija u većini slučajeva nije urgentno stanje, mnogi pacijenti mogu da priušte jedan period u toku kojeg će se, u kontaktu sa lekarom kome se veruje, probati spontano, po jedinim izmenama u stilu života ili razgovorom da se oporave (u skladu sa NICE preporukama). Ovde je od suštinske važnosti razviti terapijski odnos koji i sam isceljuje, uz neophodnost psihijatra da se pored samog poremećaja fokusira i na socijalne faktore, kao i na karakteristike ličnosti koje suštinski utiču na emocionalni doživljaj sopstevene realnosti. Ovo bi značilo individualizaciju tretmana u skladu sa principima psihijatrije usmerene na osobu. Ukoliko je depresivnost značajna toliko da je potreban brz oporavak (zbog gore navedenih faktora) racionalno je da se propiše antidepresiv čak i već na

prvom pregledu. Takođe, kod pacijenata kod kojih blaga ili umerena depresivnost duže traje (posebno ako je to depresija superponirana na distimiju, “dupla depresija”) potrebno je uključiti antidepresiv. Kada će se to učiniti treba da bude individualna odluka svakog lekara u skladu sa potrebama svakog pojedinačnog pacijenta. Takođe, ukoliko se proceni da je uvođenje antidepresiva nužno, potrebno je imati na umu da se i dalje insistira na ličnoj odgovornosti pacijenta i rešavanju objektivnih životnih problema, kao i da antidepresiv ne treba da se daje predugo i da se nekoliko meseci nakon poboljšanja pacijent motiviše da se isključi lek.

EFFICACY OF ANTIDEPRESSANTS: TEN YEARS OF META-ANALYSIS KIRŠA AND ASSOCIATE

Milutin Kostic^{1,2}, Vanja Mandic Maravic^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: It has been 10 years since Irving Kirsch published his meta-analysis on efficacy of antidepressants that raised waves in both medical community and among the general public. Kirsch's meta analysis is very important since in the years after its publication significant rise in antidepressant studies followed and numerous researchers have contributed to this complex and important issue. Major strides have been made in understanding of the effect of antidepressants i.e. their actual efficacy, with completely new and original views of the subjects. This paper presents a review of the last 10 years of studies of efficacy of antidepressants focusing the meta-analyses.

Key words: *depression, antidepressants*

Literatura:

1. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* 2008;5(2):e45.
2. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS, Mojtabai R. Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry.* 2017 Feb;16(1):90-9.
3. American Psychiatric Association Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. *Handbook of psychiatric measures.* Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2000.
4. National Institute for Clinical Excellence. *Depression: Management of depression in primary and secondary care.* London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
5. Vöhringer PA, Ghaemi SN. Solving the antidepressant efficacy question: effect sizes in major depressive disorder. *Clin Ther.* 2011;33(12):B49-61.
6. Horder J, Matthews P, Waldmann R. Placebo, prozac and PLoS: significant lessons for psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2011;25(10):1277-88.
7. Fountoulakis KN, Möller HJ. Efficacy of antidepressants: a re-analysis and re-interpretation of the Kirsch data. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2011;14(3):405-12.
8. Fountoulakis KN, Veroniki AA, Siamouli M, Möller HJ. No role for initial severity on the efficacy of antidepressants: results of a multi-meta-analysis. *Ann Gen Psychiatry.* 2013;12(1):26.
9. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry.* 2010 Mar;196(3):173-8. doi: 10.1192/bjp.bp.109.066001.
10. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA.* 2010 Jan 6;303(1):47-53.
11. Khan A, Fawcett J, Lichtenberg P, Kirsch I, Brown WA. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS One.* 2012;7(7):e41778.
12. Undurraga J, Baldessarini RJ. Randomized, placebo-controlled trials of antidepressants for acute major depression: thirty-year meta-analytic review. *Neuropsychopharmacology.* 2012 Mar;37(4):851-64.
13. Baldessarini RJ. Drug therapy of depression and anxiety disorders. Chapter 17 In: Brunton LL, Lazo JS, Parker KL (eds). *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics* 11th edn. McGraw-Hill: New York; 2005:429-59.
14. Sugarman MA, Loree AM, Baltes BB, Grekin ER, Kirsch I. The efficacy of paroxetine and placebo in treating anxiety and depression: a meta-analysis of change on the Hamilton Rating Scales. *PLoS One.* 2014 Aug 27;9(8):e106337.
15. Hieronymus F, Emilsson JF, Nilsson S, Eriksson E. Consistent superiority of selective serotonin reuptake inhibitors over placebo in reducing depressed mood in patients with major depression. *Mol Psychiatry.* 2016;21(4):523-30.
16. Demyttenaere K, De Fruyt J. Getting what you ask for: on the selectivity of depression rating scales. *Psychother Psychosom.* 2003;72(2):61-70.

17. Hieronymus F, Nilsson S, Eriksson E. A mega-analysis of fixed-dose trials reveals dose-dependency and a rapid onset of action for the antidepressant effect of three selective serotonin reuptake inhibitors. *Transl Psychiatry*. 2016;6(6):e834.
18. Adli M, Baethge C, Heinz A, Langlitz N, Bauer M. Is dose escalation of antidepressants a rational strategy after a medium-dose treatment has failed? A systematic review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;255(6):387-400.
19. Rabkin JG, Markowitz JS, Stewart J, McGrath P, Harrison W, Quitkin FM, Klein DF. How blind is blind? Assessment of patient and doctor medication guesses in a placebo-controlled trial of imipramine and phenelzine. *Psychiatry Res*. 1986 Sep;19(1):75-86.
20. Hieronymus F, Lisinski A, Nilsson S, Eriksson E. Efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors in the absence of side effects: a mega-analysis of citalopram and paroxetine in adult depression. *Mol Psychiatry*. 2017 Jul 25. [Epub ahead of print]
21. Khan A, Fahl Mar K, Faucett J, Khan Schilling S, Brown WA. Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. *World Psychiatry*. 2017;16(2):181-92.
22. Khan A, Brown WA. Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry*. 2015;14(3):294-300.
23. Jakobsen JC, Katakam KK, Schou A, Hellmuth SG, Stallknecht SE, Leth-Møller K, Iversen M, Banke MB, Petersen IJ, Klingenberg SL, Krogh J, Ebert SE, Timm A, Lindschou J, Gluud C. Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *BMC Psychiatry*. 2017 Feb 8;17(1):58.
24. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, Leucht S, Ruhe HG, Turner EH, Higgins JPT, Egger M, Takeshima N, Hayasaka Y, Imai H, Shinohara K, Tajika A, Ioannidis JPA, Geddes JR. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018 Apr 7;391(10128):1357-66.
25. Isacson G, Rich C, Jureidini J, Raven M. IN DEBATE: The increased use of antidepressants has contributed to the worldwide reduction in suicide rates. *The British Journal of Psychiatry* May 2010, 196 (6) 429-433.
26. Curtin SC, Warner M, Hedegaard H. Increase in Suicide in the United States, 1999-2014. *NCHS Data Brief*. 2016 Apr;(241):1-8.
27. Williams N, Simpson AN, Simpson K, Nahas Z. Relapse rates with long-term antidepressant drug therapy: a meta-analysis. *Hum Psychopharmacol*. 2009 Jul;24(5):401-8.
28. Posternak MA, Solomon DA, Leon AC, Mueller TI, Shea MT, Endicott J, Keller MB. The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. *J Nerv Ment Dis*. 2006 May;194(5):324-9.
29. Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman AT. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr Scand*. 2010 Sep;122(3):184-91.
30. Vittengl JR. Poorer Long-Term Outcomes among Persons with Major Depressive Disorder Treated with Medication. *Psychother Psychosom*. 2017;86(5):302-4.

31. Fava GA. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry*. 2003 Feb;64(2):123-33.
32. Fava GA, Offidani E. The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2011 Aug 15;35(7):1593-602.
33. Andrews PW, Kornstein SG, Halberstadt LJ, Gardner CO, Neale MC. Blue again: perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression. *Front Psychol*. 2011 Jul 7;2:159.
34. El-Mallakh RS, Gao Y, Jeannie Roberts R. Tardive dysphoria: the role of long term antidepressant use in inducing chronic depression. *Med Hypotheses*. 2011 Jun;76(6):769-73.
35. Lebowitz MS, Ahn WK, Nolen-Hoeksema S. Fixable or fate? Perceptions of the biology of depression. *J Consult Clin Psychol*. 2013 Jun;81(3):518-27.
36. Andrews PW, Thomson JA, Amstadter A, Neale M. Primum Non Nocere: An Evolutionary Analysis of Whether Antidepressants Do More Harm than Good *Front Psychol*. 2012;3:117.
37. Cartwright C, Gibson K, Read J, Cowan O, Dehar T. Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects. *Patient Preference Adherence*. 2016;10:1401-7.
38. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ, Eaton K, Durisko Z, Hollon SD, Swanson GM, Thomson JA Jr, Mulsant BH, Andrews PW. The Mortality and Myocardial Effects of Antidepressants Are Moderated by Preexisting Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis. *Psychother Psychosom*. 2017;86(5):268-82.
39. Canu E, Kostić M, Agosta F, Munjiza A, Ferraro P, Pesic D, Copetti M, Peljto A, Lecic Tosevski D, Filippi M. Brain structural abnormalities in patients with major depression with or without generalized anxiety disorder comorbidity. *Journal of Neurology* 2015;262(5):1255-65.
40. Kostić M, Munjiza A, Pesic D, Peljto A, Novakovic I, Dobricic V, Tosevski DL, Mijajlovic M. A pilot study on predictors of brainstem raphe abnormality in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord*. 2017;209:66-70.
41. Kostic M, Canu E, Agosta F, Munjiza A, Novakovic I, Dobricic V, Maria Ferraro P, Miler Jerkovic V, Pekmezovic T, Lecic Tosevski D, Filippi M. The cumulative effect of genetic polymorphisms on depression and brain structural integrity. *Hum Brain Mapp*. 2016;37(6):2173-84.

Dr Milutin KOSTIĆ, dr sci. med., psihijatar, klinčki asistent, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

Milutin KOSTIC, MD, PhD, psychiatrist, clinical assistant, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia, Faculty of Medicine, University of Belgrade,

Email: milutin.kostic@imh.org.rs

O PUTEVIMA OLJUĐENJA ILI HOMINIZACIJE

Svetomir Bojanin

Apstrakt: U radu se polazi od urođenih specifičnih potreba čoveka (USPČ) na koje se svodi specifičnost ljudske prirode ili ono što nazivamo: Hominitet. Razvoj okosnica hominiteta: govor, osećajnost, inteligencija i misaonost čoveka, svojom fuzijom podižu životnu energiju do izgradnje estetičnosti, etičnosti i spobnosti kreativnog čina gradeći oblast mentalnog odnosa čoveka sa svetom što obećava vrlinski odnos među ljudima.

Ključne reči: *oljuđenje, hominitet, ljubav, razumevanje, razvoj, osećanja, inteligencija, misao, sloboda*

Uvod

Osnovni problem u načinu ljudskog postojanja jeste to što ono nastaje u pukoj biološkoj ravni, i opstaje izvršenjem nagonskih imperativa koji se jave već tokom prve godine života u vidu:

- nagona za samoodržanje,
- socijalnog nagona i
- polnog nagona. (1)

Tim nagonima obavljamo život, obezbeđujemo svoj puki biološki opstanak, da bi sve ono što nas čini ljudima u celini proželi osećajnošću kojom vrednujemo to naše postojanje. Usmeravamo ga nadambijentalno gde ga zasnivamo na pukim psihičkim funkcijama i zajedništvu.

Binsvanger govoreći o tome, svakako na svoj način, u radu u kome objašnjava Frojdu zabludu u tumačenju ljudske prirode, pod naslovom „*La conception freudienne de l' homme*” 1936. godine kaže: „Frojd je pobrkao kritiku hipokrizije sa destrukcijom bića – čoveka u celini... nauka, umetnost, moral, religija, nisu apstrakcije nego su faktički načini kojima ljudsko biće postoji, razume samog sebe, kojim se objašnjava i izražava“ (2). Tu se oslanja na sledeći Diltajev stav, koga citira: „Svaka naučna konstrukcija koja favorizuje jedan vid postojanja razara ostale – osiromašuje.“ (3)

Jednost ljudskog postojanja je uvek data dualitetom subjektiviteta kojim se gradi ljudsko postojanje i to još od samog rađanja kada subjektivitet majke spasava život rođenom detetu – novom subjektivitetu, pa do buđenja i prepoznavanja ljudske osećajnosti između njih kojih nema bez dvoje. Ona se tek tu prepoznaje kao: ljubav kojom postojimo; kao međusobno poštovanje, kao dobrotu, agresivnost, ne zaborav, radovanje, radost stvaralaštva, roditeljstva, kao istinitost, pouzdanost prijateljstva. Kao sve ono što čini ljudskim taj dati nam oljuđeni život koji međusobno razmenjujemo ili dajemo drugom, ostajući u istom svetu i pored tolikih ratova, razaranja, samouništanja koja nailaze, prolaze i opet dolaze i ako uvek bivaju nadživljavana.

Doživljavajući se kao ljudi celovitošću svoga postojanja pitamo se o putu ili putevima kojima se ljudska biološkičnost otvara saznanju o svetu i životu i našem kreativnom delovanju u njemu.

U ovom sasvim kratkom istraživanju osnovnih puteva prevazilaženja biološkičnosti uz očuvanje dubinske povezanosti sa njom, poći ćemo od samog rađanja. Sva čoveku srodna živa bića od domaćih životinja do onih što vek provode u divljini, tokom trudnoće bivaju snabdeveni svim potrebnim biološkim sredstvima i načinima kako bi sama svojom aktivnošću mogla da nastave vanmaternični život i da se razvijaju svako u svom smeru. Ona mogu:

- ubrzo po dolasku na svet, da se usprave na noge ili da pužu prostorom,
- da tim načinom dođu do mleka – hrane i
- da, na isti način nastave svoj započeti život koji ih je uneo u naš zajednički svet. Tu im nije trebao niko da ih uči da jedu, da hodaju prostorom i da žive svoj način postojanja dat njihovim genskim kodom.

Mladunčad se, dakle, tokom boravka u telu majke pripremaju da budu spremna da odgovore svojim mogućnostima prema potrebama kako se razvijaju i javljaju tokom celog svog života.

Pogledajmo sada rađanja čovekovog deteta. Izlaskom iz porođajnog kanala kao određeni novi subjektivitet života, u stanju je da ostvari samo jedan od dva vitalna zadatka koji su uslov da se opstane u životu. Dete je u stanju da ostvari refleksni udisaj koji širi pluća uz krik, kojim počinje da uzima kiseonik iz vazduha, a ne iz pupčane vrpce, ostajući i dalje bespomoćnim i izloženim smrti, da se tim krikom i samim činom rađanja nije u majci pobudila osećajnost – ljubav i puka inteligencija koje su organizovale da se prihvati plod. Mati stavlja telo deteta uz svoje telo, održavajući mu toplotu, tada tako bitnu za opstanak deteta, a kad dođe vreme, uči ga kako se jede, šta se jede, a šta ne i uči ga uspravnom hodu, da hvata – uzima i da barata predmetima – da se igra.

Tako to biva od praistorije do naših vremena. Mati svojom:

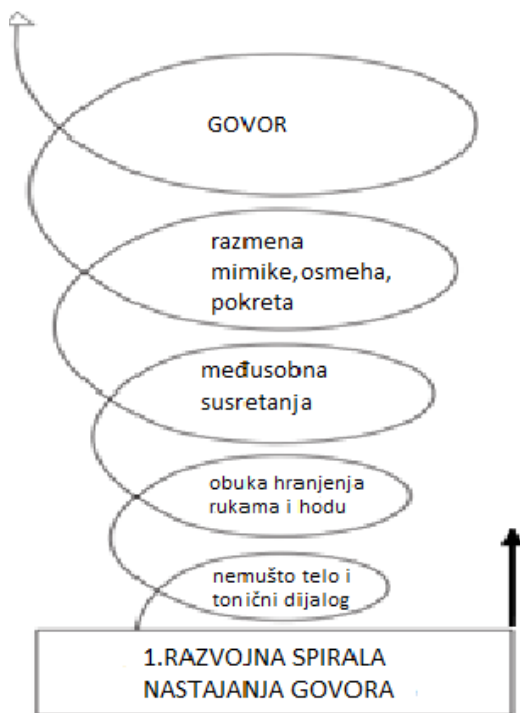
- osećajnošću,
- inteligencijom i
- misaonim tokom uvek prepoznaje šta detetu treba, kako se do tog dolazi, koja hrana prija zrenju njegovog tela u celini i aktivnostima do kojih dorasta.

Razvojni tok se odvija kružnim spiralnim usponom, ostvarujući uvek složenije odnose i mogućnosti snagom, spretnostima i mentalnim funkcionisanjem, od sasvim ranog detinjstva do pune zrelosti. Svakom ljudskom postojanju prethodi njegova drugost, koja je uvek već tu kada se rađamo, ospoljena telom majke koja ga prihvata, održava mu život, obučava ga hranjenju i uspravnom hodu, pravilnom korišćenju ruku što mu sve to bogati susretanja sa roditeljima i sa vršnjačkom grupom, oslobađa govor, ljudsku osećajnost, inteligenciju i misaoni tok.

Prikaz spiralnog razvoja baze humaniteta

Oslobađanje govora

Život se javlja nemuštim telima majke i deteta koja razmenom topline, u biološkoj ravni, održavaju život novorođenčeta i u majci ostvaruju prve talase pozitivne osećajnosti koja ih oboje obuhvata. Život struji mišićem majke i pobuđuje iste tokove u mišićima deteta rođenih sa funkcijom fleksora, koji sada baš dovršavaju svoju celovitost uspostavljanjem i funkcije ekstenzora. Time se ostvaruju sasvim skromne uzajamne kretnje opuštanjem i napinjanjem mišića, što biva i polazištem prvih voljnih pokreta, posebno ekstremiteta, što ostvaruje i prve modele dijaloškog odnosa (4) koji nazivamo tonični dijalog majka – dete. Ranim biološko – psihičkim odnosima što se tu bude, započinje naše ospoljeno postojenje



Bojanin S., Govedarica T., Nestorov S.

Slika 1. Razvojna spirala nastajanja govora

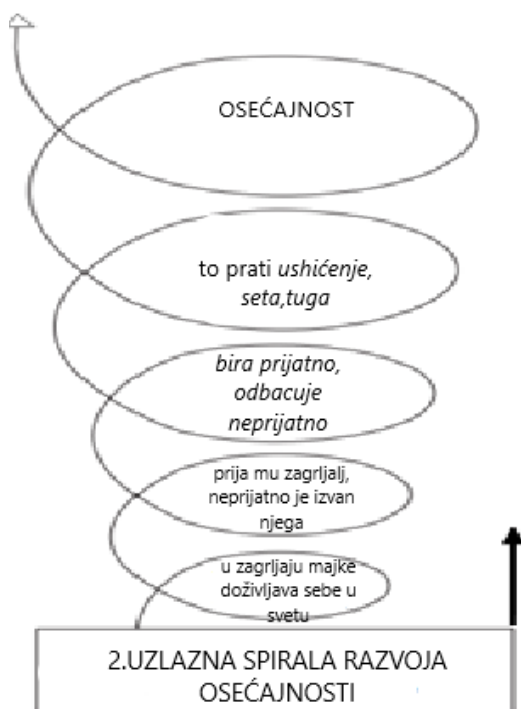
Slika br.1

- Prvim uzlaznim lukom spiralnog razvoja govora, u ravni obuke hranjenja, podstiče se dete od strane majke da voljno, svojim rukama učestvuje u tom procesu. Tim putem počinju da se voljni pokreti deteta i u ostalim predelima tela sve više osamostaljuju na poziv stvarnosti oko sebe i dete postepeno napušta puzanje i uspravnim hodom tumara prostorom istražujući mu dimenzije i oblike, pri čemu se deca sama obučavaju koordnaciji pokreta svih delova tela pri hodu i igri.
- Drugi uzlazni krug spiralnog razvoja govora čini da prevazilazimo upojedinačenost našeg postojanja i ostvarujemo odnose sa predmetima i sa drugima u okruženju, uspostavljajući time osnove socijalnog polja u nastajanju, što će biti čovekov ambijent iz koga će i sam iznići.
- Treći spiralni uzlazni krug razvoja govora omogućava detetu da u tim novim uslovima postojanja počne da ostvaruje susretanja razmenom pogleda, licem u lice, razmenom poruka simboličnim znacima (pa-pa, no-no, glasom, da pokazuje rukom), izrazom lica; da se dodirujemo, gurkamo, udaljavamo ili da se približavamo jedni drugima; da prolazimo jedni pored drugih, čime uspostavljamo rane oblike zajedničenja sa drugima.

- Četvrti uzlazni spiralni krug razvoja govora omogućava detetu da opisanim načinima odnosa obogaćuje zajedničenja datih pogledom, izrazom lica; bojom glasa, usmeravanim glasom ili angažovanim slušanjem drugog koji mu nešto saopštava glasom ili rečima.
- Peti spiralni razvojni luk govora čini da se usklade: govorni aparat, fonatorne strukture i definiše pročišćen i oslobođen somatskih artefakata prethodnih faza razvoja čist mentalni supstrat govora.

Oslobađanje ljudske osećajnosti

Uzlazno-spiralni razvoj ljudske osećajnosti deteta počinje majčnim zagrljajem kojim ona obuhvata sve draži što pristižu u telo deteta sažimajući ih istovremenošću u skup. Time se telo deteta doživi kao jedna celina postojanja za sebe i po sebi. Tom celinom se svedoči i sebi i majci kao novi subjektivitet njene nove drugosti koji joj je sada u posedu. To sakupljanje sebe činom zagrljaja sada prožima prijatno osećanje te sam opažaj subjekta tako proosećan dobija punoću doživljaja. Tako postaje sadržajem pamćenja deteta. Pamti se samo ono što je proosećano bilo pozitivnom ili negativnom emocijom. Tako doživljena celina sebe majčnim zagrljajem ostaje sećanjem deteta na lepotu života.



Bojanin S., Govedarica T., Nestorov S.

Slika 2. Ulazna spirala razvoja osećajnosti

Slika br. 2

- Prvi spiralni krug razvoja ljudske osećajnosti prepoznaje se prvim njenim pramenovima kojima vrednujemo prijatnost što izvire iz dobrobiti materinstva.
- Drugi uzlazno-spiralni krug zrenja u ovoj oblasti se javlja radovanjem u sigurnosti postojanja u prijatnom.
- Treći uzlazno-spiralni krug razvoja osećajnosti nastaje kada se pred decom počnu javljati teškoće i kada se prevazilaze razlog za radovanje. Ta borba sa smetnjama prijatnosti uvodi decu u
- četvrti uzlazni spiralni krug zrenja u kome deca reaguju: setom, radošću i tugom. Osećajnost doživljavaju fragmentarno u svojoj borbi za prijatnost življenja, i tako fragmentovanu ubacuju je u
- peti spiralni krug razvoja osećajnosti u kome se javlja oslobođena ljudska osećajnost u čisto mentalnom vidu.

Oslobađanje ljudske inteligencije

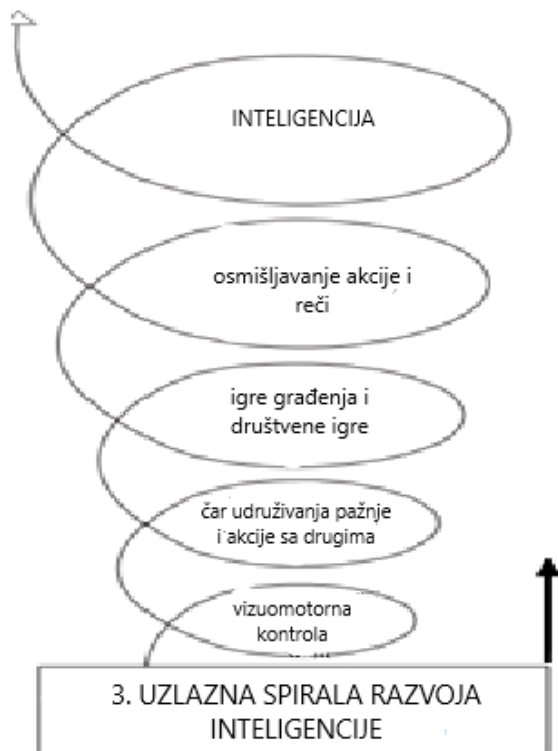
Inteligencija se, tokom razvoja ličnosti, u prelingvističkoj fazi deteta, iščitava iz pokreta. Dete ostvari prvu inteligentnu radnju u sedmom mesecu života kada ukloni zavesicu koju postavimo između njegovog pokreta usmerenog prema igrački, kako je ne bi više videlo, što bi trebalo da ga zaustavi u njegovoj nameri. Međutim ono nastavlja da i dalje pruža ruku, uklanja zavesicu i dohvata igračku (5). Dete svojom subjektivnom željom menja objektivnu stvarnost. Ono je to moglo da ostvari tek kada je ovladalo senzomotornom kontrolom (kontrolom pokreta vidom) i uvežbalo tu svoju novu sposobnost, što se događalo od petog do sedmog meseca života deteta.

Slika br. 3

- Prvi uzlazno – spiralni krug razvoja ljudske inteligencije kao i svi njeni rani oblici, mogu se iščitavati iz akcija psihomotorike. Ona je uvek usmerena ka nečemu da odabere ili nečemu da uradi, što uvek pretpostavlja poznavanje odnosa u prostoru subjekta u akciji.
- Drugi uzlazno – spiralni krug razvoja se nastavlja sažimanjem iskustava prepoznavanja predmeta i igre njima, otkriva potrebu usmeravanja aktivnosti i zadovoljstva udruživanjem pažnje i akcije sa drugim. Tu se sasvim jasno očituje uska povezanost osećajnosti – motivom za akciju, i inteligencije kojom se akcija obavlja od prvih početaka izgradnje ljudskog psihizma.
- Treći uzlazno – spiralni luk razvoja inteligencije omogućava igre građenja – rušenja i prosipanja-sakupljanja, igre loptom u okviru kojih se iščitavaju sve složenija pravila na mentalnom nivou koja se razumevanjem tih pravila rešavaju u očiglednost predmeta i pokreta – činovi inteligencije.
- Četvrti uzlazno – spiralni krug razvoja ove sposobnosti, se ispoljava potrebom da se svakoj igri, radu, da neki smisao bilo u men-

talnim strukturama deteta ili njegovim govornim iskazom što ukazuje na nivo do koga doseže zrelost njegove inteligencije.

- Peti krug spiralno – razvojnog toka ljudske inteligencije služi njenom oslobađanju od artefakata očiglednosti tokom njenog razvoja i pojavljivanju inteligencije u mentalnoj ravni.

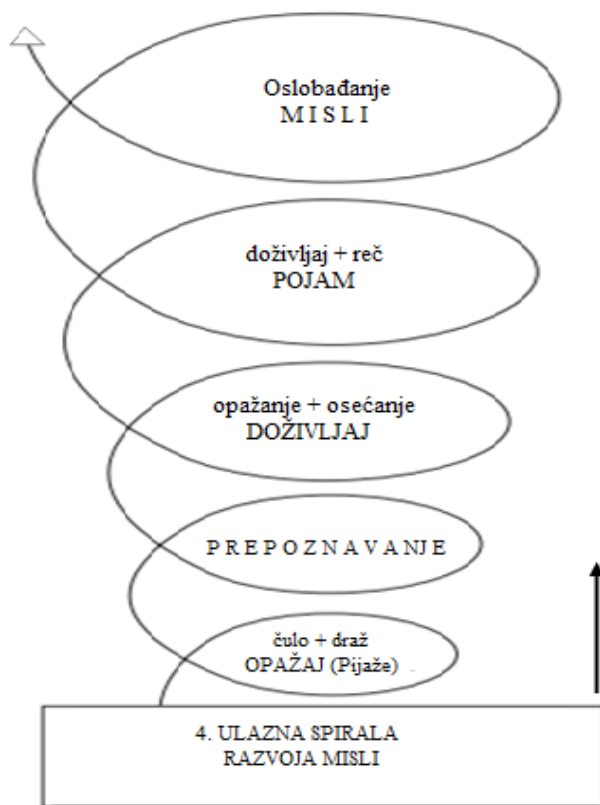


Bojanin S., Govedarica T., Nestorov S.

Slika 3. Ulazna spirala razvoja inteligencije

Oslobađanje ljudske misli

Prvo imamo čula kojima opažamo svet i ono što je u njemu. To opažano prepoznajemo kao nešto mislimo i rečju koju iskažemo. Kada opažano izađe iz polja kontrole naših čula, misao ostaje da bdi a reč da to opažano saopštava govorom kome treba i ako treba. Ti prvi opažaji su uvek opterećeni neposrednim čulnim utiskom koga nose sobom što otežava mislima da se otisnu svojim tokom. Tako nastaje (Slika br. 4):



Bojanin S., Govedarica T., Nestorov S.

Slika br. 4. Ulazna spirala razvoja misli

Slika br. 4

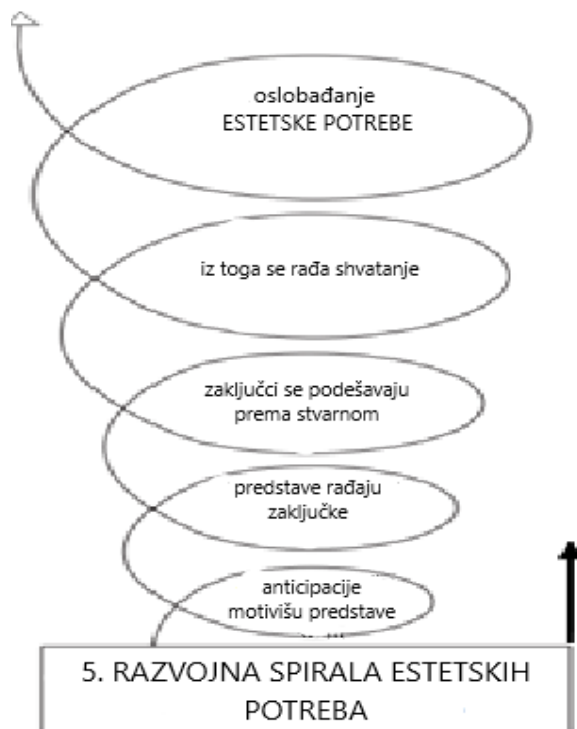
- Prvi spiralno – razvojni krug ljudske misli koji sadrži u sebi opažaj predmeta ili neke pojave i sećanje na njih u vidu slikovitih sadržaja kojima se gradi rana dečija mašta povezana dinamikom osećajnih kretanja, postepeno se pročišćava u ljudsku misao.
- Drugi krug uzlazne spirale razvoja ljudske misli oslobađajući se artefakata iz prošlog, kao jasnija tvorevina uma počinje da prepoznaje ono šta opaža, da to vrednuje i razvrstava.
- Treći spiralno – razvojni krug uzrastanja ljudske misli čini prepoznavanje svakog novog detalja u sebi i na sebi samom i oko sebe. Time privlači aktualizovanu osećajnost sa inteligencijom koju ona prožima u datom uzrasnom trenutku i time gradi doživljaj opažanog prema kome se subjekt odmah određuje svojom potrebom i stavom.
- Četvrti spiralno – razvojni krug uzrastanjem ljudske misli i doživljajem punoće opažanog, nazivamo i smeštamo u skalu vrednosti.

Ta skala uspostavlja i ostvaruje pojam koji se uključuje u misaone tokove što tek nastaju.

- Peti spirano – razvojni krug uzrastanja ljudske misli prihvata nastale pojmove obrađujući ih kao ljudsku misao u mentalnoj ravni.

Rezime oslobađanja mentalnih funkcija

Polazišta ovde opisanih mentalnih funkcija su zasnovana u biološkim strukturama i iz njih izvirećih funkcija: toničnim dijalogom majka – dete, zagrljajem majke, vizuo – motornom kontrolom, pukim opažanjem. U svakom razvojnom trenu ljudskog postojanja, uvek shodno datom uzrastu, iz jednog do drugog kruga uzlazne spirale razvoja, ostvaruju se u tom dobu integracije svih energetskih svojstava koje one nose sobom i postaju delotvorne i na mentalnu i na očiglednu stvarnost.



Bojanin S., Govedarica T., Nestorov S.

Slika br. 5. Razvojna spirala estetskih potreba

Prikaz br. 5.

- Očiglednost prostora omogućava da se vizuelno dožive granice ravnih površi, uzvišenja ispred njih, početci udolina i da se prepoznaje njihovo značenje za aktivnosti koje dete ili čovek želi da organizuje. Težnje za neprekidnom integracijom mentalnih procesa i

kondenzacijom energija koje one nose, mi smo u stalnom procesu našeg sopstvenog samousavršavanja. U ovoj fazi naše umne razvijenosti naše oljuđeno postojanje ili naš hominitet se ispoljava:

- estetskim potrebama,
- etičkim zahtevima i
- kreativnim mogućnostima.

Buđenje estetskih potreba

Svet oko nas je uvek nekakav, uvek zapažan po svojoj spoljnjoj kakvoći – estetici koju ospoljava i koja je uvek vredna za nas pojedinačno. Zasniva se u pukom ambijentu, a iskazuje i deluje nadambijentalno.

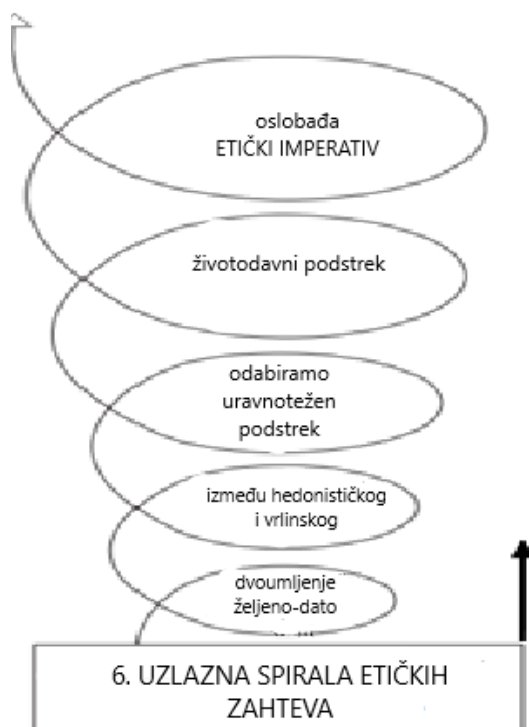
Od najranijih iskustava tokom ležanja u kolevci, osećajući se dobro u svom ležaju dete se meškolji očekujući da će možda biti bolje ako se prikladnije smesti. Uskoro bira i bolju hranu od one dobre koju već prima. Ono postepeno razvija anticipacije onoga što proizilazi iz opažanog. Uskoro će prema lopti da pretpostavi ili da asocira igru tenisa ili igru fudbala, a izraz lica roditelja, ispruženi kažiprst i povišeni ton u glasu, prpratice anticipacijom mogućih posledica, na osnovu čega će i doneti odluku za svoje dalje ponašanje. To ponašanje će zavisiti od nivoa razvijenosti prosuđivanja stvarnosti deteta ili odrasle osobe u akciji, koji su dosegli u svome razvoju i uslovima društvene sredine u kojoj odrastaju ili žive.

Viši estetski zahtevi se razvijaju razgranatijim iskustvom promišljanja sebe u svetu, o svetu koji živimo i o onom o kome slušamo uz zgusnuto angažovanje mentalnih sposobnosti kojima se ostvarujemo u našoj svakodnevnicu (Prikaz br.5).

Buđenje etičkog zahteva

Etičnost je zasnovana na pukom životnom iskustvu koje se pretače u predstavnu ravan, i sa tog nivoa deluje na odnose u pukom nadambijentalnom svetu.

Rađamo se okovani osećajnim egocentrizmom kao ledom koji već na samom početku našega života počinje rastapanjem na samom vrhu, prvim dodiranjem deteta sa životom koji mu spasava fuzija mentalnih sposobnosti osećanja i inteligencije majke. Obuzet tom energijom, otopljavajući ga sve do same njegove suštine već u naručju majke, okupljaju misli u misaone tokove. Detetovo razumevanje ljubavi postaje jasnije, definiše se prema stvarima i ljudima i počinje razmena ljubavi sa svojom drugosti.



Bojanin S., Govedarica T., Nestorov S.

Slika 6. Ulazna spirala etičkih zahteva

Otkrivajući prijatnost ka kojoj se teži i odbacujuću neprijatnost, dete se ustremi na posedovanje (6) svega što opaža kao prijatno, a to znači lepo, dobro, prigodno situaciji i klimi u ambijentu, i to smatra da je kako treba, da je pravedno prema njemu. Sve drugo je neprijateljsko i nepravedno i sa gnevom se odbacuje. U jogunstvu deteta se brani njegova jedina pravda koju prvo upoznaje, a koju čini potreba njegovog pukog zadovoljstva. Posledice akcije koju toliko želi, a koju mi branimo, (da se popne, na primer, na ogradu terase na III spatu) niti razume, niti želi da shvati. To je dužnost odraslih da razumeju i da bez gneva obave svoju ulogu zaštite deteta (7).

Otkriva igre po pravilima gde su predmeti sa kojima se igra, očigledna stvarnost, drugorazredna po značenju u odnosu na nevidljivi svet pravila (8) koje su pravi motiv za prihvatanje igre. Tu se uče pravila ponašanja, a izbegavanje pravila se smatra prestupom, grehom, kao i laž. Uvežbavajući pravila dete uvežbava samouskraćivanje neposrednog zadovoljenja radi odlaganja i postizanja pravog zadovoljenja čistom pobedom. Prva i tako dugo dominantna igra u tom smislu jeste igra „Čoveče ne ljuti se“. Ona pomaže sazrevanju jer uči decu strpljenju da čekaju svoj red – redosled; da se ne dobije ono što se želi odmah: kocka ne daje uvek šesticu, pobeda se ne dobije uvek kada se poželi, sve se može dobiti ali uz trud i strpljenje, ako ne može sad, može drugi put.

Sve su to ponašanja potrebna iskustvu dece određenih uzrasta kojima ih učimo uvek uz konflikte, gnev i sve ono ružno što se pri tome događa. Ovde mu se otkriva tajna strpljenja, klackalice poraz-uspeh, smisao kazne- pohvale i bez gubljenja nade ili hrabrosti za dalje pokušaje.

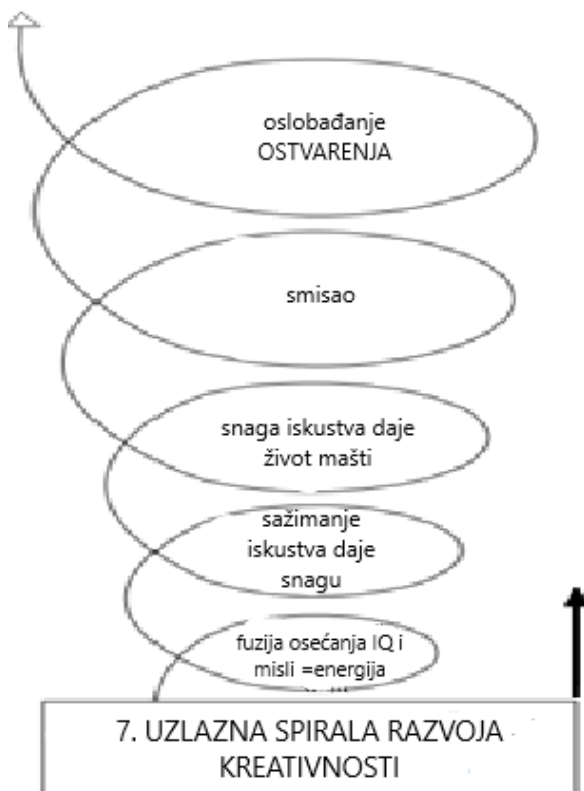
Kada je odrastanje već tu, onda se ceni svačije ponašanje kojim se postiže zadovoljstvo, a da se nikome u okruženju ništa nije ružno ili zlo desilo. Tako se ponašaju uspešni učenici, sportisti, dobri drugari u vršnjačkim grupama. Kada se u sukobu dve strane nađe odgovor na konflikt kojim su obe strane u zadovoljavajućoj meri zadovoljne, smatra se da je odgovor bio u ravni etičkih zahteva.

Međutim na uzrastima adolescentnog doba se primećuju, i od strane dece i od strane odraslih, i ona ponašanja kako mladih tako i odraslih, koja su puna ličnih samouskraćenja radi dobrobiti drugih. To su ona roditeljska ponašanja, ili ona koja smatramo vrlinskim: pomaganje bolesnima, slabijima u datoj životnoj konkurenciji sa kojima zajedno učestvujemo, na primer pomaganje u učenju slabijim iz nekog predmeta, povučenim u druženjima u kojima bi želeli i oni da učestvuju...

I da se na ovu temu osvrnemo sa određenog filozofskog stanovišta, oslanjajući se ovoga puta Šelera, koji smatra da: „...jezgro svih teorijskih etika, učenja objektivnom poretku vrednosti, može biti izgrađenom bez svakog obziranja na biće činjenice „Ja-Ti“, „individuum i zajednica“ i važi za čoveka kao čoveka, dakle kako za pojedince, tako i za zajednice (svih vrsta). Za strogo je odbacivanje svake socijalno zasnovane etike tako i ono zasnivanje u metafizici socijalnih pojava... (9) Marija Montessori pristojno ponašanje dece i poslušnost smatra zrelošću deteta. To bi značilo da je etički stav, potreba za etičkim delovanjem u našoj ljudskoj stvarnosti donesen genskim kodom svakog od nas i da vrlinska ponašanja ljudi i dobrota koju neki ispoljavaju, to čine sami sobom, iz sebe samih. Kao što se vidi na prikazu br. 6, te urođene strukture i funkcije u nama obavljaju i oslobađanje etičkog imperativa (7).

Buđenje ljudske kreativnost

Stvaralštvo se javlja s pojavom ljudske prirode, takođe na ranim dečijim uzrastima što govori o njemu kao tekovini genskog materijala koji sobom donosimo na svet kako bi ga ovde razvijali i uspostavljali u našim životima. Već prve igre građenje-rušenje, prosipanje-skupljanje, u sebi nose klicu tog stvaralačkog koga posle srećemo građenjem i kopanjem u pesku, glinamolu, igri lego kockicama, u koju dete ume da se udubi sasvim svojim humanitetom koji ima toga razojnog trenu probučenim u sebi.



Bojanin S., Govedarica T., Nestorov S.

Prikaz 7. Ulazna spirala razvoja kreativnosti

Svaki čin tih delimično stvaralačkih aktivnosti ostvaruje se uvek punom fuzijom osećanja – inteligencije – misaonih tokova, koje često propraća i sololo-kvij, što im otvara slobodu predstavnog sveta (Prikaz br.7). Već u tim prvim igrama kao i onim kasnijim, kao i posle u svemu što dete – čovek radi traži da vidi smisao koji je već sasvim nadambijento ostvaren uz puno učešće sopsvene samodiscipline mišljanja i postupaka. Ta osmišljenost činjenja, promišljanja, pokretanja snažne mašte koja tu postaje vodeća, oslobađa svako novo ostvarenje prvo u polju subjektiviteta koji ju je ostvario, po tom, u okviru date zajednice, odakle se razleže koliko ga nosi snaga smisla koja mu je data. Tom snagom smisla se vraća ambijentalnim strukturama i vrednostima, postajući armaturom stvarnog sveta misli i dela kojim taj svet postoji u svom ustrojstvu.

Diskusija

Prateći nastajanje ljudskog načina postojanja u ovom radu, mi smo ustvari govorili o urođenim, specifičnim potrebama čoveka, nazvanim USPC (10) koje nas čine ljudima i zasnivaju ono što nazivamo ljudskost u našem držanju i ponašanju. To ljudsko u nama ima svoje duboke korene u biološkim

strukturama i možemo da ih pratimo od ranog detinjstva do njihove završne faze u ravni mentalnih funkcija kojim gradimo naš nadambijentalni sloj kojim postojimo i gradimo naše oljudeno postojanje (Prikaz br. 8).



Bojanin S., Govedarica T., Nestorov S.

Slika 8. Definicija hominiteta

Hominitet se zasniva na govoru kojim možemo definisati pojmove koji prevazilaze svoja biološka izvorišta gradeći mentalni sloj našeg odnosa prema svetu. Govor je dat harmonijom mišićnih funkcija osposobljenih da uobličavaju ljudski glas u foneme, one fuzijom daju snagu reči, reči udružene istim procesom stvaraju rečenicu, a ona ispoljava konačnu energiju sadržaja iskazanog koju prenosi drugom, ostavljajući subjektu koji govori, u njemu usebljen „otisak“ iskazanog. Tako se izgovorenim sadržajima uvezuje ljudsko postojanje u oblasti mentalnih funkcija i počinje svoj život nezavisno od očiglednog.

Jezik time proizveden, podleže stalnim integracijama i tako se razvija. Raste uopštavanjem pojmova koji se tu javljaju i menja se vremenom i postojanjem u vremenu tokom večnosti kojoj smo namenjeni.

Estetski stav koji se budi u ranom detinjstvu zasniva se na tome da dete želi da poseduje samo ono što mu je drago: živahno, prijatno dodiru, sluhu, oku, ono što voli. Ono u svemu tome što mu pruža prijatnost uzvraća ljubavlju. Dete sasvim rano, od svog pukog početka voli da voli i voli biti voljeno. Ono u sebi nema ni traga zlom činjenju. Ono je omeđeno svojim egocentri-zmom koji se razvojem otapa i time odškrine svoje postojanje (11) te se dvoumi da li da pusti da sav svet uplovi u njegovu ljubav ili samo njegovi odabrani detalji. To je domet ljudske estetičnosti, čija uloga predstraže našeg postojanja, nastoji da dosegne večnost.

Etički imperativ u čoveku je opisivala Melanija Klajn ukazujući na depresivnu poziciju deteta oko šestog meseca postpartalnog života uz korišćenje i termina: krivica u tom dobu, pre probudene ljudske svesti (12) (13), što je čitav niz sjajnih kliničara koje je dala psihanaliza, prihvatila sa punom ozbiljnošću. Ni najavu etičkog ponašanja na koje upozoravaju pedijatri novijeg doba govoreći o Malom Samarićaninu, detetu tokom druge godine života, u sam osvit svesnog ljudskog odnosa prema svetu, ne pominju nikakvo zlo u ranom ljudskom biću.

U pubertetnom dobu, mladi mladić je okupljen pravdom i nepravdom, a u adolescenciji, već odrasli mladić svemu tome dodaje moralnost sveta u koju veruje, tu religiju svih religija i vremena, i ljubav kao ljubav uopšte, jedini supstrat koji je moguć u svetu adolescentnog doba, na koje naleću destruktivna tržišta roba i ideja za dnevnu upotebu.

Kreativnost ili stvaranje kao životni zahtev, izvire iz svakog pokušaja deteta da savlada neku teškoću, da uđe u tajnu grafomotornog čina, kasnije i izraza, kada svojom fantazijom lovi teme koje će da ga uzbuđuju. Nije kreativno praviti ludilo ratova i koncentracionih logora, jer je njihov kredo smrt. Smrt ljudi i gradova i sela i poslenika što kose žito na svojim njivama, pastira na zelenim padinama. Smrt gasi, odnosi u vazduh, razara sve hirošime sveta koje će se ipak uvek ponovo obnavljati i ponovo nuditi uništavnijima. Dokle će samo Večnost trpeti zlo koje uvek dolazi ni od kud, samo ne iz čovečnosti.

Uvek živimo u dvoje Ja i Mati; Ja i Prijatelj; Ja i Moja Ljubav; Ja i moj Bog koga sam odabrao. Kako bi znali da postojimo baš Tu i da smo baš To što smo, da smo dobri ili hrabri, da smo ništavilo uplakano pred nekim Oltarom, da nije tu taj moj Drugi koji me svedoči i u usponu i u padu. Život je uvek samo kada je u dvoje, verovali u to ili ne. Jer samo tim putem ostvarujemo svoju volju da postojimo i svoju slobodu, kako da to činimo...

Zaključak

Uprkos buke, obično zlomislećih ratotvoraca, ipak se nađu zasade ljubavi i dobrote što obezbeđuje nivo moralnosti, za preživljavanje tekućih móra i uspostavljanje razumevanja i dobrotu, te se ipak rađamo u ljubavi, živimo u zajednici i samim tim što živimo, verujemo u mogućnost vrlinskog života među ljudima.

ON THE ROADS OF HOMINISATION

Svetomir Bojanin

This paper begins with innate specific needs of man, to which we reduce specificity of human nature or what we call: Hominity. The development of backbones of hominity: speech, sensitivity, intelligence and thoughtfulness of man, with mutual fusion elevate life energy to the development of aesthetics, ethics and the ability of creative act, building the mental relationship between man and the world, which promises virtuous relationship amongst men.

Key words: *homeland, love, understanding, development, feelings, intelligence, thought, freedom*

Literatura:

1. Dide M., Guiroud P. Tendances contemporaines en psychiatrie, in *Psychiatrie clinique*, Paris, 1956; 21-71.
2. Binswanger L. La conception freudienne de l' homme, *Discours, Parcours et Freud*, Gallimar, Paris, 1963; 201-37.
3. Diltaj H. Euvres completes VII, p. X. in Binswanger L, *Discours, parcours et Freud*; 1883.
4. Valon A. Psihički razvoj deteta. ZUNS, Beograd, 1967.
5. Piaget J. Six etud de psychologie, Gonthier, 1969.
6. Palama G. O strastima i vrlinama i o plodovima umnog tihovanja Život svetog Grigorija Palame, Beograd, Manastir Ćelije; 1977:59-85.
7. Montesori M. (1949). *Upijajući um*, DN Centar, Beograd, 2013.
8. Vigotski L. *Osnovi defektologije*, ZUNS, Beograd, 1987.
9. Šeler M. *Bit i oblici simpatije*, Vidici, Banja Luka; 86, 2013.
10. Bojanin S. Urođene specifične potrebe čoveka (USPČ) u Voleti ali kako, Konras, Beograd; 2013: 295-310.
11. Bašlar G. *Poetika prostora*, Kultura, Beograd; 1969:275-9.
12. Tadić N. *Osećajno i saznajno*, Naučna knjiga MD, Beograd; 2006:52-78.
13. M. Klein. Laplanche, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la Psychanalyse* PUF, 1973:316-9.

Prof. dr Svetomir BOJANIN, neuropsihijatar, Beograd

Prof. Svetomir BOJANIN, MD, PhD, neuropsychiatrist, Belgrade

E-mail: svetomirbojanin@sbb.rs

PALIJATIVNO ZBRINJAVANJE DECE I ADOLESCENATA IZMEĐU TEORIJE I PRAKSE – GDE SMO MI U SRBIJI?

Tamara Klikovac¹

Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju

Apstrakt: Ovaj članak obuhvata tri glavna cilja: Prvi cilj se odnosi na upoznavanje naše stručne javnosti sa osnovnim konceptima i filozofijom palijativnog zbrinjavanja dece i adolescenata. Drugi cilj podrazumeva ukazivanje na važnost multidisciplinarnu i sveobuhvatnu brige (fizičke, psiho-socijalne i duhovne) u palijativnom zbrinjavanju uopšte, a posebno u pedijatrijskoj populaciji. Treći cilj bio je da se kroz prizmu različitih modela palijativnog zbrinjavanja dece i adolescenata koji postoje u zemljama sveta, Evrope i regiona kritički osvrnemo na različite prepreke i otpore koji postoje u našoj sredini u vezi sa organizovanjem palijativnog zbrinjavanja dece i mladih. Palijativno zbrinjavanje dece predstavlja posebnu oblast, blisko povezanu sa palijativnim zbrinjavanjem odraslih. Ovaj pristup podrazumeva aktivno i sveobuhvatno zbrinjavanje tela, uma i duha deteta uz pružanje neophodne psiho-socijalne podrške i obolelom detetu i porodici tokom svih faza suočavanja sa neizlečivom bolešću, od postavljanja dijagnoze do kraja perioda žalosti zbog gubitka člana porodice. U širem smislu, palijativno zbrinjavanje može da poboljša kvalitet života i pacijenta i porodice, omogućavajući ublažavanje simptoma i kontrolu bola, adekvatnu psiho-socijalnu, psihoterapijsku i duhovnu podršku od momenta postavljanja dijagnoze do kraja života pacijenta, kao i psihološku prorađu gubitka kod ožalošćenih članova porodice nakon smrti člana porodice. Palijativno zbrinjavanje dece može da bude sprovedeno u tzv. hospisima (posebnim kućama koje su uređene u skladu sa potrebama teško obolele dece i njihovih porodica), u ustanovama tercijarnog nivoa, u regionalnim centrima, kao i u domu deteta.

Cljučne reči: *palijativno zbrinjavanje dece i adolescenata, psihološki aspekti, sveobuhvatan pristup*

¹Deo ovog članka je usmeno izložen na 21. Pedijatrijskoj školi u organizaciji Udruženja pedijatarata Srbije u okviru tematske sekcije Socijalna pedijatrija koja se odnosila na Palijativno zbrinjavanje dece, Zbornik predavanja, 2018; 18-20.

Osnovni koncepti i filozofija palijativnog zbrinjavanja dece i adolescenata

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (SZO), palijativno zbrinjavanje u pedijatriji predstavlja holistički i aktivan pristup, i sveobuhvatne postupke koji se primenjuju u zbrinjavanju fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba teško obolelog deteta, kao i pružanje psiho-socijalne podrške porodici [1]. Palijativno zbrinjavanje dece i mladih predstavlja posebnu oblast, blisko povezanu sa filozofijom i praksom palijativnog zbrinjavanja odraslih koje je počelo da se razvija 60-ih godina prošlog veka zahvaljujući velikom entuzijazmu i delatnom humanizmu *Siseli Sonders*, koja se u to vreme suprotstavila dominaciji medicinskog, konvencionog modela razvijajući tzv.bio-psiho-socijalni i duhovni holistički model za praćenje potreba, zbrinjavanje i negu umirućih pacijenata. *Siseli Sonders* je 1967. godine otvorila prvi hospis (*lat.reč hospitium* što znači *dom, gostoljubivost*) i danas poznati *St.Christopher's Hospice* u Londonu, i od tog perioda počinje razvoj tzv.hospis medicine i filozofije zbrinjavanja umirućih ljudi. Pojam palijativna medicina (*lat. reč pallium* što znači *plašt, pokrivač*) u medicinu uvodi dr. *Balfor Maunt* iz Montreala koji je 1975. godine u *Royal Victoria Hospital* osnovao prvo palijativno odeljenje. U palijativnom zbrinjavanju kompleksni simptomi se prekrivaju, ogrću (u slob.prevodu ublažavaju) različitim intervencijama sa ciljem da se otkloni neprijatnost i poveća udobnost i osećanje prijatnosti kod pacijenta koliko je moguće, imajući u vidu prirodu i fazu bolesti [2,3].

Početak organizovanog palijativnog zbrinjavanja dece vezuje se za ime *Fransis Dominike*, medicinske sestre koja je sa saradnicima otvorila prvi dečiji hospis u Evropi u Oksfordu 1982. godine [4,5]. Zajednička filozofija palijativnog zbrinjavanja odraslih i dece zasniva se na empatičnom pristupu, sveobuhvatnom sagledavanju i proceni potreba i stanja sa ciljem ublažavanja patnje i pružanjem multidisciplinarnе pomoći osobama sa životno ugrožavajućim bolestima, tokom svih faza bolesti i lečenja.

Procene na svetskom nivou ukazuju da svake godine oko 7 miliona dece ima potrebu za palijativnim zbrinjavanjem zbog čega je, između ostalog, važno da se palijativno zbrinjavanje dece i mladih integriše u nacionalne sisteme zdravstvene zaštite [4,5]. Dostupni podaci u našoj zemlji ukazuju da od 10.000 dece i adolescenata, 10 do 16 zahteva palijativno zbrinjavanje sa mortalitetom u rasponu od 1,2 – 3,6/10.000. Navedeni podaci upućuju na pretpostavku da od 1,5 miliona dece i adolescenata uzrasta od 0-19 godina koliko se procenjuje da ima u našoj zemlji, indikacije za palijativno zbrinjavanje može imati od 1.500 – 2.400 dece od kojih svake godine umre 170-540 dece (150-200 premine u neonatalnom periodu, a 250-300 u kasnijem uzrastu) [6,7,8].

U stranoj literaturi u oblasti pedijatrijskog palijativnog zbrinjavanja razlikuju se sledeći termini: *life-limiting illness*, *life-threatening illness* i *terminalna faza bolesti*. U slobodnom prevodu, *life-limiting illness* odnosi se na životno ograničavajuće bolesti odnosno sve one bolesti koje dovode do neizbežne prerane smrti (na primer *Dišenova* muskularna distrofija). *Life-threatening illness* podrazumeva životno preteće ili ugrožavajuće bolesti odnosno sve one bolesti koje dovode do prerane smrti ali je moguće višegodišnje preživljavanje čak i do odraslog doba (na primer deca lečena od određenih malighnih bolesti u detinjstvu).

Terminalna faza bolesti opisuje decu koja su u fazi umiranja. Preporuka je da se ovaj termin koristi samo u slučaju kada su deca veoma blizu kraju života tj. smrti [1,5,9]. Palijativno zbrinjavanje dece može se pružati u zdravstvenim ustanovama tercijarnog nivoa, regionalnim zdravstvenim ustanovama, posebnim ustanovama – tzv.hospisima ili kod kuće – u domu deteta kada se angažuju mobilni timovi za palijativno zbrinjavanje. U svetu postoji praksa da se palijativno zbrinjavanje dece i mladih organizuje i u ustanovama socijalne zaštite (domovi za decu bez roditeljskog staranja koja su zbog retkih i teških bolesti ostavljena po rođenju) i u tzv.karitativnim crkvenim organizacijama.

Asocijacija za palijativno zbrinjavanje dece (*Association for Children's Palliative Care* – ACT) identifikovala je nekoliko kategorija bolesti/stanja koja ograničavaju i ugrožavaju život na pedijatrijskom uzrastu i zahtevaju palijativno zbrinjavanje [4,5,10]:

Kategorija 1: Stanja/oboljenja koja ugrožavaju život deteta i kod kojih je moguća kurativna terapija ali sa neizvesnim ishodom. Palijativno zbrinjavanje se primenjuje ukoliko terapija ne da željene efekte i u stanjima kriza a prestaje kada dođe do dugotrajne remisije tj.uspešne kurativne terapije. U navedenu kategoriju spadaju maligne bolesti, ireverzibilne insuficijencije srca, jetre, bubrega.

Kategorija 2: Stanja/oboljenja koja od najranijeg detinjstva ugrožavaju život i kod kojih je prerana smrt neizbežna ali gde su određene medicinske intervencije omogućile značajno produženje života. U ovu kategoriju spadaju cistična fibroza i mišićna distrofija.

Kategorija 3: Progresivna oboljenja kod kojih nije moguće izlečenje i gde je višegodišnje palijativno zbrinjavanje jedina opcija. Na primer kod Batenove bolesti i mukopolisaharidoze.

Kategorija 4: Neizlečiva i neprogresivna stanja koja uzrokuju težak invaliditet (cerebralna paraliza, višestruki invaliditet posle povrede mozga ili kičmene moždine).

Kategorija 5: Teški poremećaji kod novorođene dece inkompatibilni sa preživljavanjem – ireverzibilna oštećenja CNS-a, hromozomske aberacije, urođene anomalije, ekstremna nezrelost.

Kvalitetna praksa u palijativnom zbrinjavanju uopšte, a posebno u palijativnom zbrinjavanju dece i adolescenata, kao što je već naglašeno u definiciji SZO, zasniva se na holističkom, sveobuhvatnom i multidisciplinarnom pristupu i aktivnostima koji podrazumevaju otklanjanje kompleksne patnje (fizičke, psihološke, socijalne, duhovne) kako kod obolelog deteta tako i kod članova porodice, od momenta postavljanja dijagnoze životno ugrožavajuće bolesti, tokom pokušaja lečenja i ublažavanja simptoma bolesti, a posebno u terminalnoj fazi i pružanju podrške porodici u procesu tugovanja nakon gubitka. Važno je naglasiti da palijativno zbrinjavanje dece počinje u trenutku postavljanja dijagnoze neizlečive bolesti sa lošom prognozom, i nastavlja se nezavisno od toga da li se dete nalazi na lečenju ili prima specifičnu terapiju. Koncept sveobuhvatne brige u palijativnom zbrinjavanju podrazumeva da briga za bebe, decu, adolescente i mlade odrasle koji se suočavaju sa ograničenim životnim vekom mora da uključuje usluge, terapije i lekove koji redukuju bol i patnju, i uvažavaju sve njihove

fizičke, socijalne, emotivne, duhovne i razvojne potrebe, kao i potrebe njihovih porodica, omogućavajući najbolji mogući kvalitet života. Multidisciplinarni pristup u palijativnom zbrinjavanju podrazumeva dobru timsku saradnju stručnjaka različitog profila obrazovanja (pedijatri različitih subspecijalnosti, pedijatrijske medicinske sestre sa dodatnim edukacijama za palijativnu negu dece, klinički farmakolozi, nutricionisti, socijalni radnici, dečiji psihijatri i psiholozi, psihoterapeuti sa posebnim specijalizacijama u oblasti palijativnog zbrinjavanja, teolozi tj. posebno edukovani duhovni savetnici, vaspitači, učitelji, nastavnici, obučeni volonteri) i uključivanje porodice i cele zajednice u proces pomaganja [11].

Važnost psiho-socijalnih i duhovnih aspekata u palijativnom zbrinjavanju dece i adolescenata

Teška somatska bolest deteta ili adolescenta koja ugrožava i kvantitet i kvalitet života, a posebno terminalna faza bolesti, predstavljaju izrazito krizno i/ili traumatsko iskustvo za celu porodicu koje može da utiče na fizičko, emocionalno, socijalno i duhovno funkcionisanje svakog člana [12].

Psiho-socijalni pristup u palijativnom zbrinjavanju dece i mladih zasniva se na:

- poštovanju i uvažavanju dečijih prava i potreba uopšte, a posebno prava i potreba teško obolele dece;
- na individualizovanom pristupu i konceptu psiho-socijalne pomoći i podrške koja se planira i organizuje prema individualnim potrebama svakog deteta/adolescenta i porodice posebno;
- na razvojnom pristupu što znači da se psihološka procena i sve intervencije uključujući i komunikaciju, planiraju i sprovede prema uzrastu deteta/adolescenta tačnije aktuelnom razvojnom nivou i mentalnom uzrastu deteta (zbog posledica nekih neizlečivih bolesti mentalni uzrast deteta ili adolescenta može biti i značajno ispod kalendarskog uzrasta);
- na obaveznom planiranju pružanja psihološke i psiho-socijalne podrške užoj porodici (roditelji, braća, sestre) i široj porodici obolelog deteta ili adolescenta (babe, dede, rođaci) u svim fazama trajanja lečenja i nakon lečenja, a posebno pružanje psihološke/psihoterapijske podrške nakon gubitka najmlađeg člana porodice u procesu tugovanja [11].

Psiho-socijalna pomoć i podrška u oblasti palijativnog zbrinjavanja odnosi se na nastojanje da se izade u susret psihološkim (emocionalnim), socijalnim i duhovnim potrebama obolele dece i adolescenata i njihovih porodica/staratelja. Psihološka podrška se zasniva na posebnoj vrsti kontakta koji se uspostavlja sa obolelim detetom/adolescentom i porodicom koji podrazumeva veštinu slušanja, pokazivanje razumevanja, pokazivanje saosećanja, emitovanje emocionalne topline i bezuslovnog prihvatanja tj. prihvatanja bez (pr)osuđivanja. Suština psiho-socijalne podrške je u podržavajućoj komunikaciji i atmosferi koju kreiraju svi članovi multidisciplinarnog tima za palijativno zbrinjavanje. Psihološka podrška realizuje se kroz verbalni i neverbalni kontakt, adekvatnu komunikaciju i kroz specifične intervencije usmerene prema obolelom detetu, roditeljima, braći ili

sestrama, široj porodici ukoliko je potrebno. Individualni rad sa detetom, sa članovima porodice, rad samo sa roditeljima ili sa celom porodicom su preporučljivi oblici rada. Grupna psihološka podrška za roditelje i za decu (u zavisnosti od uzrasta i opšteg zdravstvenog stanja) se može organizovati prilikom hospitalizacije u instituciju. Kvalitet pružene psiho-socijalne pomoći zavisi od načina na koji se pomoć pruža i kreira prema individualnim i razvojnim potrebama svakog deteta ili adolescenta posebno, od osobina ličnosti stručnjaka koji podršku pruža, i od timskog rada tj. saradnje i atmosfere koja postoji unutar tima koji se bavi palijativnim zbrinjavanjem dece i adolescenata [13,14].

Uzimajući u obzir da se ne očekuje ni uspešno izlečenje niti oporavak kod teško obolele dece, postavlja se pitanje šta palijativno zbrinjavanje može da ponudi? Kontrola bola i drugih fizičkih simptoma predstavljaju osnovne intervencije jer je važno da se dete/adolescent oseća što je moguće prijatnije a to znači da nema bol, nema neprijatnih simptoma, može da spava, može da unosi tečnost i hranu (u zavisnosti od faze bolesti) uz održavanje higijene. U palijativnom zbrinjavanju dece i mladih ne primenjuju se invazivne medicinske procedure zato što je cilj da se omogući mir uz maksimalno poštovanje privatnosti. Omogućavanje i podsticanje igre, učenja, druženja, raznih zabavnih aktivnosti koje dete može da isprati važni su aspekti procesa palijativnog zbrinjavanja. Stručna psihološka procena deteta, adolescenta, roditelja, porodice u palijativnom zbrinjavanju je specifična i zasniva se na uspostavljenom poverenju i saradnji, uz adekvatno praćenje potreba deteta i porodice. Adekvatna i uvremenjena komunikacija, tačnije otvoreno razgovaranje o aktuelnim problemima sa detetom, sa roditeljima i širom porodicom od izuzetnog je značaja zato što je ceo proces od suočavanja sa dijagnozom neizlečive bolesti, kroz pokušaje lečenja, a posebno u terminalnim fazama, psihološki težak, ispunjen brojnim delikatnim i osetljivim momentima. Detetu ili adolescentu potreban je neko kome može otvoreno da pokaže kako se oseća i s kim može iskreno da razgovara o strahovima, brigama, o složenim osećanjima ljutnje, besa, tuge, o prijatnim osećanjima, željama, potrebama i drugim važnim temama koje ima. Poznavanje razvojnih specifičnosti (kako deca određenog uzrasta razumeju i doživljavaju bolest i smrt, i na koji način se može komunicirati sa decom različitog uzrasta – igra, crtež, različite tehnike rada sa decom) polazna je osnova u pokušaju da se olakšaju brojni strahovi i nesigurnosti u vezi sa procesom umiranja. Deljenje osećanja sa bliskim osobama, dobijanje iskrenih odgovora na pitanja koja postavlja, pružanje podrške i topline sasvim sugurno omogućavaju da se dete odnosno adolescent oseća manje izolovano, usamljeno, uplašeno. Komunikacija između roditelja i dece odnosno mladih u palijativnom zbrinjavanju često se zasniva na prikrivanju i izbegavanju pokretanja važnih i bolnih tema. Svi članovi multidisciplinarnog tima, a posebno psiholozi, socijalni radnici i duhovnici na neki način predstavljaju medijatore u ohrabrivanju i otvaranju iskrene komunikacije između članova porodice. Pružanje psihološke podrške roditeljima, braći ili sestrama, kao i široj porodici u anticipaciji gubitka i u periodu ožalošćenosti nakon gubitka (rad na bolnim emocijama u vezi sa gubitkom i kanalisanje procesa tugovanja u pravcu normalizacije, stabilizacije i konsolidacije celog porodičnog sistema) nužni su uslovi za dalji razvoj pojedinaca koji se suočavaju sa gubitkom, i porodice u celini [15,16,17].

Duhovnost je važan koncept ali i praksa u oblasti palijativnog zbrinjavanja dece. Deci različitog uzrasta je često teško da izraze probleme i nedoumice duhovne prirode a odraslima je često teško da otvaraju ove teme ili se ne osećaju kompetentno i spremno. Duhovna podrška u palijativnom zbrinjavanju podrazumeva uvažavanje jedinstvenosti svake individue i prihvatanje vrednosti, uverenja, sumnji, dilema, briga koje ima i pruža se kroz lični odnos i kontakt između duhovnog savetnika i deteta. Duhovna dimenzija ljudskog bića se odnosi na različita pitanja smisla, svrhe, ispunjenosti života, smisla patnje i bolesti, opraštanja, nade, vere u sebe, u druge, u Boga. Duhovne potrebe nisu i ne moraju nužno da budu povezane sa verom. Korisna pitanja koja mogu da pomognu u otvaranju različitih tema sa decom i mladima a koja se odnose na duhovnost sadržana su u akronimu BELIEF [5,18].

- **B** – *Belief* / vera: u šta veruju (ako je to Bog, kakav je on – brižan, dobar, strog, ljut, sklon kažnjavanju, kako zamišljaju Boga itd.)
- **E** – *Ethics and values* / etika i vrednosti: (šta im je važno u životu; u koga imaju poverenja; šta uliva sigurnost; šta ili koga najviše vole i zašto, kako znaju šta je dobro ili loše, da li imaju nekog heroja itd.)
- **L** – *Lifestyle* / stil života: (koje religijske rituale znaju i u kojima učestvuju i kako se osećaju povodom toga)
- **I** – *Involvement* / uključenost u duhovnu zajednicu: (da li pripadaju nekoj grupi, verskoj zajednici i šta im se dopada kod te zajednice; ko im pomaže kada im je potrebno, kako pomaže itd.)
- **E** – *Education* / edukacija: (šta su učili o religiji i veri, šta znaju, kako razumeju pojmove dobrote, pomaganja itd.)
- **F** – *Future event* / budući događaji: (kako razmeju život i smrt; šta misle da će im se desiti pre, tokom i nakon smrti; da li se plaše, šta ih rastužuje, raduje)

Palijativno zbrinjavanje u svetu, Evropi, i zemljama regiona – gde smo mi u Srbiji?

Istraživanje Knapa i saradnika o dostupnosti i rasprostranjenosti palijativnog zbrinjavanja dece širom sveta pokazalo je da u 65,6% zemalja palijativno zbrinjavanje dece nije dostupno, u 18,8% zemalja radi se na izgradnji kapaciteta i sistemskom uspostavljanju sveobuhvatne brige o teško oboleloj deci, u 9,9% zemalja postoje različiti oblici palijativnog zbrinjavanja dece, dok je samo u 5,7% zemalja palijativno zbrinjavanje dece dostupno i u državnim zdravstvenim institucijama [19]. Navedeni podaci odnose se na 2011. godinu i od tada do danas značajno je povećan broj zemalja u kojima su se razvili različiti modaliteti palijativnog zbrinjavanja dece. U visoko razvijenim zemljama sveta (Kanada, Amerika, Australija, Novi Zeland) i Evrope (Velika Britanija, Francuska, Italija, Nemačka, Belgija, skandinavske zemlje, Španija, Austrija, Mađarska, Rumunija, Poljska, Češka, Slovenija) palijativno zbrinjavanje dece i mladih je dostupno i dobro organizovano, i u različitim regionima postoje različiti modaliteti zbrinjavanja dece (negde je palijativno zbrinjavanje dece organizovano u okviru nevladinih organizacija i fondacija, negde je integrisano u postojeći zdravstveni sistem, dok u određenim zemljama podrazumeva kombinaciju vladinog i nevladinog

sektora). Poslednjih godina, uz napore Internacionalne mreže za palijativno zbrinjavanje dece (*International Children Palliative Care Network – ICPCN*) razvija se palijativno zbrinjavanje u nekoliko zemalja Afrike u kojima najveći procenat dece umire od HIV-a [20]. U susednoj Rumuniji, na primer, uvedeni su različiti modeli palijativnog zbrinjavanja dece i mladih. Pored specijalizovanih hospisa za decu postoji kućna palijativna nega i mobilni timovi koji posećuju decu i porodice i pružaju usluge zbrinjavanja u njihovim kućama, dnevni centri, jedinice za palijativno zbrinjavanje pri bolnicama, centri za rehabilitaciju. U Mađarskoj, nevladine organizacije i fondacije uspele su da otvore dva hospisa za palijativno zbrinjavanje dece u Pečuju i Budimpešti, koji imaju i specijalizovane mobilne timove koji pružaju negu i u kućnim uslovima. Palijativno zbrinjavanje na odeljenjima neonatologije zahteva specifičnu organizaciju u okviru jedinica intenzivne nege gde su ugrožena novorođenčad obično smeštena. Savremenija literatura iz oblasti pedijatrijskog palijativnog zbrinjavanja ukazuje da organizacija različitih modela zbrinjavanja nije i ne može da bude na isti način organizovana u različitim zemljama i da zavisi pre svega od konkretnih analiza u svakoj zemlji posebno a koje se odnose na broj i uzrast obolele dece i mladih u određenom regionu sa potrebama za palijativno zbrinjavanje, na vrste bolesti, dužinu preživljavanja, potrebe porodice, kao i podršku lokalne zajednice i društva u celini [21].

U našoj zemlji, palijativno zbrinjavanje dece i mladih nije sistemski organizovano, tačnije ne postoje specijalizovani timovi i službe i određena mesta na kojima bi se ova vrsta nege i podrške pružala. Ono što, za sada, postoji jesu izolovane intervencije uglavnom usmerene na procenu i kontrolu bola i drugih telesnih tegoba, što ukazuje da je u osnovi još uvek dominantan medicinski model koji je usmeren samo na kontrolu fizičkih simptoma. Problem palijativnog zbrinjavanja dece, međutim, prepoznat je kao urgentan od strane Ministarstva zdravlja Republike Srbije, i u periodu od 2011. do 2014. godine, u okviru projekta “Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji” organizovana su dva edukativna kursa iz oblasti pedijatrijskog palijativnog zbrinjavanja koja je pohađalo 90 polaznika iz različitih medicinskih i socijalnih ustanova. U okviru specijalizacije iz pedijatrije održavaju se predavanja vezana za procenu i terapiju bola i drugih simptoma kod dece. Specifičnosti palijativnog zbrinjavanja dece i mladih uključena su u teme predavanja za lekare na specijalizaciji iz palijativne medicine [22]. Na doktorskim studijama psihologije pri Filozofskom fakultetu u Beogradu uveden je predmet koji se odnosi na psihološke aspekte palijativnog zbrinjavanja.

I pored nastojanja da se razviju edukativni kursevi i programi, palijativno zbrinjavanje dece i mladih nije implementirano u naš zdravstveni sistem prema neophodnim standardima i na način na koji je to učinjeno u drugim zemljama. Osnovni standardi za palijativno zbrinjavanje dece podrazumevaju: poštovanje osnovnih principa, ciljeva, načina, mesta pružanja zbrinjavanja, formiranje multidisciplinarnih timova i umrežavanje i uspostavljanje partnerskih odnosa institucija i lokalne zajednice sa ciljem pružanja pomoći i podrške umirućem detetu i porodici [23]. U martu 2018. godine potpisan je ugovor sa Ministarstvom zdravlja Republike Srbije o sprovođenju projekta “Implementacija Nacionalnog programa za palijativno zbrinjavanje dece u Srbiji” u kojem se Institut za majku u dete “Dr

Vukan Čupić” obavezao da će u periodu od naredne tri godine aktivno raditi na sprovođenju uredbe o Nacionalnom programu za palijativno zbrinjavanje dece, sa ciljem da se napišu stručno-metodološka uputsva i vodiči za roditelje, decu i članove porodice uz dodatne edukacije zdravstvenih radnika i roditelja [7,24]. Uredba o Nacionalnom programu za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji koja je doneta 2016 godine definiše sve aspekte vezane za zbrinjavanje² [25]. Važno je naglasiti da bi roditelji i porodica mogli da pruže adekvatnu negu teško obolelom detetu i u njihovom domu kako je Uredbom definisano, roditeljima kao pružaocima nege je često neophodna organizovana stručna medicinska podrška, edukacija, psihološka podrška, socijalna pomoć, podrška lokalne zajednice. Jedan od ciljeva Nacionalnog programa za palijativno zbrinjavanje dece u Srbiji je da deca budu zbrinjavana u regionalnim bolnicama, bliže njihovom mestu stanovanja, sa mogućnošću da kada god je moguće i u skladu sa aktuelnim potrebama, vreme provode u njihovom domu, sa članovima porodice ali uz neophodnu stručnu podršku mobilnih timova za palijativno zbrinjavanje iz Doma zdravlja kojem prema mestu stanovanja pripadaju.

Novi pokušaji u vezi sa implementiranjem nacionalnog programa sigurno predstavljaju značajan korak. Detaljna analiza potreba i stanja za pedijatrijskim palijativnim zbrinjavanjem u našoj sredini, formiranje i dodatno edukovanje specijalizovanih multidisciplinarnih timova i opredeljivanje mesta pri regionalnim dečijim bolnicama i odeljenjima u okviru kojih bi se sprovodilo palijativno zbrinjavanje dece i mladih uz formiranje mobilnih multidisciplinarnih timova za osnaživanje roditelja i porodice za negu deteta u kućnim uslovima, umrežavanje sa različitim institucijama u lokalnim zajednicama koje mogu da budu od koristi, u značajnoj meri bi doprinelo brzini i efikasnosti implementacije Nacionalnog programa za palijativno zbrinjavanje dece u našoj zemlji.

² Prema Uredbi o Nacionalnom programu za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji naglašava se da porodica, odnosno roditeljski dom, treba da bude mesto pružanja palijativnog zbrinjavanja kad god je to moguće; ako je dete smešteno u bolnici ili u hospisu, za njega treba obezbediti stručno pedijatrijsko osoblje u okruženju usmerenom na dete, zajedno s decom sa sličnim razvojnim potrebama. Deca se ne smeštaju u bolnice za odrasle ili hospise za odrasle; o deci treba da brinu zdravstveni radnici i zdravstveni saradnici, obučeni i uvežbani da uspešno ispunjavaju fizičke, emocionalne i razvojne potrebe dece i njihovih porodica; svaka porodica treba da ima pristup multidisciplinarnom holističkom pedijatrijskom timu stručnjaka palijativnog zbrinjavanja u svom domu, što uključuje pedijatra, medicinsku sestru, socijalnog radnika, psihologa.

PALLIATIVE CARE FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS BETWEEN THEORY AND PRACTICE – WHERE ARE WE IN SERBIA?

Tamara Klikovac

Faculty of Philosophy – University of Belgrade,
Department of Psychology

Abstract: This article comprises three aims. First aim refers to introducing our professional milieu to the basic concepts and philosophy of palliative care for children and adolescents. Second aim points out to the importance of multidisciplinary and comprehensive care (physical, psycho-social and spiritual) in palliative care in general, and particularly among pediatric patients. Third aim was to critically consider various obstacles and resistance that exists in our environment regarding the organization of palliative care for children and young people, through the prism of various models of palliative care for children and adolescents around the world, particularly in Europe and in the regional countries. Palliative care of children is a special area closely related to the palliative care of adults. It involves the active and comprehensive care of the body, mind and spirit of the child, providing the necessary psycho-social support to the affected child and the family during all the phases of facing the incurable disease, from the diagnosis to the end of the period of grief over the loss of a family member. In a wider sense, palliative care can improve the quality of life allowing the alleviation of symptoms and pain control, adequate psycho-social, psychotherapeutic and spiritual support from the moment of the diagnosis to the end of the patient's life. In addition to that, it also provides psychological support to family members grieving after the loss of a family member. Palliative care of children can be conducted in hospices (special centers organized according to the needs of severely ill children and their families), in regional centers, as well as at children's homes.

Key words: *palliative care for children and adolescents, psychological aspects, holistic approach*

Literatura:

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Available from: www.who.int/cancer/palliative/en; 2002.
2. Sinanović O, Delibegović A, Husić S, Kalajlić S, Vidović M, Čičkušić E. Razvoj palijativne skrbi iz perspektive razvoja palijativne neurologije u Tuzli. Glas Pul Bol. 2009;5(2):136-9.
3. Borazio D. O umiranju (šta znamo, šta možemo da uradimo i kako da se pripremimo). Laguna: Beograd; 2017.
4. Association for Children's palliative care. Basic symptom control in Paediatric palliative care: The Rainbows Children's Hospice Guidelines. ACT,; Bristol; 2011.
5. Downing J, Milićević N. Palijativno zbrinjavanje dece. Čigoja štampa: Beograd. 2014.
6. Janković B, Lozanović D, Martić J. Palijativno zbrinjavanje dece u Srbiji – prikaz projekta. Zbornik radova II Kongresa pedijataru Srbije. Beograd, 2014;22-199.
7. Vlada Republike Srbije. Nacionalna strategija za palijativno zbrinjavanje. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. "Sl. glasnik RS", br.17/2009, Beograd; 2009.
8. Vukomanović V. Potrebe za palijativnim zbrinjavanjem dece u Srbiji. Zbornik predavanja 21. Pedijatrijske škole. Beograd, 2018; 3-20.
9. Hain R, Jassal S. Pediatric palliative medicine. Oxford University Press; 2010.
10. Janković B, Vukomanović V, Lozanović D. Osobnosti palijativnog zbrinjavanja u pedijatriji. Zbornik predavanja 21. Pedijatrijske škole. Beograd, 2018;3-20.
11. Klikovac T. Psihološki aspekti palijativnog zbrinjavanja dece i adolescenata. Zbornik predavanja 21. Pedijatrijske škole. Beograd, 2018;3-20.
12. Yeager K, Roberts A. (edit). Crisis intervention handbook: assessment, treatment and research (4th ed). Oxford University Press: London; 2015.
13. Vlajković J. Od žrtve do preživelog. Žarko Albulj; Beograd; 2009.
14. Children's Palliative Care Services: A Guide to the Development of children's palliative care services, Associations for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and Their Families (ACT) and the Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPCH), 2nd ed. 2003.
15. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb – mostovi nade i čovječnosti. Roketa: Zagreb; 2012.
16. Klikovac T. Kompleksna patnja vezana za terminalnu fazu bolesti, smrt i tugovanje. Psihološka istraživanja. 2010;13:261-71.
17. Klikovac T. Porodična terapija fokusirana na tugovanje – terapija izbora u oblasti palijativnog zbrinjavanja. Psihološka istraživanja. 2017;20(2):319-41.
18. McEvoy M. An added dimension to the pediatric health maintenance visit: The spiritual history. Journal of Pediatric Health Care. 2000;14(5):216-20.
19. Knapp C, Woodworth L, Wright M, et al. Pediatric palliative care around the world: A systematic review. Pediatr Blood Cancer. 2011;57(3):361-68.
20. International Children's Palliative Care Network. The ICPCN Charter. [Internet]. [cited 2018 July 1]. Available from: <http://www.icpcn.org.uk>

21. Goldaman A, Hain R, Liben S. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. 2nded. Oxford; 2012.
22. Dokmanović L. Palijativno zbrinjavanje dece u Srbiji: Organizacija i edukacija. Zbornik predavanja 21. Pedijatrijske škole. Beograd. 2018;3-20.
23. IMPaCCT: Steering Committee of the EAPC task force on palliative care for children and adolescents. Standards for paediatric palliative care in Europe. Eur J Palliat Care. 2007;14:109-14.
24. Institut za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije: Palijativno zbrinjavanje dece u Srbiji. Projekat Ministarstva zdravlja i Instituta. Beograd, 2013.
25. Vlada Republike Srbije. Uredba o Nacionalnom programu za palijativno zbrinjavanje dece u Republici Srbiji. Sl. glasnik RS, 22/2016, Beograd, 2016.

Docent dr sci TAMARA KLIKOVAC, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet, Odeljenje za psihologiju

Tamara Klikovac, PhD, Associate Professor, Faculty of Philosophy – University of Belgrade, Department of Psychology

E-mail: tklikova@f.bg.ac.rs

STABILNOST MKB-10 DIJAGNOZA KOD PACIJENATA SA PSIHOTIČNIM SIMPTOMIMA

Teodora Jovanović, Milutin Kostić^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Apstrakt: Uvod: Većina dijagnostičkih kriterijuma u drugim medicinskim granama se zasnivaju na etiologiji. To u psihijatriji nije moguće i otuda dolazi do velikih kritika i debata o svakom dijagnostičkom kriterijumu i njegovoj validnosti. Nedostatak nozološke klasifikacije zasnovane na etiologiji bolesti doprineo je i nestabilnosti psihijatrijskih dijagnoza kroz vreme. **Cilj:** Utvrđivanje stabilnosti MKB-10 dijagnoza kod pacijenata sa psihotičnim simptomima u periodu od najmanje 10 godina, kao i utvrđivanje učestalosti psihijatrijskog komorbiditeta u uzorku. **Materijal i metode:** Retrospektivni uvid u medicinsku dokumentaciju 94 pacijenta, kojima je primarno postavljena dijagnoza nekog psihotičnog ili bipolarnog poremećaja. **Rezultati:** Najčešće postavljena dijagnoza bila je F29 (45,74%). Najstabilnija dijagnoza u uzorku je F31 (28,95%). Najveći broj pacijenata imao je po dve dijagnoze iz grupe onih koje su predmet istraživanja (F20, F22, F25, F29, F31) – 39,13%. Najčešći psihijatrijski komorbiditet bio je F32/33 – 41,49%. Primećeno je veliko preklapanje dijagnoza F20, F25, F31. **Zaključak:** Nestabilnost psihijatrijskih dijagnoza u kliničkoj praksi je neminovna, multifaktorijalno uslovljena pojava, pogotovo kod dijagnoza iz spektra psihotičnih poremećaja usled izrazite heterogenosti kliničkih slika i evolucije simptoma kroz vreme. Ova problematika zahteva konstantno traganje za uzrocima koji dovode do promena dijagnoza i markiranje onih dijagnoza koje su se pokazale nestabilnim.

Ključne reči: stabilnost, psihotični poremećaj, psihijatrijski komorbiditet, MKB-10

Uvod

Osnova medicinskog rada jeste dijagnostika. Ona se ostvaruje upotrebom klasifikacionih sistema. Definisanjem dijagnostičkih kriterijuma postavljaju se granice između bolesti i zdravlja, usmeravaju istraživanja i terapijski modaliteti. Većina dijagnostičkih kriterijuma u drugim medicinskim granama se zasnivaju na etiologiji. To u psihijatriji nije moguće i otuda dolazi do velikih kritika i debata o svakom dijagnostičkom kriterijumu i njegovoj validnosti [1,2,3,4,5].

Grupa poremećaja čija je glavna karakteristika postojanje psihotičnih simptoma dijagnostički se određuje prema *MKB-10* od *F20* do *F29* [6]. Shizofreni poremećaj kao dijagnoza (*MKB F20.0 – F20.9*) ne bi trebalo da se dijagnostikuje *ad hoc* ili u kraćem razdoblju posebno imajući u vidu epidemiološke podatke, koji govore da gotovo 15 – 20% primarno shizofrenih slika kod prvih psihotičnih epizoda više nikada ne pokažu psihotičnost niti prelaze u psihijatrijski hronicitet, koji je uglavnom patognomoničan za shizofrenu psihozu [7]. Poseban značaj treba posvetiti i prepoznavanju i dijagnostikovanju psihotičnog stanja ili poremećaja kada se ono pojavljuje prvi put u životu jer tada, s kliničkog aspekta, gotovo redovno se postavlja dijagnoza psihotične reakcije ili dekompenzacije (*MKB, F23*). Daljim kliničkim praćenjem, tokom lečenja ili nelečenja, *dg F23* evoluiru u neku ozbiljniju dijagnozu iz spektra psihotičnih poremećaja [7]. Takođe, treba imati u vidu i poremećaje koji mogu, a ne moraju imati psihotična obeležja, poput manije i depresije u bipolarnom poremećaju, kao i unipolarne depresije. U naše istraživanje je uključen i bipolarni poremećaj, kao nozološki entitet koji može imati psihotične karakteristike [8], i sve su učestalija mišljenja stručnjaka, koji dovode u pitanje Krepelinovu dihotomiju između shizofrenije i bipolarnog poremećaja i sugerišu da ove entitete treba posmatrati kao kontinuum, sa shizoafektivnim poremećajem na sredini [9,10]. Upravo ovo pitanje, gde počinju, a gde se završavaju gotovo svi psihijatrijski poremećaji je u centru debate koja se vodi unutar psihijatrije gotovo od njenog nastanka kao grane medicine [11]. Ovo pitanje usmerava i pristup psihijatrijskoj nozologiji, sa tri osnovna, uglavnom suprotstavljena pristupa [12]. Trenutno dominantan, ali pod stalnim napadima, je kategorijalni, gde su psihijatrijske dijagnoze u dijagnostičkim kriterijumima predstavljene kao konkretna stanja sa jasnim granicama. Upravo ovakvim dijagnozama se bavi i naš rad. S druge strane dimenzionalni pristup psihijatrijsku problematiku posmatra kao stanja koja “se stapaju” jedna u drugo gotovo neprimetno i da jasna granica među njima ne postoji. Iako naš rad ne govori direktno o dimenzionalnim kategorijama, mnogi od problema koje postoje u kliničkoj praksi sa kategorijalnim dijagnozama bi, barem teorijski, bili rešeni dimenzionalnim pristupom (mada bi se sigurno otvorili drugi problem) [13]. Treći, etiološki, pristup dijagnostici je nešto što se zagovornici i kategorijalnog i dimenzionalnog modela slažu da bi bio najbolji model, ali trenutno naša naučna saznanja nisu na nivou koji bi omogućio uspostavljanje ovakve dijagnostičke nozologije.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitivanje stabilnosti *MKB-10* dijagnoza u periodu od najmanje 10 godina – kod pacijenata kojima je primarna dijagnoza iz grupe “shizofrenija, shizotipski poremećaji i sumanuti poremećaji” i to pre svega *F20* (shizofrenija), *F22* (stalna sumanuta duševna oboljenja), *F23* (akutna i

prolazna duševna oboljenja), *F25* (shizoafektivna duševna oboljenja) i *F29* (neorgansko duševno oboljenje, neoznačeno), kao i *F31* (afektivno bipolarno duševno oboljenje) iz grupe “poremećaji raspoloženja”. Dodatni cilj je utvrđivanje psihijatrijskog komorbiditeta u uzorku.

Materijal i metode

Istraživanje je sprovedeno u Institutu za mentalno zdravlje, Beograd, u decembru 2017. godine. Uzorak je sačinjen od komplijantnih, redovnih, ambulantnih pacijenata kojima je otvoren karton 2007. godine ili ranije, koji aktuelno imaju dijagnozu nekog psihotičnog ili bipolarnog poremećaja. Komplijantnost je utvrđivana uvidom u dokumentaciju, redovnim dolascima na kontrole tokom svih 10 godina od prvog pregleda. Pol, godište ili bilo koji drugi kriterijum nisu bili od značaja za odabir pacijenata. Svi pacijenti koji nisu bili redovni na kontrolama ili komplijantni, izuzeti su iz uzorka.

Retrospektivnim uvidom u medicinsku dokumentaciju u periodu od 10 godina ili više, utvrđena je promenljivost kliničkih slika i dijagnoza. Takođe, utvrđen je i psihijatrijski komorbiditet u uzorku.

Analiza podataka dobijena je deskriptivnom statistikom.

Dozvola za istraživanje je dobijena od strane etičkog komiteta Instituta za mentalno zdravlje.

Rezultati

Obradeno je 94 kartona. Prosečna starost pacijenata kada je prvi put postavljena dijagnoza psihotičnog ili bipolarnog poremećaja je 29,36 godina.

Zastupljenost dijagnoza psihotičnog kvaliteta u uzorku

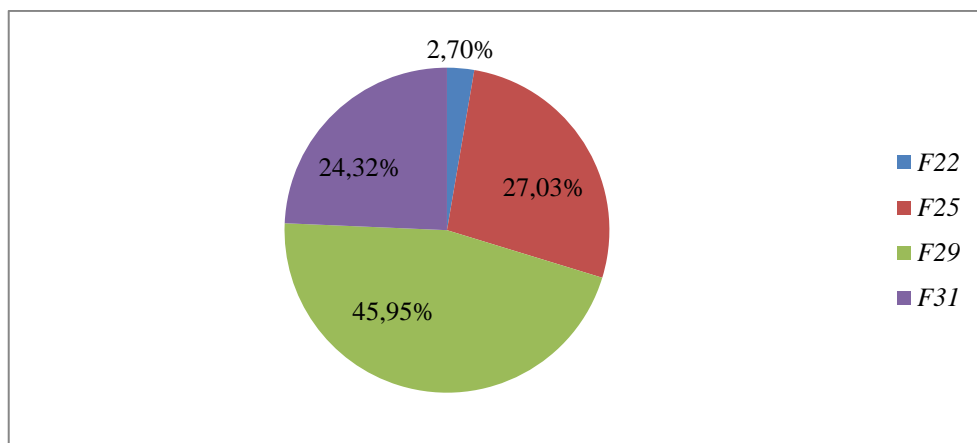
Ukupan broj pacijenata kojima je u nekom trenutku u toku lečenja postavljena dijagnoza *F20* (shizofrenija) u uzorku je 34, od toga jedan pacijent sa dijagnozom *F20.4* (postshizofrena depresija). Od 34 pacijenta sa dijagnozom *F20*, osam pacijenata je imalo samo dijagnozu *F20*, koja nije promenjena od početka lečenja do kraja praćenja, niti je dodavana još neka iz grupe onih dijagnoza koje su predmet ovog istraživanja (ne uzimajući u obzir dijagnozu *F23*, kao privremenu). Prema tome, kod 23,53% *dg F20* je bila *jedinstvena*¹ (Tabela 1).

¹ Termin *jedinstven* u ovom radu korišćen je da označi one pacijente koji su imali samo jednu dijagnozu iz grupe dijagnoza koje su predmet ovog istraživanja (*F20-F29*, *F31*), izuzimajući *F23* (kao privremenu), kao i ostale psihijatrijske dijagnoze.

Tabela 1. Broj pacijenata sa određenim dijagnozama

DIJAGNOZA	Ukupno	Jedinstveni (sa jednom dijagnozom) ²
F20	34 (36,17%)	8 (23,53%)
F22	11 (11,70%)	3 (27,27%)
F23	44 (46,81%)	2 (4,55%)
F25	30 (31,91%)	3 (10%)
F29	43 (45,74%)	5 (11,63%)
F31	38 (40,43%)	11 (28,95%)

Kod ostalih 76,47% pacijenata, dijagnoza shizofrenije je kombinovana sa ostalim dijagnozama psihotičnog kvaliteta, i to najčešće sa *F29* (45,95%), *F25* (27,03%), *F31* (24,32%), kao i sa *F22* (2,7%) (Slika 1).

**Slika 1.** Komorbiditet F20 i ostalih dijagnoza psihotičnog kvaliteta

Sa druge strane, kod pet pacijenata od njih 34 (14,71%) dijagnoza *F20*, koja je u jednom trenutku postavljena, nakon izvesnog vremena je promenjena u neku drugu dijagnozu. Dijagnozu *F22* (stalna sumanuta duševna oboljenja) je imalo ukupno 11 pacijenata (11,7%), od toga troje pacijenata (27,27%) označenih kao “jedinstveni” (oni koji su imali samo tu dijagnozu od početka lečenja do kraja perioda praćenja). Privremenu dijagnozu *F23* (akutna i prolazna duševna oboljenja) imalo je ukupno 44 pacijenata (46,81%), a kod dva pacijenta (4,55%) ona se zadržala kao trajna tokom celog perioda praćenja, i nije menjana u drugu dijagnozu. Ukupan broj pacijenata kojima je u nekom trenutku u toku lečenja postavljena dijagnoza *F25* (shizoafektivni poremećaj) bio je 30 (31,91%), od toga njih troje (10%) kod kojih se dijagnoza shizoafektivnog poremećaja zadržala.

²Procenti u koloni “Jedinstveni” odnose se na udeo jedinstvenih pacijenata u odnosu na broj onih koji su tu određenu dijagnozu imali u bilo kom trenutku lečenja, a ne u odnosu na ukupan broj pacijenata iz uzorka.

Najvećem broju pacijenata (ne uzimajući u obzir *dg F23*, kao privremenu), dijagnostikovana je nespecificovana neorganska psihoza (*F29*) – kod ukupno 43 pacijenta (45,74%), a kod njih petoro (11,63%) ostala je kao jedina dijagnoza iz spektra onih koje su predmet ovog istraživanja. Što se tiče dijagnoze *F31*, ukupan broj pacijenata u uzorku je 38, a od toga čak 11 (28,95%) je imalo samo tu dijagnozu kroz ceo period lečenja (Tabela 1).

Dijagnoza *F23* je u proseku zadržavana 3,43 godine, a kod dva pacijenta (4,55%) ona je bila prisutna od početka lečenja, pa do kraja praćenja, kao jedina dijagnoza iz grupe psihotičnih poremećaja, koje su predmet ovog istraživanja.

Četnaest od 30 pacijenata (46,67%) koji su imali dijagnozu *F25*, u nekom trenutku su imali i dijagnozu *F31*.

Ako bismo posmatrali ukupan broj pacijenata sa dijagnozom *F25*, *F31* ili obe, u našem uzorku ima ih 55. Četnaest od tog broja je imalo obe dijagnoze, što čini 25,45%.

Broj dijagnoza po osobi

Uzimajući u obzir samo dijagnoze koje su predmet ovog istraživanja (bez *F23*) u analiziranju prosečnog broja dijagnoza po osobi, rezultati su sledeći – najveći broj osoba imao je dve različite dijagnoze tokom perioda lečenja (39,13%), samo jednu dijagnozu iz ove grupe dijagnoza imalo je 30 pacijenata (32,61%), tri dijagnoze imalo je 24 pacijenta (26,09%), a četiri dijagnoze je imalo 2 pacijenta (2,17%). Ukupan broj pacijenata uzimajući u obzir ovu grupu dijagnoza je 92, jer su dve osobe iz uzorka tokom celog desetogodišnjeg (ili dužeg) perioda lečenja imale dijagnozu *F23*, kao jedinu.

Ako bismo dijagnozama iz prve grupe dodali dijagnozu *F23*, najveći broj osoba u uzorku je imao 3 dijagnoze (39,36%). Jednu dijagnozu je imalo 18 pacijenata (19,15%), dve – 30 (31,91%), a četiri – 8 pacijenata (8,51%). Jedan pacijent (1,06%) je imao pet dijagnoza.

Uzimajući u obzir i ostale psihijatrijske dijagnoze, pored onih koje su primarno predmet ovog istraživanja, najveći broj osoba u uzorku imao je četiri različite psihijatrijske dijagnoze (36,17%), samo 5,32% osoba je imao samo jednu psihijatrijsku dijagnozu, a jedna osoba je imala šest psihijatrijskih dijagnoza (Tabela 2).

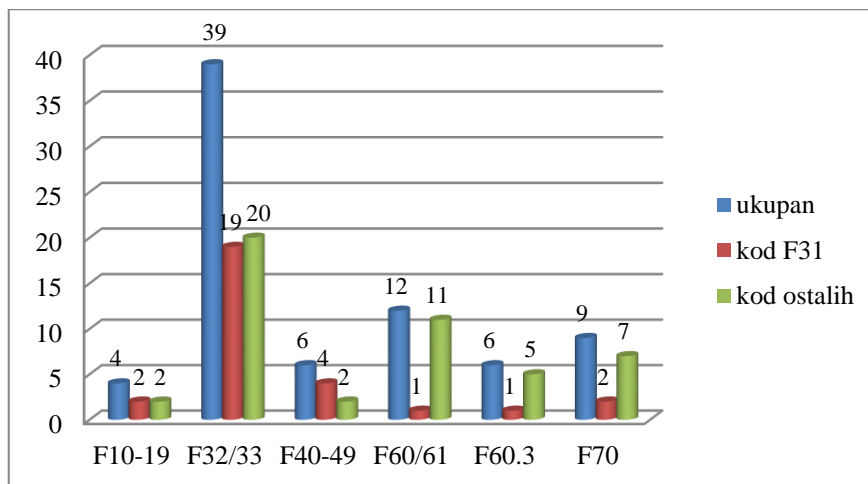
Tabela 2. Distribucija broja pacijenta koji su imali samo praćene dijagnoze, praćene dijagnoze u kombinaciji sa dijagnozom akutnog tranizornog psihotičnog poremećaja kao i praćene dijagnoze u kombinaciji sa ostalim psihijatrijskim dijagnozama koje nisu bile predmet istraživanja

Broj dijagnoza po osobi	Broj pacijenata koji su imali neku od sledećih dijagnoza <i>F20, F22, F25, F28, F29, F31</i>	Broj pacijenata koji su imali neku od sledećih dijagnoza <i>(F20, F22, F25, F28, F29, F31) + F23</i>	Broj pacijenata koji su imali neku od sledećih dijagnoza <i>(F20, F22, F25, F28, F29, F31) + F23 + ostali psihijatrijski komorbiditet</i>
1	30 (32,61%)	18 (19,15%)	5 (5,32%)
2	36 (39,13%)	30 (31,91%)	19 (20,21%)
3	24 (26,09%)	37 (39,36%)	22 (23,40%)
4	2 (2,17%)	8 (8,51%)	34 (36,17%)
5	/	1 (1,06%)	13 (13,83%)
6	/	/	1 (1,06%)
Ukupno pacijenata	92	94	94

Psihijatrijski komorbiditet u uzorku

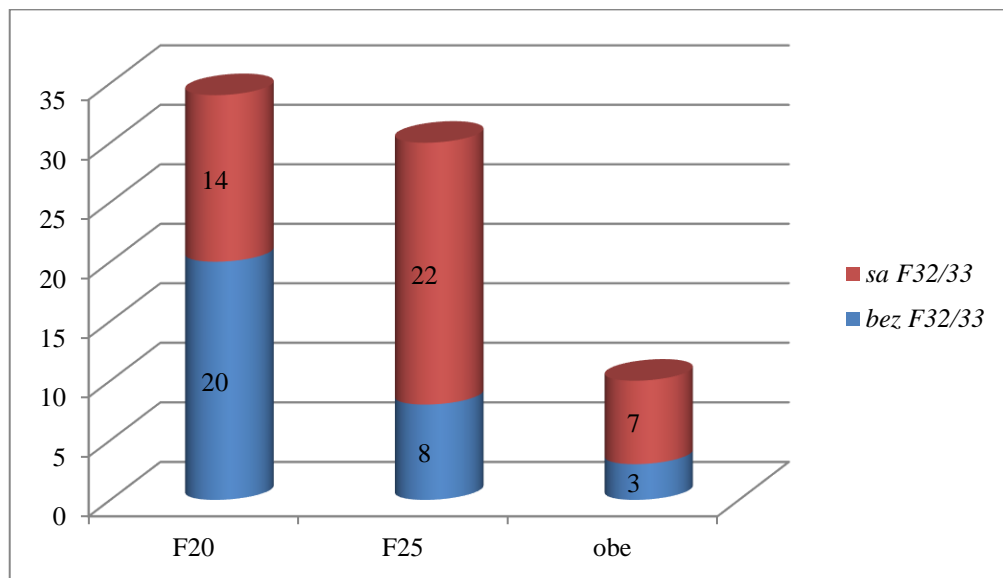
Najveći broj pacijenata u uzorku je, kao psihijatrijski komorbiditet, imao dijagnozu *F32/33* – 39 od 94 pacijenata (41,49%). Od tog broja, njih 19 je kao primarnu dijagnozu imalo *F31*, što je 48,72%, dok je ostalih 20 imalo neku drugu psihijatrijsku dijagnozu, iz grupe onih koje su predmet ovog istraživanja, kao primarnu.

Kada je reč o poremećajima ličnosti, 12 od 94 pacijenata je imalo dijagnozu *F60/61*, što čini 12,77%, a od tih 12 je 6 njih bilo sa dijagnozom *F60.3*. Jedan pacijent sa *dg F31* (od njih 38 ukupno) kao komorbiditet imao je *dg F60.3* (2,63%). Kod 9 od 12 pacijenata (75%) sa *dg* poremećaja ličnosti ona je “skinuta” posle određenog perioda lečenja (Slika 2).



Slika 2. Prisusotvo psihijatrijskog komorbiditeta u praćenom uzorku

Od 34 pacijenta kojima je dijagnostikovana *F20*, 14 njih (41,18%) je kao komorbiditet imalo *F32/33*, dok je, od 30 pacijenata kojima je dijagnostikovana *F25* kao primarna dijagnoza, čak 22 njih imalo i *F32/33* (73,33%). Deset pacijenata je imalo obe dijagnoze (*F20* i *F25*), a od tog broja, njih sedmero je imalo kao komorbiditet *F32/33* (70%) (Slika 3).



Slika 3. Distribucija pacijenata sa dijagnozom shizofrenije, shizoafektivnog poremećaja ili obe dijagnoze istovremeno u odnosu na dijagnozu depresivnog poremećaja kao komorbiditeta

Hospitalizacije

Najveći broj pacijenata je bio hospitalizovan jednom (22,34%) ili dva puta (20,21%). Dvanaest pacijenata od njih 94 nije bilo hospitalizovano ni jednom (12,77%). Po jedan pacijent je imao četrnaest (1,06%), odnosno šesnaest (1,06%) hospitalizacija. U 18,3% slučajeva, dijagnoza je promenjena nakon hospitalizacije.

Diskusija

Najzastupljenija dijagnoza u uzorku bila je *F29*, kod čak 43 pacijenta odnosno 45,74%. To je procenat onih koji su u jednom trenutku imali ovu dijagnozu, dok je samo njih petoro od 43, odnosno 11,63% imalo ovu dijagnozu kao jedinstvenu. Ovakav rezultat navodi na razmišljanje u dva smera – heterogenost u kliničkoj slici pacijenata, ali svakako i mogućnost nesigurnosti u pogledu postupka dijagnostikovanja [14], kao i izbegavanje dijagnostikovanja pacijenata u smislu razvojnog poremećaja tipa shizofrenije zbog moguće stigmatizacije, što je nažalost i danas prisutno [15,16].

Najprisutnija jedinstvena dijagnoza u uzorku je *F31* – od 38 pacijenata kojima je u nekom momentu bila dijagnostikovana *F31*, kod njih 11 (28,95%) ova dijagnoza se zadržala kao jedinstvena, odnosno nije se menjala u neku od

dijagnoza psihotičnog kvaliteta, koje su predmet ovog istraživanja. Ovo je delimično u skladu sa literaturom gde je bipolarni poremećaj najstabilnija dijagnoza [17,18], ali je u našem uzorku to značajno manje nego u uzorku Chena i saradnika [17] gde je preko 70% pacijenta sa biplarnom dijagnozom na početku tu dijagnozu zadržalo i pri kasnijem preseku, dok je u McLean-Harvardskom projektu taj broj čak 96,5 [18]. Ipak prvo istraživanje je posmatralo period od 7, a drugo svega 2 godine, što je značajno kraće od naših 10 godina.

Od 44 pacijenta kojima je dijagnostikovana *F23*, kod 42 je ona tokom desetogodišnjeg praćenja evoluirala u neki ozbiljniji klinički entitet iz reda psihoza, međutim kod dva pacijenta ona se zadržala kao jedina. Ovaj podatak, kao i činjenica da je dijagnoza *F23* prosečno zadržavana 3,43 godine, a što nije u skladu sa dijagnostičkim kriterijumima, govori u prilog tome da je ona možda, kao i dijagnoza *F29*, šifrirana kod pacijenata umesto *F20*, u cilju izbegavanja stigmatizacije [15,16].

Uzimajući u obzir dijagnoze koje karakterišu predominantno psihotični simptomi, koje su predmet ovog istraživanja (izuzev *F23*, pod pretpostavkom da je ona privremena), najveći broj pacijenata (39,13%) je imao dve dijagnoze, a ako uzmemo u obzir sve psihijatrijske dijagnoze, prosečan broj dijagnoza po osobi raste na 4, u 36,17% slučajeva. Ovaj podatak govori u prilog tri potencijalne stvari – subjektivnost lekara u prosuđivanju simptoma psihijatrijskih poremećaja, značajne heterogenosti kliničke slike kao i promene kliničke slike u toku same evolucije bolesti [14,19]. Takođe, treba imati u vidu i izvesna administrativna ograničenja propisivanja lekova o trošku fonda [20].

Kada je reč o dijagnozi *F20*, ona je kod samo 23,53% bila jedinstvena. U ostalih 76,47% pacijenti su „lutali” između ostalih dijagnoza psihotičnog kvaliteta. Rezultati dobijeni analizom podataka ukazuju na veliki stepen prelazaka i komorbiditeta dijagnoza *F20*, *F25* i *F31*, što je u skladu sa podacima iz literature [9,10,18], koji sugerišu da između dijagnoza shizofrenije i bipolarnog poremećaja ne postoji apsolutna dihotomija, već da ih treba posmatrati kao kontinuum na čijim se krajevima nalaze *dg F20* i *F31*, a na sredini *F25*. Ono što je problematično je što je najčešća dijagnoza koja prethodi, nasleđuje ili ide zajedno sa dijagnozom shizofrenije je dijagnoza nespecifičnog psihotičnog poremećaja (*F29*), što se može shvatiti ponovo kao vid zaštite pacijenata od stigmatizacije koju *dg F20* nosi [15,16]. Najproblematičniji podatak je da je *dg F20*, koja bi inače trebalo da važi za stabilnu dijagnozu, „skinuta” posle određenog broja godina kod 14,71% pacijenata. Ovo je suprotno od uobičajene prakse, te je u istraživanju Brometa i saradnika [19] broj pacijenata sa dijagnozom Sch značajno porastao od nulte do desete godine i nisu navedeni slučajevi u suprotnom smeru. Heslin i saradnici su prateći psihotične poremećaje 10 godina naši da je Sch najstabilnija dijagnoza i čak su u svom zaključku naveli da „izuzev shizofrenije, sve druge dijagnoze treba smatrati potencijalno privremenim” [21]. Ovo nas dovodi u paradoksalnu situaciju da je mnogim pacijentima zbog stigma odlagano davanje dijagnoze Sch, a s druge strane da je relativno nemalom broju pacijenata ta dijagnoza moguće data prerano.

Što se tiče shizoafektivne psihoze, jedan od nalaza koji pobuđuje pažnju i potrebu za daljim praćenjem je svakako istovremeno postojanje i shizoafektivnog

i bipolarnog poremećaja, što je nemoguće jer postojanje jednog isključuje postojanje drugog prema kriterijumima definisanim od strane MKB-10 [6]. Postoji mogućnost da su obe dijagnoze bile istovremeno šifrirane u smislu izbegavanja određenih administrativnih ograničenja oko propisivanja lekova poput psihostabilizatora o trošku fonda na šifru bipolarnog poremećaja, a u smislu zaštite budžeta pacijenata koji su često na granici egzistencije [20]. Ovo je dakle najverovatnije učinjeno sa ciljem zaštite pacijenta, ali značajno remeti kvalitet informacija koje lekari među sobom razmenjuju, a i potencijal za veća retrospektivna epidemiološka i klinička istraživanja uz upotrebu dokumentacije, jer podaci očigledno nisu uvek apsolutno verodostojni.

Najčešći psihijatrijski komorbiditet kod pacijenata u uzorku je *F32/33* – kod 41,49%. Ono što je zanimljivo je da 41,18% pacijenata sa shizofrenijom ima uporedo dijagnozu depresivnog poremećaja. To je značajno više nego u uzorku Baynesa i saradnika gde je procenat 13,3% [22] (mada je to uzorak isključivo hroničnih Sch), ali manji od uzorka Gozdzik-Zelazny i saradnika gde je procenat 61% [23]. Razlog za ovako veliku razliku između tri uzorka može biti da je veliki broj depresivnih reakcija u početnim, akutnim epizodama, sa razvojem uvida, te hronične psihoze imaju manje depresivnih simptoma kako nauče da žive sa bolešću, ali je moguće i da se u kliničkoj praksi ne pravi dovoljno distinkcija između neuroleptičkog sindroma, negativnih simptoma shizofrenije i depresivnog pomaka [24]. Samo jedan od 34 pacijenta sa *dg F20* je imao dijagnozu postshizofrene depresije. Moguće da je ovo dijagnoza o kojoj lekari malo razmišljaju, te da je često dijagnostikuju kao komorbiditet shizofrenije i depresivnog poremećaja, ali je ovo generalno jako slabo izučavana i kontroverzna dijagnoza te ne postoje još uvek istraživanja koja su se fokusirala na incidence i prevalencije ove dijagnoze sa kojim bismo mogli da uporedimo naše rezultate. Čak 73,33% shizoafektivnih pacijenata je imalo dijagnozu depresivnog poremećaja. Uporedo davanje shizoafektivne i depresivne dijagnoze se (kao i u slučaju istovremenog šifriranja shizoafektivnog i bipolarnog poremećaja) verovatno čini da bi pacijenti lakše nabavili antidepressivnu terapiju [20], ali nosi iste konsekvence sa sobom.

U prilog dijagnostičkoj nesigurnosti ili značajnoj kliničkoj promenljivosti pacijenata govori i to da su čak dve dijagnoze koje bi trebalo da su vrlo stabilne, *F60/61* i *F20*, "skidane" nakon uključivanja u 75% i 14,71% slučajeva. Posebno je neuobičajena velika varijacija u dodeljivanju i isključivanju dijagnoza poremećaja ličnosti. Postoje brojni radovi u literaturi koji, u kontekstu postmoderne liberalne kulture i digitalne informacione ere, zagovaraju reviziju koncepta normalne, adaptirane, zrele i poremećene ličnosti [1,25,26]. Svakako nam ovakva istraživanja ostavljaju prostor da razmatramo da li je u sklopu neke trenutne maladaptacije kod ovih pacijenata preuranjeno postavljena dijagnoza poremećene ličnosti ili se struktura ličnosti menjala tokom katamnestičkog praćenja, te su crte ličnosti koje su dostizale patološki nivo vremenom postale manje izražene i nisu više zadovoljavale kriterijume za postavljanje dijagnoze. Ova promena je mogla nastati prirodno, poboljšanjem adaptivnih potencijala osobe, bilo samostalno ili kroz individualni rad sa lekarom, ali i kao posledica propadanja ličnosti što je odlika hroničnih psihotičnih bolesti, pre svega

shizofrenije. Interesantno je da su dijagnoze poremećaja ličnosti dominantne kod pacijenata sa psihotičnim poremećajima, a da je samo jedan kod bipolarnih komorbiditet, što nije u skladu sa literaturom koja govori o čestoj diferencijalno dijagnostičkoj problematici bipolarnog i graničnog poremećaja ličnosti [27,28].

U 18,3% slučajeva dijagnoza je promenjena nakon hospitalizacije. Heterogenost kliničke slike, kao i evolucija kliničkih simptoma ponekad iziskuju mnogo intenzivnije praćenje od onog koje je moguće u dispanzerskim uslovima, da bi se postavila ispravna dijagnoza. Takođe, treba imati u vidu i činjenicu da pacijenti ne stignu ili ne žele da verbalizuju sve simptome svoje bolesti, da im je povremeno potrebno više vremena da bi razvili odnos sa lekarom nego što je to moguće u dispanzerskim uslovima, te da oni naknadno, u hospitalnim uslovima, kada imaju veću mogućnost za češće razgovore i intenzivniji tretman postanu otvoreniji i spremniji da verbalizuju sve probleme sa kojima se suočavaju. Stoga je i istraživanje na velikom španskom uzorku pokazalo da u dijagnoze postavljene prilikom hospitalizacija značajno stabilnije od dijagnoza postavljenih u dispanzerskim uslovima [29].

Ova studija kao ograničenja ima retrospektivni karakter i relativno mali uzorak.

Zaključak

Nestabilnost praćenih dijagnoza ukazuje na potrebu za boljim poznavanjem dijagnostičkih kriterijuma, temeljnijim praćenjem pacijenata, sistematičnijim uvidom u raspoloživu medicinsku dokumentaciju, što su faktori koji se tiču ordinirajućeg lekara. Prevencijom stigmatizacije i stvaranjem povoljnije klime, kako u profesionalnom, tako i u širem socijalnom ambijentu, svakako bi se umanjio i broj onih pacijenata koji se predugo drže u dijagnostičkoj kategoriji akutnog psihotičnog poremećaja. Deo problema svakako se odnosi i na administrativne razloge, vezane za propisivanje pojedinih lekova, koji lekaru nameću dilemu – ispravno dijagnostikovati pacijenta ili pridodati “šifru” preko koje će lek biti dostupan bez naknade. Od jedanaeste revizije *MKB* svakako se očekuje i da ponudi odgovore vezane za nestabilnost samih kliničkih slika pojedinih psihotičnih stanja.

STABILITY OF ICD-10 DIAGNOSES IN PATIENTS WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS

Teodora Jovanovic, Milutin Kostic^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

Abstract: Introduction: A lack of an aetiologically based nosology classification has contributed to instability in psychiatric diagnoses over time. Taking into account the impact that psychiatric diagnosis may have on the future life of an individual, there is a strong need for scientific research in this area. **Aim:** Assessing *ICD-10* diagnosis stability in patients who have psychotic symptoms, for a period of 10 years or more, and determining the frequency of psychiatric comorbidity in the sample. **Material and methods:** Retrospective evaluation of medical records of 94 patients, who were primarily diagnosed with some psychotic or bipolar disorder. **Results:** The most frequent diagnosis was *F29* (45,74%). The most stable diagnosis in the sample was *F31* (28,95%). Patients were most often diagnosed with two diagnoses from those which are the subject of this research (*F20, F22, F25, F29, F31*) – 39,13%. The most frequent psychiatric comorbidity was *F32/33* – 41,49%. Great overlap of diagnoses *F20, F25, F31* was observed. **Conclusion:** Instability of psychiatric diagnoses in clinical practice is an inevitable, multifactorally conditioned phenomenon, especially when it comes to diagnosis with psychotic symptoms due to distinct heterogeneity of clinical manifestations and evolution of symptoms over time. This problem requires constant search for causes that lead to the change in the diagnosis and marking the diagnoses which were proven to be unstable.

Keywords: *stability, psychotic disorder, psychiatric comorbidity, ICD-10*

Literatura:

1. Divac-Jovanović M, Švrakić D. Revizija koncepta normalne, adaptirane, zrele i poremećene ličnosti – ka redefinisaju poremećaja ličnosti. *Engrami*. 2016; 38(2):5-20.
2. Wakefield JC, First MB. Placing symptoms in context: the role of contextual criteria in reducing false positives in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):130-9.
3. Nesse RM, Stein DJ. Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Med*. 2012;13;10:5.
4. Wakefield JC, Schmitz MF. How Many People have Alcohol Use Disorders? Using the Harmful Dysfunction Analysis to Reconcile Prevalence Estimates in Two Community Surveys. *Front Psychiatry*. 2014;3;5:10.
5. Thieleman, K., & Cacciatore, J. (2014). When a Child Dies: A Critical Analysis of Grief-Related Controversies in DSM-5. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 114-22.
6. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO;1993.
7. Glavina, T. Klinička obilježja i dijagnoza psihotičnih poremećaja. *Medicus*. 2017;26(2):127-31.
8. Smith LM, Johns LC, Mitchell R. Characterizing the experience of auditory verbal hallucinations and accompanying delusions in individuals with a diagnosis of bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disord*. 2017;19(6):417-33.
9. Bentall, R. Madness explained: why we must reject the Kraepelinian paradigm and replace it with a 'complaint-orientated' approach to understanding mental illness. *Medical Hypotheses*. 2006;66(2):220-33.
10. Laursen TM, Agerbo E, Pedersen CB. Bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia overlap: a new comorbidity index. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(10):1432-8.
11. Kendler KS. An historical framework for psychiatric nosology. *Psychol Med*. 2009;39(12):1935-41.
12. Avasthi A, Sarkar S, Grover S. Approaches to psychiatric nosology: A viewpoint. *Indian J Psychiatry*. 2014;56(3):301-4.
13. Potuzak M, Ravichandran C, Lewandowski KE, Ongür D, Cohen BM. Categorical vs dimensional classifications of psychotic disorders. *Compr Psychiatry*. 2012;53(8):1118-29.
14. Jakobsen DK, Hansen T, Werge T. Diagnostic stability among chronic patients with functional psychoses: an epidemiological and clinical study. *BMC Psychiatry*. 2007;7:41.
15. Van Zelst C. Stigmatization as an Environmental Risk in Schizophrenia: A User Perspective. *Schizophr Bull*. 2009;35(2):293-6.
16. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):810-1.
17. Chen R, Swann A, Johnson B. Stability of Diagnosis in Bipolar Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*: 1998;186(1):17-23.
18. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M et al. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(4):458-66.

19. Bromet JE, PhD, Kotov R, PhD, Fochtmann JL, MD et al. Diagnostic Stability Revisited: Shifts during the Decade Following First-Admission for Psychosis. *Am J Psychiatry*. 2011;168(11):1186-94.
20. Pravilnik o listi lekova koji se propisuju i izdaju na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja [Internet]. Službeni glasnik Republike Srbije, br. 45/2017, 56/2017 - ispr., 70/2017, 76/2017, 87/2017 i 89/2017 - ispr. i 103/2017. Available from: https://www.paragraf.rs/propisi/pravilnik_o_listi_lekova_koji_se_propisuju_i_izdaju_na_teret_sredstava_obaveznog_zdravstvenog_osiguranja.html
21. Heslin M, Lomas B, Lappin JM et al. Diagnostic change 10 years after a first episode of psychosis. *Psychol Med*. 2015;45(13):2757-69.
22. Baynes D, Mulholland C, Cooper SJ, Montgomery RC, MacFlynn G, Lynch G, Kelly C, King DJ. Depressive symptoms in stable chronic schizophrenia: prevalence and relationship to psychopathology and treatment. *Schizophrenia Research*. 2000;45(1-2):47-56.
23. A Gozdzik-Zelazny, L Borecki, M Pokorski. Depressive symptoms in schizophrenic patients. *Eur J Med Res*. 2011;16(12):549-52.
24. Jeczmierny P, Levkovitz Y, Weizman A, Carmel Z. Post-psychotic depression in schizophrenia. *Isr Med Assoc J*. 2001;3(8):589-92.
25. Lečić-Toševski Dušica. Savremeno određenje poremećaja ličnosti – ponovo otkrivena prošlost. *Psihijatrija danas*. 2004; 36(2):243-60.
26. Tyrer P. Personality disorder: Good reasons to reclassify. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2017;51(11).
27. Pauselli L, Verdolini N, Santucci A, Moretti P, Quartesan R. Bipolar and Borderline Personality Disorders: a descriptive comparison of psychopathological aspects in patients discharged from an Italian Inpatient Unit using PANSS and BPRS. *Psychiatr Danub*. 2015;27(1):170-6.
28. Akiskal HS. The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. *Psychopharmacol Bull*. 2007;40(4):99-115.
29. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I. et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry*. 2007;190:210-6.

Teodora JOVANOVIĆ, student, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srbija

Teodora JOVANOVIĆ, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

E-mail: teodora.jovanovic.94@gmail.com

Istraživački rad

UDK: 617.54-009.7:616.12

617.54-009.7:616.89-008.441

UČESTALOST AKUTNOG KORONARNOG SINDROMA I ANKSIOZNOSTI KOD PACIJENATA KOJI SE ŽALE NA BOL U GRUDIMA

Marija Lazarević

Dom zdravlja „dr Milenko Marin“, Loznica

Abstrakt: *Uvod:* U trijaži pacijenata u ambulantama opšte medicine i službe hitne pomoći pacijenti koji se javljaju na pregled zbog bola u grudima tretiraju se kao hitni slučajevi i predstavljaju prioritet u odnosu na ostale pacijente. *Cilj:* Utvrditi značaj prioriternog zbrinjavanja pacijenata sa bolom u grudima i blagovremene selekcije ovih pacijenta u odnosu na oštećenje miokarda i strah od istog. *Metodologija:* U periodu od 01.03.2017. do 01.03.2018. godine u zdravstvenu stanicu zbog bola u grudima javio se na pregled 121 pacijent. Svi su tretirani kao hitni slučajevi. Imali su prioritet u zbrinjavanju, auskultatori i elektrokardiografski pregled nakon čega su radi daljeg utvrđivanja koronarnog stanja rađene laboratorijske analize biohemijskih markera oštećenja miokarda u okviru službe urgentnog prijema. Podaci su dobijeni retrospektivnom studijom korišćenjem elektronskog kartona ovihpacijenata. U obradi podataka korišćena je hi-kvadrat statistika i Pirsonova korelacija. *Rezultati:* Od ukupnog broja pacijenata (121) koji su se javili na pregled zbog bola u grudima, kod njih 42 odnosno 36,52 % dijagnostikovano je akutni koronarni sindrom. Kod 67, odnosno 58,26% ispitanika nije nađen akutni koronarni sindrom, a kod 6 ispitanika koji čine 5,22% od ukupnog procenta ispitanika bolest se završila letalnim ishodom u narednih godinu dana. Šest ispitanika se nije javljalo ponovo na pregled u ovu ambulantu, već kod svog izabranog lekara te su u daljem toku isključeni iz istraživanja. *Zaključak:* U ovom istraživanju posmatrali smo učestalost anksioznosti i akutnog koronarnog sindroma kod pacijenata koji se žale na bol u grudima. U radu se može zaključiti da je u grupi kod koje nije dijagnostikovano akutni koronarni sindrom, a koji su se javili na pregled usled preteranog straha više žena, a u druge dve grupe sa dijagnostikovanim akutnim koronarnim sindromom i letalnim ishodom više muškaraca.

Ključne reči: *Akutna koronarna bolest, anksioznost, pektoralna bol, infarkt miokarda*

Uvod

U trijaži pacijenata u ambulantom opšte medicine i službe hitne pomoći pacijenti koji se javljaju na pregled zbog bola u grudima tretiraju se kao hitni slučajevi i predstavljaju prioritet u odnosu na ostale pacijente.

Ignorisanje bola u grudima, i neadekvatno prihvatanje i razumevanje akutnih koronarnih simptoma i od strane pacijenta, ali i od strane lekara može biti kobno što uključuje mogućnost letalnog ishoda. Sa druge strane, određeni broj pacijenata javlja se na pregled zbog simptomatologije koja liči na akutnu koronarnu bolest, a koja u stvari predstavlja rezultat anksioznog stanja, stresa, ili čak fobičnog straha od smrti tj. iracionalnog straha od infarkta miokarda i njegovih posledica. U slučaju paničnog napada koji često dovodi pacijente ambulante opšte medicine i službe hitne medicinske pomoći pacijenti se najčešće plaše da će da se uguše, da će da izgube svest i kontrolu nad svojim telom i da će da izgube razum.

Veoma je važna adekvatna rana procena ovog stanja u kojem pacijenti najviše sumnjaju na akutni koronarni sindrom, a zadatak lekara je diferencijalna dijagnoza u odnosu na druge bolesti organa za varenje, pluća, mišića, kostiju, drugih bolesti srčanog mišića kao što je miokarditis, perikarditis, aortna stenoza, bolesti srčanih zalistaka i urgentnih stanja kao što su disekcija aorte, plućna embolija i akutni pneumotoraks. Anginozni bol obično počinje naglo a može da se javi u miru i da bude isprovociran fizičkim naporom ili psihičkim stresom. Pacijenti ga opisuju kao stezanje, pritiskanje, probadanje. Može da se širi u vrat, leđa, ramena, stomak, da se javi mučnina, nagon na povraćanje, nesvestica i malaksalost.

Svim pacijentima koji povremeno u naporu ili stresu osete bol u grudima a koji imaju faktore rizika za nastanak koronarne bolesti poželjno je na vreme uraditi eho srca i test fizičkog opterećenja kojim se provocira ishemija.

Pacijenti se na pregled u ambulantu primarne zdravstvene zaštite javljaju usled različitih somatskih tegoba, ali i usled somatoformnih poremećaja u čijoj osnovi se nalazi iracionalno uverenje o telesnim simptomima koji prouzrokuju tegobe ali i strah koji može da se manifestuje u vidu anksioznosti i paničnog napada. Somatoformni poremećaji nemaju fizičku prirodu i ne mogu se objasniti registrovanim somatskim oboljenjem. Somatizacioni poremećaji su praćeni anksioznošću i depresijom, a hipohondrijski preokupiranošću postojanjem jednog ili više somatskog poremećaja gde se normalne telesne senzacije doživljavaju kao dokazi oboljenja. Somatoformni poremećaji često dovode do drugih psihičkih bolesti: anksioznih poremećaja, poremećaja ishrane, poremećaja raspoloženja i psihotičnih poremećaja. [1,2,3]

Kod paničnog napada bol u grudima se javlja kao oštar i probadajući bol koji dostiže svoj maksimum nakon deset minuta a zitim se smanjuje, lokalizovan je na malom području, javlja se i u miru, pacijenti su uznemireni, a jačina bola se menja pri pokretima tela. Simptomi paničnog napada su slični kod muškaraca i žena, ali su ovi napadi učestaliji kod žena usled hormonskog disbalansa u razlitim periodima života. [4]

Cilj

Utvrđiti značaj prioritarnog zbrinjavanja pacijenata sa bolom u grudima i blagovremene selekcije ovih pacijenata u odnosu na oštećenje miokarda i strah od istog.

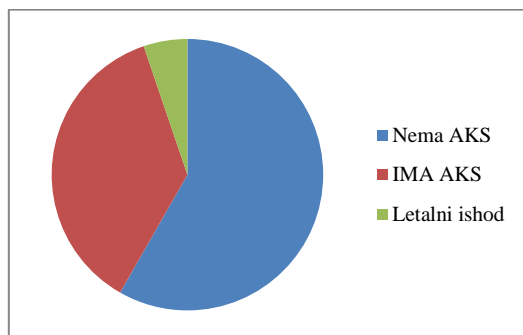
Metodologija

U periodu od 01.03.2017. do 01.03.2018. godine u ambulantu opšte medicine javio se na pregled 121 pacijent zbog bola u grudima. Svi su tretirani kao kao hitni slučajevi. Imali su prioritet u zbrinjavanju, auskultatorni i elektrokardiografski pregled nakon čega su radi daljeg utvrđivanja koronarnog stanja rađene laboratorijske analize biohemijskih markera oštećenja miokarda u okviru službe urgentnog prijema. Podaci su dobijeni retrospektivnom studijom korišćenjem elektronskog kartona ovih pacijenata. Utvrđena je učestalost pojave akutnog koronarnog sindroma kao i postojanje iracionalnog straha od istog zbog kojih su se neki pacijenti javili na pregled. U obradi podataka korišćena je Hi-kvadrat statistika i Pirsonova korelacija.

Rezultati

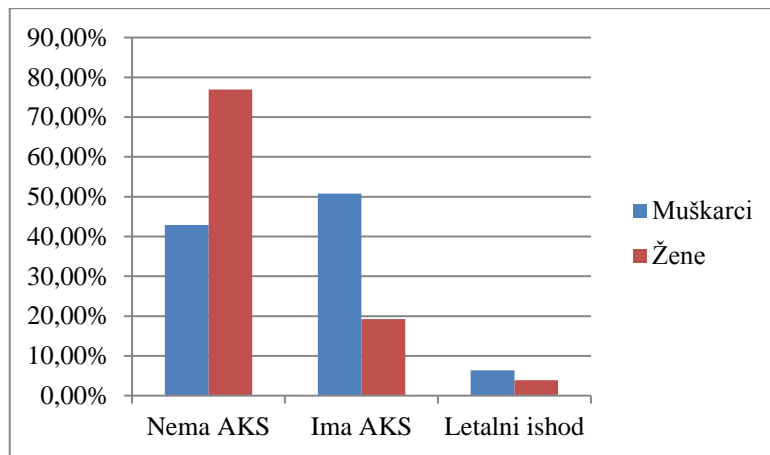
U periodu od 01.03.2017. do 01.03.2018. godine od ukupnog broja aktivnih kartona, odnosno 6825 pacijenata i 1553 pasivna kartona odnosno pacijenata koji se nisu javljali na pregled u proteklih osam godina u ambulantu opšte medicine zbog bola u grudima zbrinuto je ukupno 121 pacijent starosti od 35 do 75 godina od kojih 54 žene i 67 muškaraca.

Od ukupnog broja pacijenata (121) koji su se javili na pregled zbog bola u grudima, kod njih 42 odnosno 36,52% dijagnostikovano je akutno koronarno sindrom. Kod 67, odnosno 58,26% ispitanika nije nađen akutni koronarno sindrom. Ovi pacijenti su usled iracionalnog uverenja o postojanju koronarne bolesti straha i anksioznosti pokazivali identične simptome kao i oboleli te su tako i tretirani. Kod 6 ispitanika koji čine 5,22% od ukupnog procenta ispitanika bolest se završila letalnim ishodom u narednih godinu dana. Šest ispitanika se nije javljalo ponovo na pregled u ovu ambulantu, već kod svog izabranog lekara te su u daljem toku isključeni iz istraživanja (Grafikon 1).



Grafikon 1. Ukupan pregled učestalosti AKS kod pacijenata koji su se javili napregled zbog bola u grudima

Od ukupno 54 žene odnosno 45,22% ispitanika dijagnostikovan je akutni koronarni sindrom kod 10, a od ukupnog broja muškaraca 67 koji čine 54,78% ispitanika kod 32 je dijagnostikovan akutni koronarni sindrom. Letalni ishod usledio je u navedenom periodu kod dve žene i četiri muškarca. Ukupan ishod u populaciji je 58,3% bez AKS, 36,5% novodijagnostikovanog AKS i 5,2% sa letalnim ishodom. Kod 42,86% muškaraca i 76,92% žena nije dijagnostikovan AKS, kod 50,79% muškaraca i 19,23% žena je dijagnostikovan AKS, a kod 6,35% muškaraca i 3,85% žena ishod je letalan (Grafikon 2).



Grafikon 2. Ukupan pregled učestalosti AKS u odnosu na pol kod pacijenata koji su se javili na pregled zbog bola u grudima.

Korišćenjem Hi-kvadrat statistike utvrđena je značajnost razlike učestalosti pojave AKS i anksioznosti kod ispitanika po polu i dobijeni su rezultati gde je verovatnoća tj. vrednost $\text{sig}=0,001$ tj $\text{sig}<0,005$, odnosno razlika u pojavi AKS i anksioznosti kod muškaraca i žena se statistički značajno razlikuje. Veličina uticaja Phi iznosi 0,346 što po Koenovom kriterijumu ukazuje na srednju jačinu uticaja.

Može se zaključiti da je u grupi kod koje nije dijagnostikovan akutni koronarni sindrom više žena, a u druge dve grupe sa dijagnostikovanim akutnim koronarnim sindromom i letalnim ishodom više muškaraca.

Diskusija

Akutna koronarna bolest ili ishemijska bolest srca nastaje usled smanjenog protoka krvi kroz koronarne krvne sudove. Najčešći uzroci su ateroskleroza, tromboza a ređi embolije, vaskulitisi, disekcija aorte u ushodnom delu. Vodeći simptom ove bolesti je tupi bol u retrosternalnom predelu, sa leve strane koji može da se širi i u desnu stranu grudnog koša, u levu ili ređe desnu ruku, leđa ili abdominalno. Bol je praćen strahom a ukoliko traje preko dvadeset minuta i ne prestaje ni posle uzimanja lekova može da ukaže na infarkt

miokarda. Međutim, simptomi se nekada javljaju u obliku vrtoglavice, zujanja u ušima, nesvestice te pojava ovih simptoma može odvesti dijagnostičara u pogrešnom pravcu. [5]

Uticaj emocija na moždane strukture pokazao je još u sedamnaestom veku neuroanatom Tomas Vilis odnosno kontrolu srca preko autonomnog nervnog sistema gde zbog emocionalnog dizbalansa nastaje srčani zastoj. [6]

Loše egzistencijalne okolnosti i način života (alkohol, pušenje, loša ishrana, fizička neaktivnost, terapijska neusklađenost) kod anksioznih pacijenata uzročno su povezani sa srčanim oboljenjima. [7,8]

Neophodno je da pristup pacijentima u slučaju javljanja na pregled bude multidisciplinarni. Panični napad može da da sliku akutnog koronarnog sindroma, a ignorisanje ovog simptoma može da se završi letalnim ishodom. Pokazana je povezanost paničnog poremećaja i akutnog koronarnog sindroma u većem stepenu. Ova dva stanja zbog aktivacije autonomnog nervnog sistema imaju sličnu kliničku sliku. Panični poremećaji se teže dijagnostikuju, ali uključujući različite intervjuje i psihološko analiziranje moguće je postaviti preciznu dijagnozu. [9,10]

U istraživanju koje je obuhvatilo 1046 pacijenata starosti od 25 do 80 godina utvrđeno je da je komorbiditet somatoformnih poremećaja i anksiozno depresivnih poremećaja 3.3 puta veći od očekivanog u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i ambulantama opšte medicine. [11]

Pacijenti sa srčanom insuficijencijom imaju višestruke psihološke simptome. Depresija i anksioznost su nezavisno povezani sa preživljavanjem. Retrospektivnom studijom na 1260 pacijenata sa srčanom insuficijencijom utvrđeno je da su anksioznost i depresija bile značajan prediktor smrtnosti kod pacijenata u toku rehospitalizacije. Ovde je ukazano na bitnu ulogu zdravstvenih radnika u smanjenju mortaliteta kod pacijenata sa KVB upravljanjem komorbidnim sptomima depresije i anksioznosti. [12]

Napad panike je u stanju da oponaša kliničku sliku akutnog koronarnog sindroma, do te mere da se klinički ne može razlikovati bez istraživanja. Za ponavljajuće panične napade utvrđeno je da predstavljaju povećan rizik za kasnije koronarne bolesti. Panični poremećaji ostaju nedovoljno dijagnostikovani ali se pokazalo da različiti intervjui omogućavaju lekarima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno opštoj medini i hitnoj službi da tačno postavljaju dijagnozu. [13]

Nedavne prospektivne epidemiološke studije su uspostavile vezu između kardiovaskularnih bolesti i anksioznosti. Pored toga, sprovedena su brojna klinička ispitivanja u cilju sprečavanja ili smanjenja uticaja ovih stanja na kardiovaskularno zdravlje. U ovim istraživanjima razmatrane su studije koje povezuju depresiju, stres i anksioznost sa koronarnim bolestima, fokusirajući se na nalaze uposlednjih pet godina. Za svako zdravstveno stanje prvo su ispitani epidemiološki dokazi koji uspostavljaju vezu sa KVB a zatim su opisane studije potencijalnih mehanizama i date preporuke za dalja istraživanja. [14]

Zaključak

U radu su prikazani rezultati ranog dijagnostikovanja akutne koronarne bolesti, kao i značajan uticaj preteranog straha, anksioznosti i somatoformnih poremećaja kao ometajućeg faktora u postavljanju prave dijagnoze koja se može završiti letalno. Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika između polova u odnosu na javljanje na pregled zbog bola u grudima usled anksioznosti kao primarnog uzroka, koja je češći povod javljanja kod žena u odnosu na muškarce, za koje se nakon istraživanja utvrdilo da se češće javljaju zbog oštećenja koronarnih krvnih sudova.

ACUTE CORONARY SYNDROME AND ANXIETY IN PATIENTS WHO COMPLAIN OF CHEST PAIN

Marija Lazarevic

Health Center „Dr Milenko Marin“ Loznica, Serbia

Abstract: Introduction: In triage of patients in general and ambulance clinics and ambulance services, patients who report for chest pain are treated as emergency cases and are a priority in relation to other patients. **Aim:** Determine the importance of priority care for patients with chest pain and timely selection of these patients in relation to myocardial damage and fear of it. **Methodology:** In the period from 01.03.2017. until 01.03.2018. On the occasion of the medical check-up for chest pain, 121 patients were examined. Everyone was treated as an emergency. They had prioritized care, an auscultatory and electrocardiographic examination, in order to further determine the coronary state of the laboratory laboratory analysis of biochemical markers of myocardial damage within the emergency response service. The data were obtained by a retrospective study using electronic card of these patients. Data processing was used for hi-square statistics and Pirson's correlation. **Results:** Of the total number of patients (121) who reported for chest pain, 42 or 36.52% of them were diagnosed with acute coronary syndrome. In 67 and 58.26% of respondents no acute coronary syndrome was found, and in 6 subjects, which make up 5.22% of the total percentage of patients, the disease ended with a flight outcome in the next year. Six respondents did not appear again for an examination in this clinic, but with their chosen physician and were further excluded from the research in the future. **Conclusion:** In this study, we observed the frequency of anxiety and acute coronary syndrome in patients who complain of chest pain. It can be concluded that in the group where acute coronary syndrome has not been diagnosed, and who have checked for fear due to excessive fear of several women, in the other two groups with diagnosed acute coronary syndrome and the aquatic outcome of several men.

Key words: *Acute coronary disease, anxiety, pectoral pain, myocardial infarction*

Literatura:

1. Murray AM, Toussaint A, Althaus A & Löwe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: a systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *Journal of psychosomatic research*. 2016;80:1-10.
2. Scarella TM, Laferton JA, Ahern DK, Fallon BA & Barsky A. The relationship of hypochondriasis to anxiety, depressive, and somatoform disorders. *Psychosomatics*. 2016;57(2):200-7.
3. Haller H, Cramer H, Lauche R & Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: A systematic review and meta-analysis of prevalence. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2015.
4. Fisher AJ, & Woodward SH. Cardiac stability at differing levels of temporal analysis in panic disorder, post-traumatic stress disorder, and healthy controls. *Psychophysiology*. 2014;51(1):80-7.
5. Pantović M, Ravanić D, Milovanović D. *Neuronauke u susret novom milenijumu*. 2006;1:11-64.
6. Esler M. Mental stress and human cardiovascular disease. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2017;74:269-76.
7. Attard R, Dingli P, Doggen C, Cassar K, Farrugia R., & Wettinger SB. Socioeconomic and psychosocial risk factors of myocardial infarction. *Atherosclerosis*. 2015;241(1):e58-e59.
8. Chalmers JA, Quintana DS, Abbott MJ, & Kemp AH. Anxiety disorders are associated with reduced heart rate variability: a meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*. 2014;5:80.
9. Prugger C, Wellmann J, Heidrich J, De Bacquer D, De Smedt D, De Backer G, & Jennings C. Regular exercise behaviour and intention and symptoms of anxiety and depression in coronary heart disease patients across Europe: Results from the EUROASPIRE III survey. *European journal of preventive cardiology*. 2017;24(1):84-91
10. Younge JO, Gotink RA, Baena CP, Roos-Hesselink JW & Hunink MM. Mind-body practices for patients with cardiac disease: a systematic review and meta-analysis. *European journal of preventive cardiology* 2015;22(11):1385-98.
11. De Waal MW. M, Arnold IA, Eekhof JA, & Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 2004;184(6):470-6.
12. Alhurani AS, Dekker R L, Abed MA, Khalil A, Al Zaghail MH. Lee KS & Moser DK. The association of co-morbid symptoms of depression and anxiety with all-cause mortality and cardiac rehospitalization in patients with heart failure. *Psychosomatics*. 2015;56(4):371-80.
13. Soh KC, & Lee C. Panic attack and its correlation with acute coronary syndrome-more than just a diagnosis of exclusion. 2017.
14. Tully PJ, Turnbull DA, Beltrame J, Horowitz J, Cosh S, Baumeister H & Wittert GA. Panic disorder and incident coronary heart disease: a

- systematic review and meta-regression in 1 131 612 persons and 58 111 cardiac events. *Psychological medicine*. 2015;45(14):2909-20.
15. Cohen BE, Edmondson D, & Kronish IM. State of the art review: depression, stress, anxiety, and cardiovascular disease. *American journal of hypertension*, 2015;28(11):1295-302.

Spec. dr Marija LAZAREVIĆ, Dom zdravlja „Dr Milenko Marin“ Loznica, Srbija

Dr Marija LAZAREVIC, Health Center „Dr Milenko Marin“ Loznica, Serbia

Mail: marijalazarevicsil@gmail.com

PRVE TEGOBE I PODRŠKA/POMOĆ PORODICAMA DECE S POREMEĆAJIMA IZ SPEKTRA AUTIZMA¹

Sofija Krsmanović¹, Roberto Grujičić², Alexia S. Herrera¹,
Nenad Rudić³, Marta Jeremić¹, Milica Pejović-Milovančević^{1,2}

¹Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd, Srbija

²Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

³Psihijatrijska ordinacija "Medisan", Beograd, Srbija

Apstrakt: Uvod: Podizanje deteta sa poremećajem iz spektra autizma (PSA) predstavlja izazov koji zahteva značajnu uključenost svih članova porodice, informisanost porodice o karakteristikama poremećaja kao i o dostupnim vidovima zdravstvene zaštite i podrške roditeljima i deci. **Cilj:** Utvrđivanje koji su prvi simptomi, uzrast deteta kada je postavljena dijagnoza, utvrđivanje dostupnosti dodatne pomoći iz domena obrazovanja i socijalne zaštite, kao i dodatne pomoći za roditelje dece sa PSA. **Materijal i metode:** Korišćen je metod prikupljanja kvantitativnih podataka u vidu ankete, a ispitanici su iz registra pacijenata s dijagnozom poremećaja iz spektra autizma. Uzorak se sastojao od 223 dece muškog pola i 58 ženskog pola (ukupno 281). U istraživanju smo koristili upitnik koji je razvijen od strane Ejmi Deniels (*Amy Daniels*) i nacionalnih koordinatora Mreže jugoistočne Evrope za autizam (*Southeast European Autism Network – SEAN*). **Rezultati:** Ukupno je intervjuisan 281 roditelj. Prosečni uzrast kada je postavljena dijagnoza PSA bio je 45.8 meseci (SD 22.4). Najčešći prvi simptomi kod dece bili su: 1) problem uspostavljanja kontakta očima tokom razgovora ili igre; 2) dete nije razumelo šta mu roditelji ili drugi odrasli govore; 3) teškoće u socijalnim interakcijama; i 4) neuobičajeni pokreti (hodanje na prstima, lepršanje rukama, okretanje oko sebe). Tri najčešća vida terapije koji su korišćeni bili su: tretman govora ili jezika 150 ispitanika (53,3%), farmakoterapija 83 ispitanika (29,5%) i senzorna integrativna terapija 80 ispitanika (28,5 %). **Zaključak:** Život dece u poremećajima iz spektra autizma ne bi trebalo da predstavlja problem samo pojedinca i njegove porodice, već i celog društva. Podrška podrazumeva razvoj svih službi koje imaju mogućnost da olakšaju život deci i njihovim roditeljima.

Ključne reči: autizam, spektar poremećaja, podrška, tretman, prvi simptomi

Rad je osvojio I nagradu kao najbolji rad u sesiji Psihijatrija na 59. Kongresu studenata biomedicinskih nauka Srbije sa internacionalnim učešćem koji je održan na Kopaoniku, 26-30. aprila 2018. godine.

Uvod

Poremećaji iz spektra autizma (PSA), predstavljaju grupu stanja koja se odlikuju ograničenim, repetitivnim i stereotipnim obrascima ponašanja, zajedno sa funkcionalnim i socijalnim poteškoćama [1]. Podaci iz 2014. godine američkog Centra za kontrolu bolesti i prevenciju (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) pokazuju da 1 od 68 dece, odnosno 1,5% osmogodišnje dece su dijagnostikovani sa PSA – 23,6 od 1000 dečaka i 5,3 od 1000 devojčica; 2012. prevalencija je bila 1 oboleli na 88 dece; 2006. 1 oboleli na 110 dece [2]. Mogući razlozi zbog kojih je došlo do značajnog porasta prevalencije su bolja dijagnostika, veći broj službi koje se bave razvojnim smetnjama, ali i istinsko povećanje usled genetičkih/sredinskih faktora.

Poznato je da su neki pojedinci sa PSA sposobni da vode samostalan život, dok drugi zahtevaju kontinuiranu podršku i pomoć [3]. Kako se prevalencija PSA povećava, povećavaju se i potrebe za boljom dostupnosti specijalizovanih usluga koje su neophodne da bi podrška deci i porodicama dece sa autizmom bila uspešnija. Državni programi za ranu intervenciju u SAD su prijavili kritičan nedostatak pružalaca usluga vezanih za PSA, kao što su npr. bihejvioralni terapeuti i logopedi, ali i nedovoljnu obučenost pružalaca usluga [4]. I u našoj sredini situacija je slična.

Zabrinutost kod roditelja za stanje deteta može se javiti više meseci pre nego što odluče da se obrate stručnjaku [4]. Većina roditelja dece sa PSA ispolji zabrinutost pre nego što dete napuni 3 godine [5-7]. Informacije o razvoju njihove dece najčešće traže na internetu i *online* forumima gde očekuju diskusiju sa drugim roditeljima koji su primetili slične simptome [8-10]. Postavljanje dijagnoze PSA je zahtevno zbog širokog spektra mogućih simptoma koji variraju u ozbiljnosti i koji se često razlikuju, zavisno od uzrasta i razvojnog nivoa deteta. Precizna dijagnoza takođe može biti izazov za kliničare jer postoje drugi razvojni poremećaji koji dele slične karakteristike, kao što su npr. poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću i mentalna retardacija [11].

Na lečenje dece sa PSA i adekvatnu zdravstvenu zaštitu znatno utiču i karakteristike ovog poremećaja kao što su problemi u komunikaciji, preosetljivost i hipersenzitivnost, kompleksno ponašanje i hiperaktivnost. Ovo sve utiče na sposobnost deteta da učestvuje u zdravstvenim intervencijama bilo kog tipa. Zbog toga je od posebne važnosti da se poveća znanje svih zdravstvenih radnika i obezbedi iskustvo i optimalna procena u pružanju zdravstvene nege [12].

PSA se može povezati sa značajnim funkcionalnim oštećenjem i dugoročnim zdravstvenim, socijalnim i finansijskim troškovima za pojedince, ali i njihove porodice i društvo u celini [13]. Dodatna podrška deci sa PSA odnosi se na prava i usluge koje detetu obezbeđuju prevazilaženje fizičkih i socijalnih prepreka ka nesmetanom obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti od značaja za uključivanje u obrazovni proces, život u zajednici i napredovanje [14]. Posebno je važna dodatna podrška u obrazovanju dece s PSA. Pomoć u učenju sprovodi se kroz usluge kao što su, na primer, posebne učionice za decu sa autizmom, usluge pedagoškog asistenta, ličnog pratioca i asistenta van škole.

Društvo za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije (DEAPS) u saradnji sa Organizacijom *Autism Speaks* (www.autismspeaks.org), sprovelo je

istraživanje u cilju boljeg razumevanja potreba dece sa autizmom kao i sagledavanja izazova i poteškoća sa kojima se ova deca i njihove porodice susreću tokom ostvarenja pomoći.

Cilj ovog rada bio je da se utvrdi koji su bili prvi simptomi, uzrast deteta kada je postavljena dijagnoza, utvrđivanje dostupnosti dodatne pomoći iz domena obrazovanja i socijalne zaštite, kao i dodatne pomoći za roditelje dece sa PSA.

Materijal i metode

Krajem 2017. i početkom 2018. godine sprovedena je studija koja je obuhvatila 281 roditelja dece sa poremećajima iz spektra autizma (223 dece muškog pola i 58 ženskog pola). Studiju je odobrio Etički odbor Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu. Ispitanici su izabrani iz registra pacijenata Klinike za decu i omladinu, Instituta za mentalno zdravlje – sa dijagnozom poremećaja iz spektra autizma. Dijagnoza je postavljena prema važećim MKB-10 kriterijumima od strane dečjih psihijatara, a uz pomoć standardnih instrumenata procene. Svi roditelji su dobrovoljno pristali da učestvuju u istraživanju i dali su svoju saglasnost. Učešće je bilo potpuno anonimno. Korišćen je metod prikupljanja kvantitativnih podataka u vidu ankete. U istraživanju smo koristili upitnik koji je razvijen od strane Ejmi Daniels (*Amy Daniels*) i nacionalnih koordinatora Mreže jugoistočne Evrope za autizam (*Southeast European Autism Network – SEAN*). Autori ovog rada su učestvovali u intervjuisanju roditelja.

Uz saglasnost od strane *Autism Speaks* organizacije, anketa *SEAN* prevedena je sa engleskog na srpski jezik, od strane dva istraživača nezavisno, a prevodi su upoređeni i kombinovani. Prvo je *SEAN* upitnik preveden na srpski, a onda je prevodilac srpski prevod preveo na engleski. Prevedeni *SEAN* upitnik poređen je s originalnim *SEAN*-om radi utvrđivanja tačnosti prevoda.

Tokom ove studije roditelji su popunjavali anketu na Institutu za mentalno zdravlje, u udruženjima roditelja, u školama za decu sa posebnim potrebama, putem telefona i elektronske pošte. Za popunjavanje upitnika i obavljanje intervjua potrebno je 30 minuta. Anketa se sastoji od više tematskih delova, a pitanja po tematskim oblastima odnose se na: prve tegobe deteta, vreme postavljanja dijagnoze, zatim iskustva sa različitim službama, iskustva sa različitim stručnjacima i terapeutima, obrazovanje deteta i dostupnost dodatne pomoći za dete iz domena obrazovanja i socijalne zaštite, kao i dodatna pomoć i podrška za roditelje dece sa autizmom. U pitanju je studija preseka, a rezultati su prikazani deskriptivnom statistikom u obliku procenata, srednje vrednosti, medijane i standardne devijacije.

Rezultati

Demografske karakteristike i sposobnost govora kod deteta

Demografske karakteristike porodice i demografske karakteristike deteta predstavljene su u Tabeli 1. Ukupan broj ispitanika je 281, od čega su 202 ispitanika bile majke (71,9%), 71 ispitanik očevi (25,3%), a 8 ispitanika drugi članovi porodice/staratelji (2,8%). Većina roditelja završila je osnovnu i srednju školu (60%), a 40% imalo je više od srednješkolskog obrazovanja. Prosečni uzrast dece u trenutku intervjuisanja bio je 120 meseci (SD 66,3) odnosno 10 godina. Većina

dece bili su dečaci, njih 223 odnosno 80%. Najveći broj dece ne govori, govori pojedinačne reči ili koristi fraze do 3 reči (73,3%), dok 26,7 % njih koristi proste i složene rečenice. Jedan broj ispitanika (10%) udaljeno je između 50 i 100 km od zdravstvene ustanove u kojoj su dobili dijagnozu, a čak 22% ispitanika udaljeno je više od 100 km. Ostalih 68% ispitanika udaljeno je manje od 50 km.

Tabela 1. Demografske karakteristike ispitanika i sposobnost govora

Karakteristike	N	%	X	SD
Ispitanik				
Otac	71	25,3		
Majka	202	71,9		
Drugo	8	2,8		
Obrazovanje roditelja	166	59,1		
Osnovna i srednja škola	115	40,9		
Viša škola, fakultet ili postdiplomske studije				
Obrazovanje supruge/supruge	172	61,2		
Osnovna i srednja škola	109	38,8		
Viša škola, fakultet ili postdiplomske studije				
Pol deteta	223	79,4		
Muški	58	20,6		
Ženski				
Uzrast deteta (meseći)			120.09	66.3

Prve tegobe deteta

Najčešći prvi simptomi kod dece prikazani su na Tabeli 2. U 65% slučajeva intervjuisani roditelj bio je prvi koji je primetio simptome kod deteta. Prosečni uzrast deteta kada su otkriveni prvi simptomi bio je 22,5 meseci (SD 10,2), a prosečni uzrast kada je postavljena dijagnoza PSA-a bio je 45,8 meseci (SD 22,4). Najčešći prvi simptomi kod dece bili su: 1) teškoće u socijalnim interakcijama (83%); 2) neuobičajeni pokreti (hodanje na prstima, lepršanje rukama, okretanje oko sebe(75%); 3) problem uspostavljanja kontakta očima tokom razgovora ili igre (71%) i 4) dete nije razumelo šta mu roditelji ili drugi odrasli govore (70%).

Ostali prvi simptomi koji su u značajnoj meri bili uzrok zabrinutosti roditelja bili su: bihevioralni problemi kao što su problemi sa spavanjem, ishranom, hiperaktivnost, agresivnost i impulsivnost koje je ispoljavalo 62% dece, 65% njih se nije odazivalo na poziv. Dete nije razumelo neverbalnu komunikaciju kao što su izrazi lica, ton glasa u 64% slučajeva. Dete je progovorilo kasnije u odnosu na drugu decu ili nije govorilo dobro kao deca istog uzrasta u 50% slučajeva, 32% dece nije govorilo uopšte, a čak 43% njih izgubilo je govorne veštine koje je prethodno razvilo. Probleme sa koordinacijom pokreta i grubom motorikom imalo je 23% dece, a sa savladavanjem finih motornih veština kao što su upotreba makaza i crtanje bojicama imalo je 66% njih. Većina dece (60%) opiralo se promenama, insistirala je na jednoličnosti i imala je poteškoće u učenju novih veština vezanih za svakodnevni život kao i u učenju novih reči, slova ili brojeva.

Tabela 2. Karakteristike, učestalost i vreme javljanja prvih simptoma kod dece sa PSA u Srbiji

	N	%	X	SD
Intervjuisani roditelj je bio prvi koji je primetio prve simptome kod deteta	184	65,4		
Uzrast deteta kada su se detektovali prvi simptomi			22.5 meseci	10.2
Uzrast deteta pri postavljanju dijagnoze			45.8 meseci	22.4
Prvi simptomi primećeni od strane roditelja				
Somatski problemi (epi napadi, zastoj u rastu, stomačne tegobe)	57	20,3		
Bihevioralni problemi (spavanje, ishrana, povišena aktivnost, agresivnost, impulsivnost)	174	60,8		
Ne uspostavlja kontakt očima tokom razgovora ili igre	200	71,1*		
Ne odaziva se na poziv	183	65,1		
Činilo se da ne razume neverbalnu komunikaciju	179	63,7		
Progovorilo kasnije u odnosu na drugu decu	138	49,1		
Nije govorilo uopšte	89	31,7		
Nije govorilo kao deca istog uzrasta	167	59,4		
Izgubilo govorne veštine koje je do tada imalo	120	42,7		
Činilo se da ne razume roditeljski govor	199	70,8*		
Problemi sa koordinacijom ili grubom motorikom	66	23,5		
Problemi sa finim motornim veštinama	186	66,2		
Poteškoće u igri sa drugima	235	83,6*		
Opiranje promenama, insistiranje na jednodličnosti	167	59,4		
Poteškoće u učenju novih veština	170	60,4		
Poteškoće u učenju novih reči ili brojeva	163	58,0		
Neuobičajeni pokreti (hodanje na prstima, lepršanje rukama, okretanje oko sebe)	211	75,1*		

(*-najčešći prvi simptomi)

Učestalost različitih vidova podrške i terapije

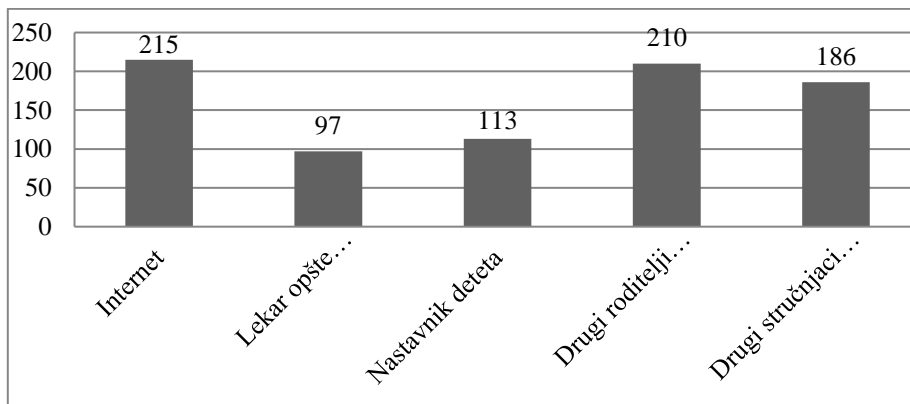
Tri najčešća korišćena vida terapije (kako je prikazano u Tabeli 3) su: tretman govora ili jezika (logopedski i/ili defektološki tretman) koje je koristilo 150 ispitanika (53,3%); farmakoterapiju je koristilo 83 ispitanika (29,5%) a senzornu integrativnu terapiju 80 ispitanika (28,5 %). Od ostalih vidova terapije korišćeni su i fizikalna terapija (19,9%), trening socijalnih veština (18,5 %), kognitivna terapija (11,4%), okupaciona terapija (11,4%) i bihevioralna intervencija i modifikacija ponašanja (9,9%). Što se tiče vidova pomoći ili edukacije koje se odnose na potrebe deteta 61 roditelj je koristio neki vid podrške

(21,7%). Najveći broj, odnosno 198 ispitanika (70,5%) dobija specijalnu pomoć od države za odgajanje dece sa autizmom, a 70 ispitanika uključeno je u neki vid organizacije zaštite i podrške porodicama dece sa autizmom (24,9%).

Glavni izvori informisanja ispitanika o PSA predstavljani su na Grafikonu 1. Najčešći izvor informisanja koji su naveli ispitanici bili su: 1) internet (215 ispitanika); 2) drugi roditelji koji imaju decu sa autizmom (210 ispitanika); 3) specijalisti ili terapeuti (186 ispitanika); 4) detetov nastavnik (113 ispitanika); 5) lekar opšte prakse/pedijatar (97 ispitanika).

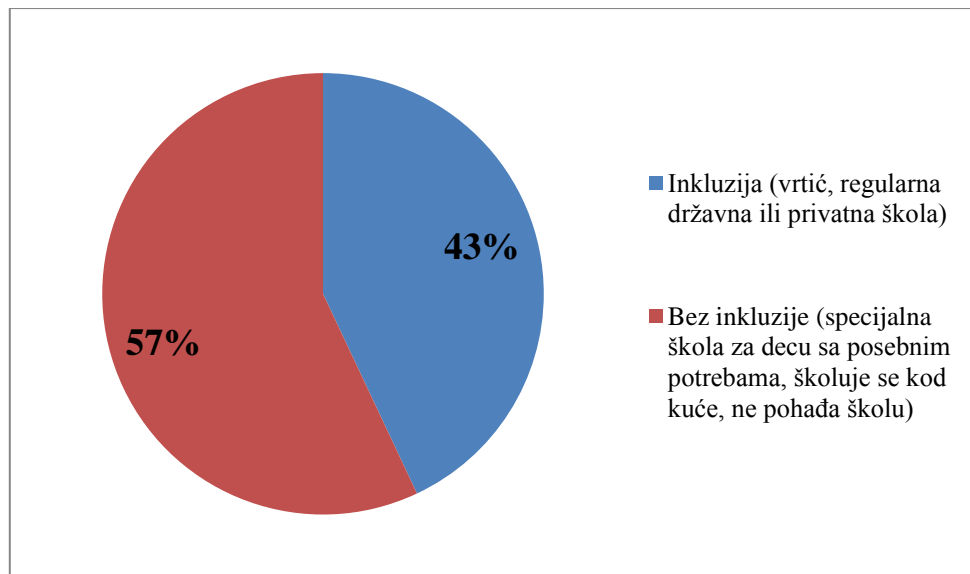
Tabela 3. Učestalost upotrebe različitih vidova terapije i podrške

Karakteristike	N	valid %
Upotrebljeni vidovi terapije (ikada)		
Bihevioralna intervencija ili modifikacija ponašanja	28	9,9
Senzorna integrativna terapija	80	28,5
Kognitivna terapija	32	11,4
Okupaciona terapija	32	11,4
Fizikalna terapija	56	19,9
Trening socijalnih veština	52	18,5
Tretman govora ili jezika	150	53,3
Farmakoterapija	83	29,5
Ostale usluge/pomoć		
Neki vid pomoći ili edukacije	61	21,7
Specijalna pomoć od države za odgajanje dece sa autizmom	198	70,5
Uključenost u organizacije zaštite i podrške	70	24,9



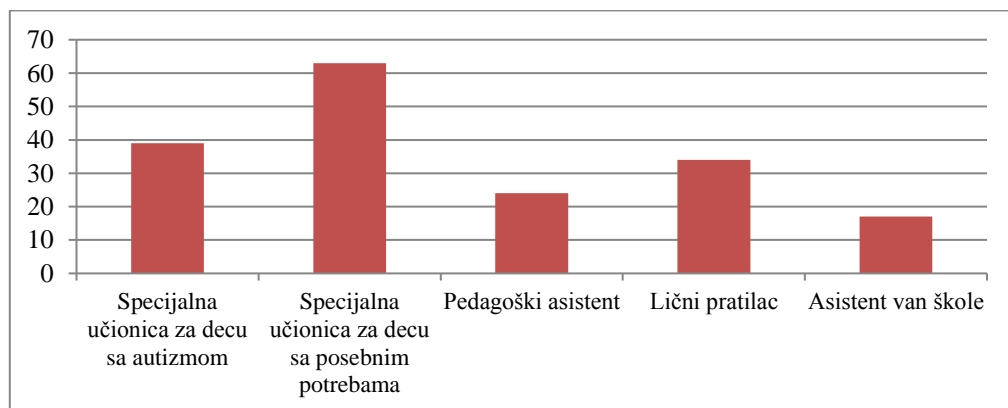
Grafikon 1. Glavni izvori informisanja o autizmu prema ispitanicima

Manje od polovine, tj. 43 % dece uključeno je u inkluzivno obrazovanje (vrtić, regularna državna ili privatna škola), a 57% dece nije u inkluziji (specijalna škola za decu sa posebnim potrebama, školuje se kod kuće, ne pohađa školu). Taj odnos prikazan je na Grafikonu 2.



Grafikon 2. Prikaz inkluzije dece sa autizmom u standardne obrazovne programe u našoj zemlji

Grafikon 3 prikazuje učestalost različitih vidova pomoći u učenju kod dece sa autizmom. Specijalnu učionicu za decu sa posebnim potrebama koristi njih 63, specijalnu učionicu za decu sa autizmom koristi 39-oro dece, ličnog pratioca ima 34-oro dece, pedagoškog asistenta ima 24-oro dece i na kraju asistenta van škole ima 17-oro dece.



Grafikon 3: Prikaz učestalosti različitih vidova pomoći u učenju kod dece sa autizmom

Diskusija

Poznato je da se PSA češće javlja kod dečaka nego kod devojčica. U našoj studiji 80% dece sa dijagnozom PSA bili su dečaci. Istraživanje u Izraelu dalo je slične rezultate – dečaci su činili većinu – 84,7% [15]. Istraživanja u Kini su takođe pokazala značajno veću prevalenciju obolevanja među dečacima nego među devojčicama, u odnosu 11:1 [16].

Roditelji u Srbiji navode da su se prvi put zabrinuli za dete mnogo ranije nego što je postavljena dijagnoza, a to je bilo u proseku sa 22,5 meseci (SD 10,2), dok je prosečni uzrast kad je postavljena dijagnoza bio 45,8 meseci (SD 22,4). U više istraživanja koja su ranije rađena u svetu, prosečna starost kada su se pojavili prvi simptomi bila je 10-18 meseci [17-21]. Postoji mnogo dokaza iz istraživanja koja su rađena u drugim zemljama, da se pouzdana dijagnoza može postaviti u uzrastu oko druge godine [22-25]. Ovo je značajan podatak koji ukazuje da je neophodno omogućiti što veći broj stručnjaka i službi kako bi se na vreme postavila dijagnoza, jer pravovremeno postavljanje dijagnoze i uključivanje dece u rane intervencije može pomoći njihovoj boljoj funkcionalnosti.

Kao značajan problem pokazala se velika udaljenost zdravstvene ustanove od kuće u momentu postavljanja dijagnoze, što je kod 10% ispitanika bilo između 50 i 100 km, a čak kod 22% ispitanika bilo je više od 100 km i nedostupnost potrebnih usluga u mestima stanovanja (roditelji su naveli da nemaju potreban tretman u mestima stanovanja nego moraju da putuju), kao i nedostatak materijalnih sredstava za sve tretmane potrebne deci.

Kako su u našoj sredini majke te koje u mlađim uzrastima više vremena provode sa decom, one su u velikoj većini bile i prve osobe koje su primetile da nešto nije u redu sa detetom i ispoljile zabrinutost. Četiri najčešća prva simptoma koji su se pojavili kod dece sa PSA u našem istraživanju bili su: 1) problem uspostavljanja kontakta očima tokom razgovora ili igre; 2) dete nije razumelo šta mu roditelji ili drugi odrasli govore; 3) teškoće u socijalnim interakcijama; i 4) neuobičajeni pokreti (hodanje na prstima, lepršanje rukama, okretanje oko sebe). Ovi simptomi slični su onima koji su navedeni u drugim studijama kao prvi znaci koje roditelji uočavaju [26-35].

Tri najčešća vida terapije koji su korišćeni bili su: tretman govora ili jezika (poznatije kao logopedski tretman), farmakoterapija i senzorna integrativna terapija. Od ostalih tretmana korišćeni su i bihejvioralna intervencija ili modifikacija ponašanja, kognitivna terapija, okupaciona terapija, fizikalna terapija i trening socijalnih veština. Naša studija pokazala je da u Srbiji postoji značajan manjak terapeuta iz oblasti treninga socijalnih veština, bihejvioralne terapije kao i kognitivne i okupacione terapije (mali broj roditelja naveo je da ih koristi). Dodatni problem je što ponuđeni vidovi tretmana najčešće nisu pokriveni zdravstvenim osiguranjem, što iziskuje velike materijalne izdatke porodice.

U Srbiji je rađena i Situaciona analiza koja govori u prilog našim rezultatima [36]. Barijeru predstavlja nedostatak obučениh ljudi u državnom sistemu zdravstvene zaštite, kao i to što roditelji kažu da je plaćanje i pronalaženje privatnih stručnjaka teško jer moraju sami da ocenjuju kvalitet ovih usluga pošto tim stručnjacima nije potrebno da imaju licencu ili obaveznu akreditaciju [36].

Zanimljiv je podatak vezan za farmakoterapiju, jer to svakako nije terapija izbora za decu s PSA, već simptomatska terapija udruženih smetnji kao što su agresivnost, izražene stereotipije, problemi spavanja i sl. Pretpostavljamo da je ovaj podatak u vezi s intervjuisanim roditeljima i decom koja su izabrana iz baze Instituta za mentalno zdravlje u kojem se i leče deca s PSA i pridruženim opisanim simptomima, tako da zahtevaju primenu medikamenata u tretmanu.

Dve trećine ispitanika dobija specijalnu pomoć od države za odgajanje dece sa autizmom u vidu tuđe nege i pomoći koja se dobija preko Centara za socijalni rad ili Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje – PIO fonda. Preostala trećina je na listi čekanja. To je ozbiljan izazov kojem je potrebno posvetiti veću pažnju i koji ukazuje da je veoma nužno da se unaprede službe socijalne pomoći kako bi svi dobili adekvatnu podršku i pomoć. Pored toga, najveći broj dece zahteva kontinuiranu dnevnu brigu, a vrlo često jedan od roditelja ne radi, zbog čega im je potrebna materijalna podrška. Jedna američka studija pokazuje da roditelji dece mlađe od 18 godina sa PSA-om rade 7 sati nedeljno manje od roditelja sa decom bez PSA-a [37]. Troškovi podrške pojedincu sa PSA i intelektualnim deficitom tokom njegovog ili njenog životnog veka iznosili su 2,4 miliona američkih dolara i 1,5 miliona funti (2,2 miliona dolara) u Ujedinjenom Kraljevstvu. Najveći troškovi za porodice pogođene PSA – om bile su usluge specijalnog obrazovanja i gubitak roditeljske produktivnosti [38]. Nedostaju podaci iz zemalja u razvoju ili nerazvijenih zemalja.

Samo četvrtina ispitanika je uključena u neki vid organizacije zaštite i podrške porodicama dece sa autizmom i preko organizacija dobijaju podršku i pomoć, mogućnost razmene iskustava i uključivanja u različite aktivnosti (putovanja, susreti s stručnjacima, itd); ovo ukazuje da su porodicu izolovane, same sa svojim problemom što predstavlja dodatno opterećenje. Jedino s kim komuniciraju su eventualno druge porodice koje imaju sličan problem.

Kada govorimo o podršci u obrazovanju svega 12% dece ima dodatnu obrazovnu podršku kroz usluge kao što su pedagoški asistent, lični pratilac ili asistent van škole što je nedovoljno u odnosu na potrebe ove dece i porodica. Inkluzivni pristup zahteva obezbeđivanje uslova da sva deca mogu da ostvare svoja prava. Nažalost, taj pristup još nije u dovoljnoj meri prisutan u praksi onih koji se bave decom. I dalje je neophodan ozbiljan rad na pronalaženju i jačanju mehanizama kojima se unapređuje položaj dece kojoj je potrebna dodatna podrška [14].

Najčešći izvor informisanja koji su naveli ispitanici bio je na prvom mestu internet. Najmanji broj njih je reklo da dobija informacije od pedijatra koji leči dete i od nastavnika, što bi moglo da ukaže da postoji njihova nedovoljna edukovanost. Zbog toga bi trebalo raditi na podizanju znanja pedijataru i nastavniku koji rade sa decom o prirodi poremećaja, simptomima koji se prvi javljaju kao i svih teškoća i prepreka sa kojima se deca sa PSA i njihove porodice suočavaju. Informisanje sa interneta može da predstavlja izazov – s jedne strane može biti dobar izvor informacija, ali je veoma teško izdvojiti šta je prava informacija kada su u pitanju nedovoljno edukovane osobe. Zbog toga može doći do raznih problema usled širenja dezinformacija od strane neprofesionalaca ili samih roditelja koji iskustveno prenose informacije, a ne informacije zasnovane

na dokazima. Poslednji primer za to je “uspeh” tzv. antivakcinalista koji su u Srbiji i u svetu doveli zemlju na korak od velikih epidemija, koje se zahvaljujući vakcinaciji nisu pojavljivale decenijama.

Ograničenja naše studije su ta što u trenutku ispitivanja nije uzimano u obzir vreme od postavljanja dijagnoze do aktuelnog ispitivanja, što će biti cilj budućih ispitivanja. Što se tiče tretmana, tek u nekoliko poslednjih godina raste broj različitih vrsta tretmana koji se primenjuju; do tad su deca bila isključivo na defektološko-logopedskom tretmanu. Pored toga, ovim istraživanjem nije ispitivan odnos između vrsta pruženih terapija i vremena postavljanja dijagnoze, što bi bilo značajno ispitati. I na kraju, svaki odgovor roditelja o vrsti tretmana smo evidentirali, i nije utvrđivana razlika da li je dete bilo na jednom ili više tretmana.

Zaključak

Život sa autizmom ne bi trebalo da predstavlja izazov samo pojedinca i njegove porodice, već i celog društva. Povećanje svesti društva u celini, a posebno onih članova društva koji dolaze u kontakt sa obolelom decom, kao što su nastavnici dece, pedijatri i medicinski radnici o tome kada se javljaju i kako izgledaju prvi simptomi, kako izgleda živeti sa autizmom i koje poteškoće ovaj poremećaj donosi sa sobom, doprinelo bi tome da se lakše prepozna i dijagnostikuje poremećaj i interveniše pravovremeno. Izazovi i prepreke koje ovaj poremećaj nosi sa sobom zahteva uključenost svih članova društva u obezbeđivanje podrške i pomoći deci i njihovim porodicama. Podrška podrazumeva razvoj svih službi koje imaju mogućnost da olakšaju život deci i njihovim roditeljima. Potrebna je dodatna materijalna pomoć, poboljšanje uslova obrazovanja, veća dostupnost različitih vidova terapije i terapeuta kao i veća pristupačnost zdravstvenih ustanova u kojima se leče deca sa poremećajima iz spektra.

FIRST SYMPTOMS AND SUPPORT / AID TO FAMILIES CHILDREN WITH DISORDERS OF AUTISM SPECTRUM

Sofija Krsmanovic¹, Roberto Grujicic², Alexia S. Herrera¹,
Nenad Rudic³, Marta Jeremic¹, Milica Pejovic-Milovancevic^{1,2}

¹Faculty of Medicine University of Belgrade, Serbia

²Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

³Psychiatric practices “Medisan”, Belgrade, Serbia

Abstract: Introduction: Raising a child with ASD is a challenge requiring a significant involvement of all family members, requiring family members to educate themselves about the illness, as well as on health care and available support. **Aim:** To identify first symptoms of the child, the average age when the diagnosis was made, to evaluate the availability of additional support in education and social protection, and availability of additional help for their parents. **Material and Methods:** Survey was used as a method for collecting data, and respondents are parents or caretakers of children from the registry of patients with ASD diagnosis. The sample consisted of 223 boys and 58 girls (in total 281). In the research we used a questionnaire developed by Amy Daniels and the national coordinators of the Southeast European Autism Network (*Southeast European Autism Network – SEAN*). **Results:** During the study, 281 parents were interviewed. The average age when the diagnosis has been made was 45.8 months (SD 22.4). The most common first symptoms were: 1) the problem of establishing eye contact during conversation or play; 2) the child did not understand communication; 3) difficulties in social interaction; and 4) unusual movements (walking on the toes, flapping hands, turning around). The three most common types of used therapies were: speech or language treatment 150 respondents (53.3%), pharmacotherapy 83 respondents (29.5%) and sensory integrative therapy 80 subjects (28.5%). **Conclusion:** Life with ASD should not be the problem only for the individual affected and his/her family, but also of the entire community. Support to people with ASD and their families implies the development of all services that can make their lives easier.

Keywords: ASD, spectrum of disorders, support, treatment, first symptoms

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4th ed. Text revision. Washington, DC:, American Psychiatric Association Publishing Inc. 2000.
2. Christensen DL, Baio J, Braun KV, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ* . 2016;65(3):1-23.
3. Farley MA1, McMahon WM, Fombonne E et al., Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. *Autism Res*. 2009,2(2):109-18.
4. Ibañez LV, Kobak K, Swanson A, Wallace L, Warren Z, & Stone WL. (2018). Enhancing interactions during daily routines: A randomized controlled trial of a web-based tutorial for parents of young children with ASD. *Autism Res*. 2018;1-12.
5. Siklos S, Kerns KA. Assessing the diagnostic experiences of a small sample of parents of children with autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil*. 2007;28(1):9-22.
6. Hess CR, Landa RJ. Predictive and concurrent validity of parent concern about young children at risk for autism. *J Autism Dev Disord*. 2012 Apr;42(4):575-84.
7. Kishore MT, Basu A. Early concerns of mothers of children later diagnosed with autism: implications for early identification. *Res Autism Spectrum Disord*. 2011;5(1):157-63.
8. Khoo K, Bolt P, Babl FE, Jury S, Goldman RD. Health information seeking by parents in the Internet age. *J Paediatr Child Health*. 2008;44(7-8):419-23.
9. Morahan-Martin JM. How Internet users find, evaluate, and use online health information: a cross-cultural review. *Cyberpsychol Behav*. 2004 Oct;7(5):497-510.
10. Plantin L, Daneback K. Parenthood, information and support on the internet: a literature review of research on parents and professionals online. *BMC Family Practice*. 2009 May 18;10(1):1.
11. Myers CL, Gross AD, & McReynolds BM. Broadband behavior rating scales as screeners for autism?. *J Autism Dev Disord*. 2014, 44(6), 1403-13.
12. Nicholas DB, Zwaigenbaum L, Muskat B, Craig at al., C. Toward Practice Advancement in Emergency Care for Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics* 2016, 137(Supplement), S205–S211.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.5th ed. Arlington, VA: *American Psychiatric Association*; 2013.
14. Vlahović-Vasiljević D, Miloradović S, Pejović Milovančević M. Inkluzija dece iz posebno osetljivih grupa u obrazovanje i zajednicu – kontekst, Ilić Šunderić I, Mojsilović Đ, Milojević-Vrandečić A. editors. *Vodič za interresorne komisije*. (n.d.), Beograd, Srbija. La Mantini d.o.o.; 2016;10-92.
15. Ben-Sasson ., & Yom-Tov E. Online concerns of parents suspecting autism spectrum disorder in their child: Content analysis of signs and automated prediction of risk. *JMIR Ment Health* . 2016,18(11),1-12.
16. Zhou W, Ye AY, Sun Z, Tian HH, Pu TZ, & Wu Y. Statistical analysis of twenty years (1993 to 2012) of data from mainland China' s first intervention center for children with autism spectrum disorder Statistical analysis of

- twenty years (1993 to 2012) of data from mainland China's first interven. *Molecular Autism*. 2014;5:52.
17. Kishore MT, Basu A. Early concerns of mothers of children later diagnosed with autism: implications for early identification. *Res Autism Spectrum Disord*. 2011;5(1):157-63.
 18. De Giacomo A, Fombonne E. Parental recognition of developmental abnormalities in autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(3):131-6.
 19. Chawarska K, Paul R, Klin A, Hannigen S, Dichtel LE, Volkmar F. Parental recognition of developmental problems in toddlers with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 2007; 37(1):62-72.
 20. Kozlowski AM, Matson JL, Horovitz M, Worley JA, Neal D. Parents' first concerns of their child's development in toddlers with autism spectrum disorders. *Dev Neurorehabil*. 2011;14(2):72-8.
 21. Howlin P, Asgharian A. The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families. *Dev Med Child Neurol*. - 1999 Dec;41(12):834-9.
 22. Chawarska K, Klin A, Volkmar FR. Automatic attention cueing through eye movement in 2-year-old children with autism. *Child Dev*. 2003;74:1108-22.
 23. Davis T, Clifton D, & Papadopoulos C. (2015). Identifying autism early: The Toddlers at Risk of Autism Clinic model. *Int J Pediatr Child Health*. 51(7),699-703.
 24. Zwaigenbaum L. (2010). Advances in the early detection of autism., *Curr Opin Neurol*. 23(2), 97-102.
 25. Landa R, & Holman K. (2007). Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Arch Gen Intern Med*. 64(7),853-64.
 26. Johnson CP, & Myers SM. Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatric 2007s*, 120(5), 1183-215.
 27. Sigman M, Dijamco A, Gratier M, Rozga A. Early detection of core deficits in autism. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2004;10:221-33.
 28. Johnson CP. Early clinical characteristics of children with autism. In: Gupta VB, ed. *Autism Spectrum Disorders in Children*. New York. NY: *Marcell Dekker* 2004; 85-123.
 29. Chawarska K, Volkmar FR. Autism in infancy and early childhood. In: Volkmar FR, Klin A, Paul R, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. 3rd ed. Vol I. Hoboken. NJ: *John Wiley & Sons, Inc.*, 2005:223-46.
 30. Zwaigenbaum L, Bryson S, Rogers T, Roberts W, Brian J, Szatmari P. Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Int J Dev Neurosci*. 2005;23:143-52.
 31. Maestro S, Muratori F, Cesari A, Pecini C, Apicella F, Stern D. A view to regressive autism through home movies: is early development really normal? *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:68-72.
 32. Mitchell S, Brian J, Zwaigenbaum L, Roberts W, Szatmari P, Smith I, Bryson S. Early language and communication development of infants later diagnosed with autism spectrum disorder. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(2 suppl):69-78.

33. Rogers SJ, Benneto L. Intersubjectivity in autism. In: Wetherby AM, Prizant BM, eds. Autism Spectrum Disorders. Baltimore, MD: Paul H. Brookes; 2000; 79-107.
34. Turner LM, Stone WL, Pozdol SL, Coonrod EE. Follow-up of children with autism spectrum disorders from age 2 to age 9. *Autism*. 2006;10:243-65.
35. Charman T. Why is joint attention a pivotal skill in autism? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2003;358:315-24.
36. Nacionalna organizacija osoba sa invaliditetom Srbije (NOOIS). Situaciona analiza: Položaj dece sa smetnjama u razvoju i invaliditetom u Republici Srbiji. Beograd, 2017 dostupno na <http://www.unicef.rs/wp-content/uploads/2018/01/SitAn-deca-sa-smetnjama-u-razvoju-i-invaliditetom.pdf>
37. Cidav Z, Marcus SC, Mandell DS. Implications of childhood autism for parental employment and earnings. *Pediatrics*. 2012;129(4):617-23.
38. Buescher A.V., Cidav Z., Knapp M., Mandell D.S. Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA Pediatr*. 2014, 168(8):721-8.

Sofija KRSMANović, student Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Sofija KRSMANOVIC, student of the Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

Email: sofijakrsmanovic@yahoo.com

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, Palmotićeva 37
Tel/Faks: 011 3226 925; 3236 353
e-mail: psihijatrija.danas@imh.org.rs
www.imh.org.rs

Direktor – Director
Prof. dr Dušica Lečić-Toševski

Tehnički urednik – Technical Editor
Ivana Gavrilović

Štampa – Print
DOSIJE, Beograd

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

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

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

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

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

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

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

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

¹ Plagiarism includes the following:

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

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

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

Cover letter/file

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

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

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

Review

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

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

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

Manuscripts sent to reviewers shall be treated as confidential documents.

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

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

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

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

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

Open access

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

Copyrights

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

**PREPLATITE 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 2018. 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. 49/2017 (2 issues) ISSN-0350-2358**

Subscription rates

- Individual 60 USD
- Institutional 120 USD

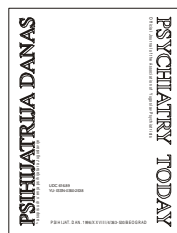
Name

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
Народна библиотека Србије, Београд
616.89(497.11)

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

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

ISSN 0350-2538 = Psihijatrija danas

COBISS.SR-ID 3372546

Institut za mentalno zdravlje
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