

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDK 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2024/LVI/1/5–87/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.
2024/LVI/1/5-87/BEOGRAD

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

PSIHIJARIJA DANAS / PSYCHIATRY TODAY

Izdaje / Published by

INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE, Beograd
INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, Belgrade

Časopis Udruženja psihijatara Srbije
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association

Časopis PSIHIJARIJA DANAS osnovala je prof. dr Slavka Morić Petrović 1969.

Redakcija / Editorial Office

Glavni urednik / Editor-in-Chief

Milutin KOSTIĆ

Urednički odbor / Editorial Board

Milica PEJOVIĆ-MILOVANČEVIĆ

Nada MARIĆ BOJOVIĆ

Olivera VUKOVIĆ

Čedo D. MILJEVIĆ

Bojana PEJUŠKOVIĆ

Bojana DUNJIĆ KOSTIĆ

Maja MILOVANOVIĆ

Maja MILOSAVLJEVIĆ

Vanja MANDIĆ-MARAVIĆ

Ana MUNJIZA JOVANOVIĆ

Sanja ANDRIĆ PETROVIĆ

Danilo PEŠIĆ

Marija MITKOVIĆ VONČINA

Roberto GRUJIĆIĆ

Ivan RISTIĆ

Izdavački savet / Advisory Board

Michel Botbol (Paris), Jovan Bukelić (Beograd),

Saveta Draganić Gajić (Beograd), Mira Divac Jovanović (Beograd),

Marko Ercegovac (Beograd), Olivera Žikić (Niš), Lidija Injac (Podgorica),

Maja Ivković (Beograd), Veronika Išpanović-Radojković (Beograd),

Miroslava Jašović-Gašić (Beograd), Vladimir S. Kostić (Beograd),

Latas Milan (Beograd), Zorka Lopičić (Beograd),

Gordana Mandić (Beograd), Goran Mihajlović (Kragujevac),

Srđan Milovanović (Beograd), Igor Pantić (Beograd), Mirko Pejović (Beograd),

Norman Sartorius (Geneva), Miodrag Stanković (Niš),

Vladan Starčević (Sidney), Ivana Timotijević (Beograd),

Sanja Totić Poznanović (Beograd), Dragan Švrakić (St. Louis)

Tehnički urednik / Assistant to the Editor

Ivana Gavrilović

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 56	BEOGRAD	BROJ 1, 2024
-----------	---------	--------------

SADRŽAJ

REVIJALNI RADOVI

Stres i traumatska iskustva roditelja dece sa poremećajem iz spektra autizma <i>/Stupar S., Srećković Milenković N., Đorđić E., Bunijevac S.</i>	5
Kvalitativna istraživanja neurorazvojnih poremećaja u dečjoj i adolescentnoj psihijatriji – pregled literature <i>/Leštarević S., Pejović Milovančević M.</i>	21
Trauma i razvojni stadijum <i>/Radosavljev Kirćanski J., Novaković N.</i>	33
Lumateperon tosilat – modulator serotonergičke, dopaminergičke i glutamateričke transmisije u tretmanu shizofrenije – narativni pregled literature <i>/Vuković P., Matković L.</i>	45

STRUČNI RADOVI

Uloga ličnosti u donošenju odluka o uvođenju i doziranju antipsihotika kod dve različite kliničke populacije <i>/Ristić I., Matković L., Nikolić K.</i>	57
--	----

PRIKAZ – TUMAČENJE FILMA

„Jesenja sonata” <i>/Herrera E.D.</i>	67
„Stjuart – život unutraške” <i>/Vlaisavljević M., Božić I., Lero M.</i>	71
„Duhovi ostrva” <i>/Trajkovski T., Ilić M.</i>	75

Obaveštenje

Uputstva saradnicima.	79
----------------------------	----

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 56	BELGRADE	NUMBER 1, 2024
---------	----------	----------------

CONTENTS

REVIEW ARTICLES

Stress and traumatic experiences of parents of children with autism spectrum disorder
/Stupar S., Sreckovic Milenkovic N., Djordjic E., Bunijevac S. 5

Qualitative research on neurodevelopmental disorders in child and adolescent psychiatry – literature review
/Lestarevic S., Pejovic Milovancevic M...... 21

Trauma and developmental stadiums
/Radosavljev Kircanski R., Novakovic N...... 33

Lumateperone tosylate – modulator of serotonergic, dopaminergic and glutamatergic transmission in the treatment of schizophrenia – a narrative review of the literature
/Vukovic G.P., Matkovic L...... 45

PROFESSIONAL ARTICLES

Antipsychotics in the treatment od two different patient populations – How do we make decisions about initiation and dosing?
/Ristic I., Matkovic L., Nikolic K. 57

FILM REVIEWS

Autumn Sonata
/Herrera E.D. 67

Stuart: a life backwards
/Vlaisavljević M., Božić I., Lero M...... 71

The banshees of inisherin
/Trajkovski T., Ilic M.,..... 75

Announcement

Instruction to contributors 83

STRES I TRAUMATSKA ISKUSTVA RODITELJA DECE SA POREMEĆAJEM IZ SPEKTRA AUTIZMA

**Sanja Stupar¹, Nataša Srećković Milenković¹,
Emilija Đorđić¹, Savina Bunijevac²**

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Srbija

Apstrakt: Roditelji dece i adolescenata kojima je dijagnostikovan poremećaj iz spektra autizma (PSA) prolaze kroz različite pristupe, dijagnostičke procese i tretmanske usluge vremenski različitog trajanja do dobijanja konačne dijagnoze autizma. Roditeljstvo kod dece sa PSA ali i drugim razvojnim poremećajima može biti stresnije i izazovnije od roditeljstva dece sa tipičnim razvojem, posebno u zemljama u kojima postoji nedostatak različitih resursa podrške. Istraživanja pokazuju da roditelji dece sa PSA imaju veći nivo stresa i niži nivo blagostanja od roditelja dece sa urednim psihomotornim razvojem. Proces do dobijanja dijagnoze i samo saopštavanje dijagnoze roditelji često opisuju kao najstresniji period u njihovim životima. Inicijalno dijagnoza „šokira” roditelje i može im izazvati tugu, brigu, bes i osećaj nemoci. Roditeljima koji su ostali sa negativnim osećanjima prilikom saopštavanja dijagnoze PSA možemo pomoći uključivanjem u brži i lakši proces dobijanja dijagnoze sa koherentnošću i strukturom, jačanjem interpersonalnih odnosa između profesionalaca i roditelja i širenjem tačnih i aktuelnih informacija o PSA. Pružanje dodatnih psiholoških i socijalnih intervencija u trenutku dobijanja dijagnoze je veoma značajno u smanjenju roditeljskog stresa koji ih najčešće vodi ka anksioznom i depresivnom poremećaju.

Ključne reči: *autizam, trauma, stres, sagorevanje, roditeljstvo.*

UVOD

Poremećaj iz spektra autizma

Poremećaj iz spektra autizma (PSA) je neurorazvojni poremećaj koji se karakteriše deficitima u socijalnoj komunikaciji uz prisustvo restriktivnih i repetitivnih obrazaca ponašanja i interesovanja [1]. Poremećaj iz spektra autizma (PSA) karakteriše heterogena simptomatologija koja obuhvata fizičke, mentalne, neurološke i funkcionalne poremećaje, a ovi simptomi mogu trajati tokom celog života, što dovodi do značajnog opterećenja za pojedince, njihove porodice i društvo u celini [2].

Prevalencija PSA

Od 2012. godine objavljeno je 99 procena iz 71 studije koje ukazuju na globalnu prevalenciju autizma koja se kreće unutar i između regiona, sa srednjom prevalencijom od 100/10.000 [3]. Procene rasprostranjenosti autizma su od suštinskog značaja za informisanje javnih politika, podizanja svesti i razvoja istraživačkih prioriteta. Procena prevalencije za 2023. godinu na osnovu podataka prikupljenih 2020. godine je otprilike 317% veća od procena iz 2000. godine [4]. PSA se javlja u svim rasnim, etničkim i socioekonomskim grupama. Ono što i dalje perzistira je da je PSA skoro 4 puta češći među dečacima nego među devojčicama. Prema podacima Centra za kontrolu bolesti SAD 1 od 36 dece starosti 8 godina je identifikovano sa poremećajem iz spektra autizma u 2020. godini [5].

Povećanje izmerene prevalencije autizma na globalnom nivou, odražava kombinovane efekte više faktora. Stiče se utisak da su oblasti sa većom stopom prevalencije oblasti sa boljim obrazovnim statusom roditelja koji su svesniji postojanja autizma, ili da su to oblasti koje više prihvataju neurodivergenciju i stvaraju okruženje u kojem je traženje dijagnoze lakše dostupno i manje stigmatizovano. Svakako, povećanje globalne prevalencije uključuje povećanje svesti zajednice i odgovor javnog zdravlja na globalnom nivou, napredak u identifikaciji i poboljšanju dijagnostičkih kriterijuma i generalno povećanje kapaciteta zajednice [4]. Povećanje broja dijagnostikovanih PSA donosi i prilike i izazove za roditelje. Iako se društvo polako menja i prilagođava rastućim potrebama ove populacije, postoji potreba za dodatnim ulaganjima u zdravstveni i obrazovni sistem, kao i za jačanjem podrške roditeljima. Usled povećanja broja dece sa PSA dolazi i do preopterećenosti sistema, dužih lista čekanja za terapije i podršku, visokih troškovi terapija, ograničenja resursa [6] što stvara dodatni pritisak na porodicu i roditelje dece sa PSA.

Simptomi poremećaja iz spektra autizma

Karakteristike PSA se mogu otkriti u ranom detinjstvu, ali autizam se često dijagnostikuje tek mnogo kasnije [7]. Ova odlaganja u dijagnostici mogu uticati na pravovremenu primenu intervencija koje su ključne za razvoj deteta.

Rano postavljanje dijagnoze poremećaja iz spektra autizma od suštinskog je značaja ne samo za razvoj deteta, već i za dobrostanje roditelja [8].

Autizam se manifestuje na različite načine kod svake osobe unutar spektra, što znači da svaka osoba sa autizmom ima jedinstvene prednosti i izazove sa kojima se suočava tokom života. Poremećaj iz spektra autizma obuhvata širok spektar simptoma, koji se u svakom pojedincu ili detetu ispoljavaju na specifičan način, dok osnovni simptomi, koji su zajednički svim osobama sa PSA, perzistiraju. Neka deca sa PSA mogu razviti govor, dok druga ostaju neverbalna ili minimalno verbalna i koriste alternativne načine komunikacije [9]. Socijalna komunikacija je fundamentalni faktor koji utiče na kvalitet života, odnose i kasnije profesionalnu nezavisnost osoba sa PSA, što ukazuje na potrebu za razumevanjem ovog kompleksnog domena i važnost identifikovanja osnovnih uzroka ovih deficita unutar poremećaja [10]. Socijalna komunikacija je osnovni faktor koji omogućava deci da razvijaju odnose sa porodicom, prijateljima, učiteljima i drugim članovima društva. Poteškoće u ovoj oblasti mogu izazvati usamljenost, frustraciju i stres, usled teškoća u povezivanju sa drugima ili razumevanju društvenih normi i ponašanja [11]. U školi, na poslu ili u ličnim odnosima, nesposobnost da pravilno komuniciraju sa drugima može dovesti do izolacije, niskog samopouzdanja i smanjenih mogućnosti za ostvarivanje emocionalnih i socijalnih veza [12].

Značajan broj dece sa PSA suočava se sa izraženim intelektualnim teškoćama, kao i problemima sa smanjenom fleksibilnošću u mišljenju i ponašanju. Studije su pokazale da je fleksibilnost u ponašanju kod dece sa PSA predviđena težinom autizma, razvojnim uzrastom i iniciranjem socijalne interakcije [13]. Istraživanja ukazuju na to da su intelektualne teškoće, izazovi u društvenoj interakciji i smanjena fleksibilnost u ponašanju ključne karakteristike koje treba uzeti u obzir prilikom procene i pružanja podrške deci sa PSA [14].

Sam poremećaj iz spektra autizma je ozbiljno stanje sa značajnim uticajem na način života, posebno uz prisustvo psihijatrijskih komorbiditeta koji mogu promeniti tok i prognozu, kvalitet života, kao i funkcionalne rezultate tokom celokupnog života. Dodatni psihički problemi koji se javljaju zajedno sa PSA, poput anksioznosti, depresije, ADHD-a mogu imati još veći uticaj na njihov život [15].

Dok je nekoj deci potrebna podrška u svakodnevnom životu, druga mogu imati manju potrebu za podrškom i u nekim slučajevima, kako odrastaju, mogu živeti nezavisno, bez podrške roditelja/staratelja i drugih odraslih osoba [16]. Takođe, ključno je da se razume da će stepen nezavisnosti varirati među pojedincima sa PSA, jer je svaka osoba sa ovim poremećajem jedinstvena i njene potrebe za podrškom se mogu značajno razlikovati.

Bez obzira što se tokom vremena PSA može manifestovati u različitim formama i što će dete imati periode napretka, izvesno je da teškoće nikada neće nestati u potpunosti. Ovo za porodice znači kontinuirano prilagođavanje novim

potrebama deteta i stalno organizovanje dodatnih resursa podrške u skladu sa njegovim stanjem.

Podrška u zajednici i značaj ranih intervencija

Rano postavljanje dijagnoze autizma ključno je za optimalan razvoj deteta [17]. Istraživanja ukazuju da rano postavljanje dijagnoze pruža roditeljima jasnoću i potvrdu njihovih zabrinutosti, smanjujući osećaj konfuzije i nesigurnosti [18]. To omogućava roditeljima da pristupe odgovarajućim resursima i mrežama podrške, efikasno rešavajući potrebe svog deteta i unapređujući porodičnu dinamiku [19].

Uporedo sa nastojanjima da se poboljša uspostavljanje rane dijagnoze pre 48. meseca života deteta, od ključne je važnosti osigurati pružanje adekvatne podrške porodici i deci. Kroz rane intervencije, dete ima veću šansu za postizanje boljih razvojnih i socijalnih ishoda. To ne samo da povećava kvalitet života deteta, već i omogućava porodici da se bolje pripremi za izazove koji dolaze s autizmom [20], čineći celokupni proces prilagođavanja i integracije lakšim i uspešnijim.

Rano detinjstvo je kritičan period za razvoj deteta. Veći pristup ranim intervencijama dovodi do pozitivnog razvojnog napretka deteta [21] i kasnijom smanjenom potrebom za pružanjem dodatne podrške u školskom i odraslom uzrastu [21]. Pružanjem usluga rane intervencije se značajno smanjuju i ekonomska opterećenja države. Procenjeni troškovi dece koja ne dostignu svoj puni razvojni potencijal tokom ovog perioda su visoki i opstaju tokom celog života, uključujući nižu ekonomsku produktivnost i lošije zdravlje [22]. Ipak, najnovije procene pokazuju da je oko 43% dece mlađe od 5 godina u zemljama sa niskim i srednjim prihodima i dalje izloženo riziku od lošeg razvoja samo zbog siromaštva i zaostajanja u razvoju [23]. Uzimajući u obzir visoku cenu podizanja deteta u sistemu, alarmantno je da studija zaključuje da 25%-45% ispitanih roditelja izjavljuju ili da su smanjili radno vreme ili da su potpuno prekinuli sa radom [24].

Dostupni ograničeni dokazi o uticaju rane intervencije kod PSA sugerišu da intervencije koje primenjuju razvojni pristup, kao i kombinovani razvojni i bihevioralni pristup, mogu imati pozitivan efekat na razvoj igre i socijalne komunikacije kod dece sa autizmom [25]. Kada i roditelji steknu znanja o strategijama podsticanja komunikacije, igre, socijalizacije i samoregulacije kod svog deteta, oni se osećaju kompetentnije i sigurnije u svojoj ulozi. Ovo može poboljšati njihov odnos s detetom i povećati njihovu sposobnost da efikasno rešavaju izazove.

Nakon dobijanja dijagnoze preporuke su da se dete uključi u intenzivne tretmane, po preporuci 25-40 sati nedeljno [26], tako da roditelji dobijaju dodatni teret oko koordinacije tretmana, vrtića, zagovaranja i upravljanja odlukama pored već velikog stresa koji su iskusili samim saznavanjem dijagnoze. Takođe nije retko da mnogi roditelji napuštaju svoje poslove kako bi se posvetili upravljanju ovim aktivnostima, ostavljajući porodicu sa dodatnim finansijskim opterećenjem.

U pružanju podrške porodici, od ključne je važnosti obezbediti kvalitetne profesionalce koji će se baviti tretmanom deteta, ali i pružiti savetovanje i edukaciju roditeljima za sprovođenje intervencija u kućnim uslovima. Angažovanje roditelja u procesu intervencije, uz stručnu podršku, može značajno unaprediti razvojne ishode kod dece sa autizmom [27]. Takođe, neophodno je pružiti kontinuiranu podršku roditeljima dece sa autizmom u njihovim naporima da zagovaraju prava svog deteta u različitim sistemima, uključujući obrazovni, zdravstveni i socijalni sektor. Edukacija o pravima deteta, pravnim okvirima i strategijama zagovaranja može osnažiti roditelje i poboljšati njihovu sposobnost da efikasno komuniciraju sa institucijama i donosiocima odluka. Pored toga, važno je omogućiti roditeljima vreme za odmor i psihološku regeneraciju kroz izgradnju mreže podrške. Uključivanje u grupe za podršku može im pružiti prostor za razmenu iskustava, emocionalnu podršku i korisne strategije za suočavanje sa svakodnevnim izazovima [28]. Takođe, profesionalno savetovanje i terapijske intervencije mogu igrati ključnu ulogu u prevenciji stresa i sagorevanja, čime se unapređuje celokupno porodično blagostanje.

Dodatni izazov za roditelje mogu predstavljati profesionalci koji nenaмерно podstiču roditelje da preuzmu ulogu terapeuta u svakodnevnom ophođenju sa detetom, što može pojačati osećaj nesigurnosti i stresa. Zbog toga je izuzetno važno uključiti roditelje u edukacije i savetovanja koja unapređuju njihove roditeljske veštine u svakodnevnom životu, bez očekivanja da postanu profesionalni terapeuti.

Trening veština roditelja (CST) [29] predstavlja jedan od korisnih programa, koji pruža podršku roditeljima, poštujući njihovu osnovnu ulogu kao roditelja, dok im pomaže da bolje razumeju i primenjuju strategije za podršku detetu u svakodnevним situacijama. Rezultati primene CST programa u Srbiji ukazuju na to da bi program mogao da pomogne široj grupi roditelja i staratelja, te da bi oblik njegove primene (kroz grupne diskusije, online, itd.) mogao obuhvatiti veći broj roditelja, pružajući im adekvatnu podršku za rad sa decom, kao i za prihvatanje smetnji u razvoju svog deteta [30].

Postizanje nezavisnog života osoba sa poremećajem iz spektra autizma predstavlja izazov zbog osnovnih deficita ovog poremećaja, kao i deficita izvršnih funkcija koji utiču na inicijaciju i generalizaciju. Ove teškoće, zajedno sa strategijama intervencija koje podstiču prekomernu zavisnost od podrške odraslih, doprinose lošim dugoročnim ishodima za odrasle sa PSA u zapošljavanju, stanovanju i razvoju odnosa [31].

Veća dostupnost podrške i resursa, razvijeni servisi za pružanje profesionalne pomoći, socijalne usluge i obrazovni programi igraju važnu ulogu u procesu osamostaljivanja, kao i uvažavanje individualnih različitosti. Ovi faktori naglašavaju važnost personalizovanih pristupa i podrške kako bi se omogućio što veći stepen nezavisnosti. Uz odgovarajuću obuku, podršku i resurse, neke osobe sa PSA mogu postići određen stepen nezavisnost u odraslom dobu.

Traumatsko iskustvo i stres kod roditelja dece sa PSA

Stres u roditeljstvu sa decom sa PSA predstavlja specifičnu vrstu stresa koja nastaje usled izazova povezanih s roditeljstvom i relativnog nedostatka resursa koji se percipiraju kao neophodni za prilagođavanje tom izazovu [32]. Veliki broj studija navodi da roditelji dece sa autizmom doživljavaju veći nivo stresa u poređenju sa roditeljima dece tipičnog razvoja i roditelje dece sa drugim smetnjama u razvoju [33]. Autori Grej i Holden (1992) su otkrili da je kasnija dijagnoza povezana sa višim nivoima depresije kod roditelja [34]. Roditelji koji su zabrinuti za razvoj svog deteta i sumnjaju na postojanje PSA doživljavaju više nivo roditeljskog stresa pre dobijanja formalne dijagnostičke procene konstantno tokom 6 meseci ranog razvoja njihovog deteta u poređenju sa roditeljima dece sa razvojnim problemima bez PSA i roditeljima dece koji nemaju zabrinutosti [35] [33].

Iako se većina istraživanja o roditeljskom stresu fokusirala na roditelje dece sa postojećom dijagnozom, roditelji male dece zabrinuti zbog ponašanja koje može biti povezano sa PSA takođe se suočavaju sa mnogim jedinstvenim izazovima i pre samog postavljanja dijagnoze [35].

Faktori koji su povezani sa roditeljskim stresom zavise od karakteristika roditelja, karakteristika deteta, sistema podrške porodici, socijalne podrške, socioekonomskog statusa i profesionalne podrške koju roditelji dobijaju. Roditeljska uverenja i brige u vezi sa terapijama i intervencijama koje dete dobija, takođe utiču na nivo anksioznosti i depresije kod roditelja [36].

Zbog specifičnih teškoća u uspostavljanju socijalne interakcije i komunikacije, kao i poteškoća u upravljanju ponašanjem deteta, roditelji često primećuju izazove u razvijanju odnosa i povezivanju sa sopstvenim detetom tokom svakodnevnih rutina [37]. Ove poteškoće mogu dovesti do osećanja zbunjenosti, frustracije i značajne zabrinutosti na dnevnom nivou. Teškoće u socijalnoj komunikaciji kod dece sa autizmom imaju dubok uticaj i na roditelje, jer oni često moraju da prepoznaju i nose se sa izazovima s kojima se njihovo dete suočava u društvenim situacijama. Ovaj proces može izazvati emocionalnu i psihološku iscrpljenost kod roditelja, jer se suočavaju sa frustracijom zbog nemogućnosti da pomognu detetu da razvije društvene veštine potrebne za integraciju u širu zajednicu.

Teškoće sa kojima se roditelji suočavaju tokom odgajanja deteta sa autizmom, uključuju i socijalnu izolaciju porodice, teškoće sa društvenim prihvatanjem, slabu mrežu podrške.

Takođe nemogućnost deteta da proceni rizična ponašanja, i druga problematična ponašanja koja deca mogu ispoljavati mogu dodatno izazvati povišene nivo stresa kod roditelja i to značajno više nego sami osnovni simptomi PSA [38]. Deca sa autizmom često imaju teškoće u proceni rizičnih ponašanja, kao što su lutanje i izloženost opasnostima poput utapanja. Ove teškoće, uključujući deficit u izvršnim funkcijama, utiču na sposobnost planiranja, donošenja odluka i prepoznavanja opasnosti. Zbog nedostatka socijalnih signala i razumevanja posledica, njihovo ponašanje može postati rizično [39]. Poteškoće koje deca sa

autizmom imaju u proceni rizičnih ponašanja mogu izazvati značajnu anksioznost i stres kod roditelja, jer se suočavaju sa stalnim izazovima u obezbeđivanju sigurnosti svoje dece.

Drugi faktori koji doprinose poteškoćama u roditeljstvu je nedostatak adaptabilnosti kod dece sa PSA [40], odnosno, nemogućnosti deteta da se adaptira na sredinu koja se menja ili na drugačije zahteve ili potrebe, tuđe ili sopstvene. Ranije pomenuti komorbiditeti uz PSA mogu imati značajan uticaj i na roditelje i porodice noseći sa sobom poteškoće u svakodnevnom životu koje utiču na njihovu dobrobit i kvalitet života [41].

Osnovne karakteristike poremećaja iz spektra autizma (PSA), u kombinaciji sa ponašanjima poput agresije, bekstva, samopovređivanja i suicidalnih ideja, mogu izazvati značajan stres i emocionalnu uznemirenost kod roditelja. Ova iskustva roditelja često su povezana sa pojavom psiholoških problema kao što su depresija, anksioznost, somatizacija, te ljutnja i neprijateljstvo [42]. U okviru teorije traumatskog stresa, moguće je bolje razumeti psihološke simptome i reakcije koje roditelji doživljavaju u kontekstu izazova s kojima se suočavaju, što može doprineti boljem razumevanju njihovih emocija i potreba za podrškom.

Simptomi koji prate PSA ne utiču samo na pojedinca, već imaju dubok i značajan uticaj na celu porodicu, jer zahtevaju poseban pristup i kontinuiranu negu. Deci sa PSA potrebna je podrška ne samo od strane porodice, već i od vaspitača, medicinskih stručnjaka, terapeuta i zajednice, kako bi napredovala. Međutim, važno je razumeti da roditelji dece sa PSA takođe zahtevaju intenzivnu i sveobuhvatnu podršku. Da bi se razvile efikasne intervencije i pružila adekvatna pomoć roditeljima male dece sa ranom dijagnozom, ključno je shvatiti njihova iskustva i strategije suočavanja nakon što saznaju dijagnozu. Ovo razumevanje može doprineti poboljšanju porodične adaptacije, kao i unapređenju ukupnog kvaliteta života svih članova porodice.

U porodicama dece sa autizmom, majke su te kod kojih je primećen veći nivo stresa u odnosu na očeve i u odnosu na kontrolnu grupu. Majke dece sa PSA su imale više ocene depresije, anksioznosti i stresa u poređenju sa kontrolnom grupom; Rezultati depresije su bili viši među grupom dece od rođenja do 2 godine, dok su rezultati anksioznosti i stresa bili viši među grupama sa decom od 2,5 godine i nakon 5 godine života [43].

Rezultati studija (*Wachtel and Carter* 2008) pokazali su da su majke koje su postigle bolju emocionalnu adaptaciju na dijagnozu PSA pokazale veći nivo kognitivnog angažovanja i podrške tokom interakcije sa svojom decom [44]. One su takođe bile u mogućnosti da efikasnije obezbede verbalne i neverbalne načine da podrže pozitivan razvoj svog deteta u sticanju veština za razvoj pažnje i igre [44].

Istraživanja sugerišu da 72,5% majki ima depresiju, 80,2% majki ima anksioznost, 67,1% majki je patilo od oba simptoma, 18,6% uzorka roditelja dece

sa PSA ispunilo je kriterijume za privremenu dijagnozu posttraumatskog stresnog poremećaja [45].

Nivoi sagorevanja i depresije kod roditelja dece sa poremećajem iz spektra autizma su znatno viši u poređenju sa roditeljima dece iz kontrolne grupe. Takođe, majke imaju značajno veće nivoe sagorevanja u odnosu na očeve, dok je depresija kod očeva značajno izraženija nego kod majki. Sagorevanje kod majki je u značajnoj vezi sa prisustvom funkcionalnog govora kod deteta, dok je sagorevanje očeva povezano sa njihovim angažmanom u vezi sa detetom (očev poziv) [46]. Depresija majke povezana je sa depresijom oca, nedostatkom govora kod deteta i pohađanjem škola za specijalno obrazovanje. Više od polovine roditelja je koristilo komplementarne i alternativne medicinske (CAM) intervencije [47]. Nivo obrazovanja roditelja nije imao uticaj na upotrebu CAM metoda, ali su veći nivoi psihopatologije kod roditelja, kao i prisustvo epilepsije kod dece, povećali upotrebu ovih metoda i ujedno uticali na povišene nivoe anksioznosti i stresa kod roditelja [48]. Strategije suočavanja majki dece sa autizmom su povezane sa nizom faktora koji se odnose na lične karakteristike staratelja, tretman deteta i karakteristike porodice [49].

U anketi 219 roditelja dece sa autizmom, Šarpli i dr. (1997), otkrili su da je više od 80% roditelja izjavilo da su ponekad „angažovani preko svojih granica”, pri čemu su majke prijavile veći nivo stresa od očeva. Autori su komentarisali da su tri najstresnija faktora: zabrinutost zbog trajnosti stanja; slabo prihvatanje autističnog ponašanja od strane društva i često, od strane drugih članova porodice; veoma nizak nivo socijalne podrške koju primaju roditelji [50].

Iskustva i zabrinutosti roditelja dece kod kojih je dijagnostikovana PSA u Dnevnoj bolnici za decu „Prof. dr Svetomir Bojanin”

Istraživanje o roditeljskim iskustvima i zabrinutostima od pojave prvih simptoma koje su primetili kod njihovog deteta do dijagnostikovanja PSA je sprovedeno u Institutu za mentalno zdravlje u okviru Dnevne bolnice za decu „Prof. dr Svetomir Bojanin”. U istraživanju je dobrovoljno učestvovalo 16 porodica/roditelja čija su deca bila hospitalizovana u periodu od aprila 2024. do juna 2024. godine, retrospektivno čijoj je deci postavljena dijagnoza PSA. Roditeljima su postavljana pitanja koja su bila osmišljena za potrebe ovog istraživanja, nisu korišćeni standardizovani testovi zbog malog uzorka i kratkog vremenskog perioda. Pitanja su se odnosila na roditeljske zabrinutosti kod pojave prvih simptoma kod njihove dece, kome su se prvo obratili, koje su bile najveće brige roditelja nakon što je kod deteta dijagnostikovana PSA, na koje načine su prevazilazili te brige, koja podrška im je bila najdragocenija tokom boravka njihovog deteta u bolnici, koja vrsta podrške im je potrebna u zajednici nakon dijagnostikovanja i otpusta iz bolnice.

Na pitanja o zabrinutosti roditelja kod pojave prvih simptoma PSA kod dece roditelji su prijavljivali da ih najviše brine nesamostalnost deteta u

budućnosti, da deca neće moći da budu ista kao njihovi vršnjaci, da će biti slabija socijalizacija deteta, brinuli su se da li će to biti trajno stanje kao što je trenutno kao i da li postoje načini da se to stanje prevaziđe. Na početku roditelji su se pitali i koja je dijagnoza u pitanju i da li će oni kao roditelji znati kako da pomognu svom detetu. Najviše ih je zbunjivalo da li dete ne razume govor i da li će ostati nerazvijen govor. Uporedo sa tim javlja se osećaj krivice kod roditelja i pitanja da li su mogli nešto da spreče da su ranije primetili simptome, da su imali više znanja o karakteristikama PSA i zabrinutost oko prihvatanja okoline i uže i šire porodice.

U anketi koja je sprovedena na Institutu za mentalno zdravlje roditelji navode da su nakon dobijanja dijagnoze njihova osećanja bila vrlo intenzivna i kre-tala su se od osećaja poraženosti, obeshrabrenosti, očaja, neverovanja u dijagnozu, straha, do jednog osećaja olakšanja što konačno znaju u čemu se sastoji razvojna teškoća njihovog deteta i osećaja optimizma i spremnosti za dalju stimulaciju razvoja i pružanje podrške razvoju deteta. Neki roditelji su govorili da su se osećali kao da im se srušio ceo svet, potpuno bespomoćno i izgubljeno. Tokom vremena većina roditeljskih osećanja se kreće od straha i nesigurnosti, kroz bolan period pun briga, gubitaka, krivice, ljutnje i usamljenosti [51].

Na pitanje o načinima prevazilaženja teškoća nakon dijagnostikovanja PSA roditelji su na različite načine pokušavali da prevaziđu brigu. Neki roditelji su se okrenuli primeni medikamenata ili započeli psihoterapijski tretman, trudili su se da se fokusiraju na rad sa detetom i ishode istog, a ne na dijagnozu. Fokusi-rali su se na koji način da pomognu detetu da bude uspešnije u budućnosti i da savlada neke svakodnevne rutine kako bi bilo što samostalnije.

Kao značajnu podršku u trenucima nakon dobijanja dijagnoze roditeljima je značila međusobna podrška i razgovori sa drugim roditeljima sa istim proble-mom na grupama roditelja u bolnici. Najdragocenija podrška im je bilo svakod-nevno savetovanje od strane stručnjaka za dalju stimulaciju razvoja deteta i noše-nje sa svakodnevним životnim izazovima kao i dobra komunikacija sa stručnja-cima koja im je bila dostupna u svakom trenutku tokom boravka u bolnici jer su imali osećaj snažne podrške. Svi roditelji su izražavali zabrinutost vezanu za ne-dovoljno podrške u zajednici u smislu nedovoljne dostupnosti materijalnih sred-stava koja bi omogućila nastavak stimulacije razvoja njihovog deteta, briga o podršci njihovog deteta u vršnjačkoj grupi koja se odnosila i na predškolske i škol-ske ustanove, dostupnost stručnjaka iz svih oblasti u manjim mestima uz kojih dolaze i budućnosti podrške njihovoj deci u odraslom dobu.

ZAKLJUČAK

Dijagnoza autizma ima značajan uticaj na roditelje, uključujući i majke i očeve, te je od ključne važnosti razumeti kako ova dijagnoza utiče na roditeljsku dinamiku i razvoj deteta. Podrška roditeljima, kako unutar porodice, tako i u širem socijalnom okruženju, igra ključnu ulogu u procesu adaptacije. Intervencije koje odgovaraju na specifične potrebe roditelja, kao što su psiho-edukacija, praktične strategije i pristup relevantnim informacijama, od suštinske su važnosti za optimizaciju razvoja deteta i poboljšanje roditeljskih veština.

Sistemska podrška, dostupnost resursa i organizovani programi za roditelje ne samo da poboljšavaju njihovo emocionalno zdravlje, već i indirektno utiču na kvalitet života deteta sa autizmom. Stoga je važno da institucije i zajednica obezbede adekvatnu podršku u svim aspektima roditeljstva. Efikasno dijagnostikovanje, uz jasno definisane strukture i koherentnost, pomaže roditeljima u prevazilaženju negativnih emocionalnih reakcija koje mogu nastati prilikom saopštavanja dijagnoze. Osnježivanje interpersonalnih odnosa između stručnjaka i roditelja, kao i pružanje tačnih i ažuriranih informacija, omogućava bolju informisanost i podršku.

Kada su roditelji dovoljno edukovani i podržani, postaju ključni zagovarači potreba svog deteta, čime omogućavaju bolju komunikaciju sa stručnjacima i obezbeđuju odgovarajuće usluge za svoje dete. Razumevanje autizma i izazova koje on donosi omogućava informisane odluke o terapijama, obrazovnim metodama i intervencijama. Izgradnja mreže podrške pomaže roditeljima da razvijaju otpornost, što im omogućava da se efikasnije suoče sa izazovima.

Briga i osnaživanje roditelja kroz znanje i resurse pozitivno utiče ne samo na razvoj deteta, već i na celokupnu porodicu, koja ima ključnu ulogu u svakodnevnoj brizi i napretku deteta.

Potrebna su dodatna istraživanja koja će koristiti standardizovane testove za procenu stresa i traumatskih poremećaja kod roditelja dece sa dijagnozom PSA, pri čemu bi oba roditelja bila uključena u istraživanje.

STRESS AND TRAUMATIC EXPERIENCES OF PARENTS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Sanja Stupar¹, Natasa Sreckovic Milenkovic¹,
Emilija Djordjic¹, Savina Bunijevac²

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²University of Belgrade, Faculty of Medicine, Serbia

Abstract: Parents of children and adolescents diagnosed with autism spectrum disorder (ASD) go through various approaches, diagnostic processes, and treatment services of differing durations before receiving a final autism diagnosis. Parenting children with ASD, as well as other developmental disorders, can be more stressful and challenging compared to parenting typically developing children, particularly in countries where there is a lack of various support resources. Research shows that parents of children with ASD experience higher levels of stress and lower levels of well-being compared to parents of children with typical psychomotor development. The process of receiving a diagnosis and the announcement of the diagnosis are often described by parents as the most stressful periods in their lives. The initial diagnosis „shocks” parents and can provoke feelings of grief, worry, anger, and helplessness. Parents who are left with negative emotions upon receiving the ASD diagnosis can be supported by involving them in a quicker and smoother diagnostic process with coherence and structure, strengthening interpersonal relationships between professionals and parents, and providing accurate and up-to-date information about ASD. Offering additional psychological and social interventions at the time of diagnosis is crucial in reducing parental stress, which often leads to anxiety and depressive disorders.

Key words: *autism, trauma, stress, burn out, parenting*

Literatura

1. Hirota T, King BH. Autism Spectrum Disorder: A Review. JAMA [Internet]. 2023 Jan 10 [cited 2025 Jan 14];329(2):157–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36625807/>
2. Al-Dewik N, Al-Jurf R, Styles M, Tahtamouni S, Alsharshani D, Alsharshani M, et al. Overview and Introduction to Autism Spectrum Disorder (ASD). Adv Neurobiol [Internet]. 2020 [cited 2025 Mar 19];24:3–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32006355/>
3. Zeidan J, Fombonne E, Scora J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Research [Internet]. 2022 May 1 [cited 2025 Jan 14];15(5):778–90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/aur.2696>
4. Autism Prevalence Higher, According to Data from 11 ADDM Communities | CDC Online Newsroom | CDC [Internet]. [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://www.cdc.gov/media/releases/2023/p0323-autism.html>
5. Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder | Autism Spectrum Disorder (ASD) | CDC [Internet]. [cited 2025 Mar 20]. Available from: https://www.cdc.gov/autism/data-research/index.html?utm_source=chatgpt.com
6. Santomauro DF, Erskine HE, Mantilla Herrera AM, Miller PA, Shadid J, Hagins H, et al. The global epidemiology and health burden of the autism spectrum: findings from the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Psychiatry [Internet]. 2025 Feb 1 [cited 2025 Mar 20];12(2):111–21. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showFullText?pii=S2215036624003638>
7. Li YA, Chen ZJ, Li XD, Gu MH, Xia N, Gong C, et al. Epidemiology of autism spectrum disorders: Global burden of disease 2019 and bibliometric analysis of risk factors. Front Pediatr [Internet]. 2022 Dec 5 [cited 2025 Mar 19];10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36545666/>
8. Leach M, Mazefsky CA, Northrup JB. Parents' Early Concerns about Their Child with Autism: Relation to Age of Diagnosis. J Autism Dev Disord [Internet]. 2025 Jan 4 [cited 2025 Mar 20];1–14. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-024-06699-3>
9. Koegel LK, Bryan KM, Su PL, Vaidya M, Camarata S. Definitions of Nonverbal and Minimally Verbal in Research for Autism: A Systematic Review of the Literature. J Autism Dev Disord [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2025 Mar 19];50(8):2957–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32056115/>
10. Costescu C, Pitariu D, David C, Rosan A. social Communication Predictors in Autism Spectrum Disorder. Theoretical Review. J Exp Psychopathol [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2025 Mar 19];13(3):1–20. Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>
11. Lisboa White L, Tecwyn EC, Petty S. Experiences of Loneliness and Connection for Autistic Young People: A Systematic Review. Rev J Autism Dev Disord [Internet]. 2024 Oct 24 [cited 2025 Mar 20];1–15. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40489-024-00487-6>
12. Chan D V., Doran JD, Galobardi OD. Beyond Friendship: The Spectrum of Social Participation of Autistic Adults. J Autism Dev Disord. [Internet]. 2023 Jan 1

- [cited 2025 Mar 20];53(1):424–37. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-022-05441-1>
13. Peters-Scheffer N, Didden R, Sigafoos J, Green VA, Korzilius H. Behavioral flexibility in children with autism spectrum disorder and intellectual disability. *Res Autism Spectr Disord*. 2013 Jun 1;7(6):699–709.
 14. D’Cruz AM, Ragozzino ME, Mosconi MW, Shrestha S, Cook EH, Sweeney JA. Reduced behavioral flexibility in autism spectrum disorders. *Neuropsychology* [Internet]. 2013 [cited 2025 Mar 19];27(2):152–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23527643/>
 15. Mannion A, Leader G. Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Res Autism Spectr Disord*. 2013 Dec 1;7(12):1595–616.
 16. Ghanouni P, Quirke S, Blok J, Casey A. Independent living in adults with autism spectrum disorder: Stakeholders’ perspectives and experiences. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Mar 19];119. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34600352/>
 17. McCarty P, Frye RE. Early Detection and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: Why Is It So Difficult? *Semin Pediatr Neurol*. 2020 Oct 1;35:100831.
 18. Rabba AS, Dissanayake C, Barbaro J. Parents’ experiences of an early autism diagnosis: Insights into their needs. *Res Autism Spectr Disord*. 2019 Oct 1;66:101415.
 19. Okoye C, Obialo-Ibeawuchi CM, Obajeun OA, Sarwar S, Tawfik C, Waleed MS, et al. Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: A Review and Analysis of the Risks and Benefits. *Cureus* [Internet]. 2023 Aug 9 [cited 2025 Mar 19];15(8):e43226. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10491411/>
 20. McCarty P, Frye RE. Early Detection and Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: Why Is It So Difficult? *Semin Pediatr Neurol* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2025 Mar 20];35. Available from: https://www.researchgate.net/publication/342413826_Early_Detection_and_Diagnosis_of_Autism_Spectrum_Disorder_Why_Is_It_So_Difficult
 21. Whitehouse AJO, Varcin KJ, Pillar S, Billingham W, Alvares GA, Barbaro J, et al. Effect of Preemptive Intervention on Developmental Outcomes Among Infants Showing Early Signs of Autism: A Randomized Clinical Trial of Outcomes to Diagnosis. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2025 Mar 20];175(11):e213298–e213298. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2784066>
 22. Shahat ARS, Greco G. The Economic Costs of Childhood Disability: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2025 Jan 14];18(7):3531. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8036354/>
 23. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):77–90.
 24. Spiralling cost of formal childcare is forcing parents across the world to quit their jobs or drop out of higher education [Internet]. [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://theirworld.org/resources/spiralling-cost-of-formal-childcare-is->

- forcing-parents-across-the-world-to-quit-their-jobs-or-drop-out-of-higher-education/
25. Sandbank M, Bottema-Beutel K, Crowley S, Cassidy M, Dunham K, Feldman JI, et al. Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychol Bull* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2025 Mar 20];146(1):1–29. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31763860/>
 26. Franz L, Goodwin CD, Rieder A, Matheis M, Damiano DL. Early intervention for very young children with or at high likelihood for autism spectrum disorder: An overview of reviews. *Dev Med Child Neurol* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2025 Jan 16];64(9):1063. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9339513/>
 27. Solomon M, Ono M, Timmer S, Goodlin-Jones B. The effectiveness of parent-child interaction therapy for families of children on the autism spectrum. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2008 Oct [cited 2025 Mar 20];38(9):1767–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18401693/>
 28. Alibekova R, Kadyrzhanuly K, Chan CK, An S, Gusmanov A, Yerubayev Z, et al. The impact of participation in support groups on mental health of parents having children with autism. *Eur J Public Health* [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2025 Mar 20];29(Supplement_4). Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.574>
 29. WHO caregiver skills training: structure. | Download Scientific Diagram [Internet]. [cited 2025 Mar 20]. Available from: https://www.researchgate.net/figure/WHO-caregiver-skills-training-structure_tbl1_337172336
 30. Glumbic N, Grujicic R, Stupar S, Petrovic S, Pejovic-Milovancevic M. Positive Effects of the Caregiver Skill Training Program on Children With Developmental Disabilities: Experiences From Serbia. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 Jun 3 [cited 2025 Mar 20];13:913142. Available from: www.frontiersin.org
 31. Hume K, Loftin R, Lantz J. Increasing independence in autism spectrum disorders: A review of three focused interventions. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2009 Sep 9 [cited 2025 Mar 20];39(9):1329–38. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-009-0751-2>
 32. Bebko JM, Konstantareas MM, Springer J. Parent and professional evaluations of family stress associated with characteristics of autism. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 1987 Dec [cited 2025 Jan 16];17(4):565–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3680156/>
 33. Keenan BM, Newman LK, Gray KM, Rinehart NJ. Parents of Children with ASD Experience More Psychological Distress, Parenting Stress, and Attachment-Related Anxiety. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2016 Sep 1 [cited 2025 Jan 14];46(9):2979–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27312716/>
 34. Psycho-social well-being among the parents of children with autism. [Internet]. [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1994-10036-001>
 35. DesChamps TD, Ibañez L V, Edmunds SR, Dick CC, Stone WL. Parenting stress in caregivers of young children with ASD concerns prior to a formal diagnosis. *Autism Res* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2025 Jan 14];13(1):82–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31593362/>

36. DesChamps TD, Ibañez L V., Edmunds SR, Dick CC, Stone WL. Parenting stress in caregivers of young children with ASD concerns prior to a formal diagnosis. *Autism Res* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2025 Jan 16];13(1):82–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31593362/>
37. Dharanidharan D, Kuruveettissery S. Parental Perspectives on Stress and Challenges in Raising Autistic Children: A Meta-Synthesis. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* [Internet]. 2024 Aug 14 [cited 2025 Mar 20];1–17. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40737-024-00420-4>
38. Tarver J, Palmer M, Webb S, Scott S, Slonims V, Simonoff E, et al. Child and parent outcomes following parent interventions for child emotional and behavioral problems in autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. <https://doi.org/10.1177/1362361319830042> [Internet]. 2019 Feb 28 [cited 2025 Jan 16];23(7):1630–44. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361319830042>
39. Anderson C, Law JK, Daniels A, Rice C, Mandell DS, Hagopian L, et al. Occurrence and Family Impact of Elopement in Children With Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics* [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2025 Mar 20];130(5):870–7. Available from: [/pediatrics/article/130/5/870/32515/Occurrence-and-Family-Impact-of-Elopement-in](https://pediatrics/article/130/5/870/32515/Occurrence-and-Family-Impact-of-Elopement-in)
40. Machalicek W, Didden R, Lang R, Green V, Lequia J, Sigafoos J, et al. Families of Children with Autism Spectrum Disorders: Intervention and Family Supports. 2014;511–32.
41. Bertollo JR, Strang JF, Anthony LG, Kenworthy L, Wallace GL, Yerys BE. Adaptive Behavior in Youth with Autism Spectrum Disorder: The Role of Flexibility. *J Autism Dev Disord* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2025 Mar 19];50(1):42–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31520244/>
42. Stewart M, McGillivray JA, Forbes D, Austin DW. Parenting a child with an autism spectrum disorder: a review of parent mental health and its relationship to a trauma-based conceptualisation. *Advances in Mental Health* [Internet]. 2017 [cited 2025 Mar 20];15(1):4–14. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/18387357.2015.1133075>
43. (PDF) Depression, Anxiety and Stress among Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder [Internet]. [cited 2025 Jan 16]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/341592730_Depression_Anxiety_and_Stress_among_Mothers_of_Children_with_Autism_Spectrum_Disorder
44. Wachtel K, Carter AS. Reaction to diagnosis and parenting styles among mothers of young children with ASDs. *Autism*. 2008;12(5):575–94.
45. Ntre V, Papanikolaou K, Amanaki E, Triantafyllou K, Tzavara C, Kolaitis G. Coping Strategies in mothers of children with autism spectrum disorder and their relation to maternal stress and depression. *Psychiatriki* [Internet]. 2022 Sep 19 [cited 2025 Mar 20];33(3):210–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35255474/>
46. Kütük MÖ, Tufan AE, Kılıçaslan F, Güler G, Çelik F, Altıntaş E, et al. High Depression Symptoms and Burnout Levels Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Multi-Center, Cross-Sectional, Case-Control Study.

- J Autism Dev Disord [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2025 Mar 20];51(11):4086–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33459915/>
47. Kütük MÖ, Tufan AE, Kılıçaslan F, Güler G, Çelik F, Altıntaş E, et al. Correction to: High Depression Symptoms and Burnout Levels Among Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Multi-Center, Cross-Sectional, Case–Control Study (Journal of Autism and Developmental Disorders, (2021), 51, 11, (4086–4099), 10.1007/s10803-021-04874-4). J Autism Dev Disord. 2021 Nov 1;51(11):4100.
48. Mak WWS, Ho AHY, Law RW. Sense of coherence, parenting attitudes and stress among mothers of children with autism in Hong Kong. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2007 Mar;20(2):157–67.
49. Ntre V, Papanikolaou K, Amanaki E, Triantafyllou K, Tzavara C, Kolaitis G. Coping Strategies in mothers of children with autism spectrum disorder and their relation to maternal stress and depression. Psychiatriki [Internet]. 2022 Sep 19 [cited 2025 Jan 14];33(3):210–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35255474/>
50. Sharpley CF, Bitsika V, Efremidis B. Influence of gender, parental health, and perceived expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. J Intellect Dev Disabil [Internet]. 1997 [cited 2025 Jan 16];22(1):19–28. Available from: <https://research.bond.edu.au/en/publications/influence-of-gender-parental-health-and-perceived-expertise-of-as>
51. Rabba AS, Dissanayake C, Barbaro J. Parents’ experiences of an early autism diagnosis: Insights into their needs. Res Autism Spectr Disord. 2019 Oct 1;66:101415.
-

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

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

E-mail: sanja.stupar@imh.org.rs

Revijalni rad
616.89-008.43
159.922.76

KVALITATIVNA ISTRAŽIVANJA NEURORAZVOJNIH POREMEĆAJA U DEČJOJ I ADOLESCENTNOJ PSIHIJATRIJI – PREGLED LITERATURE

Sanja Leštarević¹, Milica Pejović-Milovančević^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Srbija

Apstrakt: Kvalitativna istraživanja u psihijatriji pružaju dragocen uvid u subjektivna iskustva osoba sa različitim psihičkim poremećajima, uključujući i neurorazvojne poremećaje, omogućavajući bolje razumevanje njihovih svakodnevnih izazova. Ovaj pregled se fokusira na tri grupe neurorazvojnih poremećaja: poremećaj iz spektra autizma (PSA), poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću i specifične poremećaje učenja. U radu se razmatraju rezultati kvalitativnih istraživanja koja pružaju uvid u percepciju identiteta, interakcije sa porodicom i stručnjacima, iskustva u školi, kao i izazove vezane za društvenu prihvaćenost. Istražuje se i fenomen kamufliranja kod osoba sa PSA, gde pojedinci koriste strategije za prilagođavanje neautističnoj populaciji, često uz visoku cenu iscrpljenosti i osećaja neautentičnosti. Kod poremećaja pažnje sa hiperaktivnošću, istraživanja ukazuju na varijacije u percepciji socijalne integracije, kao i različite percepcije u vezi upotrebe farmakoterapije. Subjektivna iskustva dece sa specifičnim poremećajem školskih veština ukazuju na značaj podrške porodice i škole u oblikovanju percepcije deteta o sebi. Kombinacija kvantitativnih i kvalitativnih uvida ključna je za postavljanje relevantnih naučnih pitanja i razvijanje efikasnijih strategija lečenja i podrške, pružajući celovitiji pristup razumevanju neurorazvojnih poremećaja. Dok se u razumevanju etiologije, patogeneze i terapijskih strategija mentalnih poremećaja tradicionalno oslanjamo na kvantitativna istraživanja zbog njihove objektivnosti, kvalitativni pristupi otkrivaju aspekte ljudskih iskustava koji nisu obuhvaćeni brojevima i skalama. Ovi pristupi pomažu da se simptomi poremećaja sagledaju iz perspektive pacijenata, uključujući značenja koja oni pridaju svojim iskustvima, kao i ključne teme koje oblikuju njihov subjektivni svet.

Ključne reči: neurorazvoji poremećaji, kvalitativna istraživanja, proživljena iskustva

UVOD

Kvalitativna istraživanja podrazumevaju pristupe koji se fokusiraju na razumevanje iskustava i postupaka pojedinaca u specifičnim okolnostima u kojima se nalaze [1]. U psihijatriji, ovi pristupi imaju za cilj da istraže suštinu subjektivnih iskustava pojedinaca sa mentalnim poteškoćama, uticaj mentalnih poremećaja na doživljaj identiteta, percepciju socijalnog funkcionisanja itd. [1] U psihijatriji, kvalitativna istraživanja mogu uključivati različite metodološke okvire kao što su fenomenološki, narativni, dijaloški i društveno-konstrukcionistački pristupi [1].

Kvalitativna istraživanja omogućavaju saznanja koja se ne mogu dobiti drugim metodama, otkrivajući kako ljudi interpretiraju i kako se nose sa simptomima svojih poremećaja [2]. Ovakva istraživanja takođe pružaju dragocene informacije o tome kako društveni faktori oblikuju iskustva pojedinaca sa mentalnim poremećajima, što doprinosi poboljšanju metoda lečenja, pružanja usluga, kao i razvoju politika zaštite mentalnog zdravlja [1].

Značaj istraživanja proživljenih iskustava u oblasti mentalnog zdravlja ogleda se u dve ključne oblasti: pod sloganom „ništa o nama bez nas” (eng. „*Nothing about us without us*”), podrazumeva poštovanje ljudskih prava i pitanja socijalne pravde [3]. Ovakva istraživanja mogu unaprediti kvalitet naučnih dokaza kroz povećanje metodološke senzitivnosti, preciznost podataka, validnost rezultata i njihovu opštu relevantnost za korisnike usluga [3]. Osim toga, sami učesnici mogu imati koristi od učešća u ovakvim istraživanjima, kao što su osećaj zadovoljstva, unapređenje veština, osećaj osnaženosti i nade [3].

Pored toga, integracija kvalitativnih istraživanja može pomoći u prepoznavanju složenosti iskustava osoba sa različitim poremećajima. Neki autori porede ovu situaciju sa budističkom parabolom o grupi slepih ljudi koji dodirujući mogu percipirati delove slona, ali tek kroz zajedničko iskustvo dolaze do uvida o karakteristikama slona u celini [4]. U skladu sa tim, u psihijatriji se sve više prepoznaje etička obaveza uključivanja osoba sa iskustvom psihijatrijskih teškoća u sve aspekte ove oblasti, uključujući istraživanje, obuku, kliničku praksu i razvoj politika [5].

Jedna od relativno zanemarenih, ali veoma značajnih oblasti za kvalitativna istraživanja je oblast neurorazvojnih poremećaja [6,7]. Neurorazvojni poremećaji obuhvataju grupu poremećaja koji se najčešće prepoznaju tokom ranog razvojnog perioda, obično pre nego što dete krene u školu, kroz razvojne specifičnosti koje ometaju funkcionisanje deteta u različitim sferama [8]. Stepenn funkcionalnosti može varirati od specifičnih teškoća u učenju i blage diskontrole egzekutivnih funkcija, do ozbiljne narušenosti socijalnih veština ili intelektualnih kapaciteta [8].

Prema petoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje [8], neurorazvojni poremećaji obuhvataju nekoliko kategorija, a u ovom preglednom radu fokusiraćemo se na tri grupe:

1. Poremećaj iz spektra autizma (PSA)
2. Poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću
3. Specifični poremećaji učenja (poremećaji čitanja, pisanja i matematičkih veština).

U oblasti neurorazvojnih poremećaja, naročito kod dece i adolescenata, kvalitativna istraživanja imaju veliki značaj [9]. Ona omogućavaju ne samo razumevanje i vrednovanje subjektivnih iskustava osoba sa neurorazvojnim poremećajima, već i istraživanje uticaja intervencija na različite aspekte njihovih života i života njihovih porodica [9]. Stoga je cilj ovog rada pregled rezultata pojedinih kvalitativnih istraživanja neurorazvojnih poremećaja kod dece i adolescenata.

Poremećaj iz spektra autizma (PSA)

Iako postoji opsežna literatura o poremećaju iz spektra autizma (PSA), neki istraživači smatraju da subjektivnim iskustvima i perspektivama osoba s autizmom nije posvećeno dovoljno pažnje [10]. Sa druge strane, naponi da se subjektivna iskustva osoba sa PSA jasnije razumeju imaju veliki značaj, jer razumevanje proživljenih iskustava omogućava distinkciju između ličnih ograničenja koja proizlaze iz PSA i ograničenja koja su posledica nefleksibilnog i neprilagođenog okruženja [10]. Značajno je imati u vidu da istraživanja proživljenih iskustava osoba sa PSA zapravo izveštavaju o iskustvima osoba koje opisujemo kao visokofunkcionalne – sa očuvanim intelektualnim funkcionisanjem i očuvanim receptivnim i ekspresivnim govorom; osobe kod kojih postoji veća narušenost funkcionalnosti, uz značajne barijere u komunikaciji, često nisu u adekvatnoj meri zastupljene u istraživanjima [11–13].

Kvalitativna meta-sinteza [14], koja je obuhvatila decu, adolescente i odrasle sa PSA, identifikovala je četiri ključne teme ovih osoba: percepciju sebe (identitet, interesovanja, talente i načine prevladavanja stresa), interakcije sa drugima (porodicom, prijateljima i stručnjacima), iskustva u školi (nastava i situacije pojačanih zahteva) i faktore povezane sa zaposlenjem (prednosti i mane). Adolescente sa PSA često muče teškoće u razumevanju i prihvatanju specifičnosti poremećaja i njegovog uticaja na njihov identitet [14]. Čini se da ovaj proces prati razvojnu trajektoriju, jer mnogi odrasli ispitanici izjavljuju da su kasnije u životu postigli prihvatanje svog poremećaja, do te mere da ne mogu da zamisle svoj život bez njega [14]. U skladu sa tim, kada je dotadašnji termin „Aspergerov sindrom” isključen iz dijagnostičkih klasifikacionih sistema, a ovaj poremećaj uvršćen u širi autistični spektar (zbog dokaza o povezanosti Hansa Aspergera, čije ime je korišćeno kao eponim za ovaj poremećaj, sa nacističkim praksama u okupiranoj Austriji tokom 30ih i 40ih godina 20. veka) [15–17], među nekim osobama sa ovom dijagnozom javila se zbunjenost, pa čak i revolt, jer su smatrale da im je „oduzimanjem” ovog termina oduzet deo identiteta: „DSM-V nam oduzima identitet” [18].

Kapacitet za interpersonalne interakcije varira među osobama sa PSA [14]. Porodica se često vidi kao glavni izvor podrške, ali osobe sa PSA ponekad doživljavaju sebe kao uzrok narušene porodične dinamike [14]. Što se tiče vršnjačkih odnosa, osećaj različitosti neretko dovodi do izolacije, a osobe sa PSA često su žrtve vršnjačkog nasilja [14]. U interakcijama sa stručnjacima, osobe sa PSA učestalo osećaju da nisu dovoljno uvažavane kao kompetentne za diskusiju o svom stanju i da njihova uloga u planiranju usluga treba da bude veća [14]. Nažalost, često se navodi da to nije slučaj [14].

U grupi adolescenata sa PSA, značajna tema je iskustvo u školi, posebno odnos sa nastavnicima. Podaci ukazuju na važnost razumevanja i podrške nastavnika prema osobama sa PSA, kao i prepoznavanja njihovih ograničenja, interesovanja i talenata u školskoj sredini [14]. Ipak, važno je naglasiti da se ovi podaci odnose na osobe očuvanog intelektualnog funkcionisanja i sa manjim teškoćama u komunikaciji (visokofunkcionalni autizam); sa druge strane, u kliničkim uslovima se često viđaju i pacijenti sa izraženijim tegobama u intelektualnom funkcionisanju i komunikaciji (duboki autizam, eng. *profound autism* [19]), čija iskustva i teškoće se saznaju posredno, i koje je veoma teško istraživati. Čak i van oblasti subjektivnih iskustava, procenjuje se da su osobe narušenog intelektualnog funkcionisanja i manje razvijene funkcije govora neproporcionalno (u nedovoljnoj meri) zastupljene u istraživanjima [11,12], i da je potrebno nastojati da se ova limitacija istraživanja u autizmu prevaziđe [13]. Nedovoljna zastupljenost osoba sa *profound* autizmom u psihijatrijskim istraživanjima može dovesti do nepotpunog razumevanja njihovih jedinstvenih iskustava i potreba, uz rizik da razvijeni tretmani i politike za njih budu neefikasni, neprimereni ili neodgovarajući spram kompleksnosti njihovih stanja i podrške koju zahtevaju [5].

Jedan od značajnih fenomena proučavanih kod osoba sa PSA je „kamufliiranje”, koje podrazumeva skup strategija koje ove osobe koriste da bi se uklopile u neurotipičnu populaciju i „prikrile” autistične crte, kao što su imitacija govora tela, kontakta očima, gestikulacije i slično [20]. Istraživanje motivacije za kamufliiranje kod osoba sa PSA izdvaja tri glavne teme: želju za prihvatanjem i uklapanjem, izbegavanje neprijatnih emocija i problema, kao i kontrolu percepcije drugih [20]. Pozitivne posledice kamufliiranja uključuju izbegavanje negativnih posledica, sklapanje prijateljstava i pozitivnu percepciju od strane drugih („Drugi me vide onako kako želim da budem viđen/a”, „Dopadam se drugima”), kao i pozitivne interakcije sa drugima, što unapređuje komunikaciju [20]. S druge strane, negativne posledice kamufliiranja uključuju neprijatna osećanja, iscrpljenost i osećaj neautentičnosti [20].

U okviru istraživanja ove populacije, od značaja je napomenuti i iskustva njihovih roditelja, staratelja i negovatelja. Studija sprovedena u Indiji ukazala je na ključne teme staratelja pre, tokom i nakon postavljanja dijagnoze PSA njihovom detetu [21]. Pre dijagnoze, roditelji i staratelji su govorili o

odlaganju traženja pomoći i brojnim poteškoćama u pristupu zdravstvenom sistemu [21]. Tokom postavljanja dijagnoze, staratelji su navodili intenzivne emotivne reakcije i osećaj nesigurnosti [21]. Nakon dijagnoze, opisivali su pogoršanje porodičnih odnosa, dodatno otežano negativnim stavovima šire porodice i društva [21]. Ipak, mnogi staratelji su, uprkos poteškoćama, pronalazili načine da potraže podršku [21]. Najzad, staratelji su navodili da su suočeni sa značajnim nedostatkom usluga i podrške, te postoji potreba za uspostavljanjem sveobuhvatnijih, kulturno osetljivih i porodično usmerenih modela podrške [21]. Kao što je ranije napomenuto, i u ovim istraživanjima postoji problem male zastupljenosti osobe sa *profound* autizmom, što otežava razvoj adekvatnih, na dokazima zasnovanih praksi koje bi zadovoljile njihove specifične potrebe i pomogle u prevazilaženju brojnih prepreka u pristupu sistemima podrške [22]. Ovi podaci su i u skladu sa rezultatima istraživanja u našoj populaciji, koji ukazuju na neophodnost dodatne podrške u školi, kod kuće, kao i poboljšanje pristupa sistemima podrške [23–25].

Iako ova istraživanja pružaju značajan uvid u subjektivna iskustva osoba sa PSA, potrebna su dalja istraživanja, posebno u populaciji dece i adolescenata [14]. Značajno je napomenuti i da postoje udruženja osoba sa poremećajem iz spektra autizma i njihovih roditelja i staratelja širom sveta, koja postaju sve glasnija i njihov uticaj se sve više uvažava u društvenim i političkim sferama [26,27]. Ova udruženja igraju ključnu ulogu u zastupanju prava osoba sa autizmom, podizanju svesti o njihovim potrebama i borbi protiv stigmatizacije [26,27]. U našoj zemlji takođe postoje ovakva nastojanja [28]. Osnivanje udruženja u zemljama gde ih nema moglo bi biti ključni korak u omogućavanju osobama sa autizmom i njihovim porodicama da se njihov glas čuje, kao i u jačanju njihove zastupljenosti u društvenim i političkim diskusijama [26,27].

Poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću

Iako su mnoga istraživanja proučavala iskustva, potrebe i percepcije porodica osoba sa poremećajem pažnje sa hiperaktivnošću [29–34], relativno malo studija se bavilo subjektivnim iskustvima i percipiranim teškoćama samih osoba sa ovim poremećajem.

Istraživanje sprovedeno pre više od 20 godina [35] opisalo je iskustva 11 adolescenata sa poremećajem pažnje sa hiperaktivnošću. Prema rezultatima, dominantna tema subjektivnog iskustva ovih adolescenata bila je identifikacija sa poremećajem [35]. Ispitanici su često opisivali sebe kroz simptome i teškoće uzrokovane poremećajem [35]. Doživljaj neprilagođenosti varirao je u zavisnosti od pola – dečaci su bili skloniji da krive druge za svoju neintegrisanost u društvo, dok su devojčice češće socijalne teškoće tumačile kao sopstvenu neadekvatnost, što je posledično negativno utiče na njihovo samopouzdanje [35].

Subjektivna iskustva adolescenata bila su oblikovana osećajem da im roditelji, braća, sestre i nastavnici ne posvećuju dovoljno pažnje [35]. S druge

strane, majke su prepoznate kao ključni izvor podrške, ali su takođe često bile predmet zabrinutosti, jer su deca smatrala da njihove teškoće izazivaju brigu kod majki [36].

Druga istraživanja pokazuju da deca sa ovim poremećajem često imaju poteškoća u svakodnevnom funkcionisanju, uključujući teškoće u učenju, problematično ponašanje i emocionalne teškoće [36]. Teškoće u učenju uglavnom su povezane sa rasejanošću, zbunjenošću i sklonošću dosadi [36]. Zbog ovih teškoća, ova deca se često izdvajaju po lošijim rezultatima, što dodatno utiče na njihov osećaj neadekvatnosti [36]. Takođe, ispitanici su navodili da im je sposobnost samoevaluacije narušena, jer se njihova percepcija sopstvenog učinka često razlikuje od ocena koje dobijaju od nastavnika: kako su neki ispitanici navodili, ponekad bi im se činilo da su nešto uradili odlično, da bi potom saznali da je ocena nastavnika sasvim drugačija [36]. Ova „preterano povoljna” procena sebe verovatno nije uslovljena visokim samopouzdanjem, već nemogućnošću razumevanja povratne informacije i kritike; ovo nerazumevanje zauzvrat otežava poboljšanje veština i opšti napredak [36]. Međutim, daci i studenti sa poremećajem pažnje sa hiperaktivnošću mogu oklevati da zatraže adaptaciju školskog programa – sa jedne strane, neki od njih ne smatraju da je takav program namenjen njima, a smatraju da sami treba da prevaziđu svoje teškoće, dok bi im adaptacijom programa bila pružena „nepoštena prednost” u odnosu na druge, dok sa druge strane smatraju da ovakva adaptacija školskog programa može sa sobom nositi i stigmatu [37].

Poteškoće u društvenim interakcijama su takođe izražene kod dece sa poremećajem pažnje sa hiperaktivnošću. Mnogi od njih navode teškoće u poštovanju pravila i saradnji sa drugima, kao i sklonost agresivnom ponašanju zbog poteškoća u kontroli impulsivnosti [36]. Deca sa poremećajem pažnje sa hiperaktivnošću često se osećaju nepravedno okrivljenim za konflikte sa vršnjacima i imaju relativno mali broj prijatelja [36]. I dok dečaci često tvrde da su ravnodušni prema percepciji drugih, devojčice češće govore o patnji koju osećaju zbog neuspešnosti u socijalnim relacijama [35].

Tranzicija iz detinjstva u rano odraslo doba predstavlja izazov za mlade sa poremećajem pažnje sa hiperaktivnošću, a ključne teme ovog perioda su borba sa sopstvenom vulnerabilnošću i proces osamostaljivanja [38]. Ova grupa mladih osoba često i dalje ima potrebu za dodatnom podrškom tokom tranzicije [38].

Tema farmakoterapije je takođe važna za decu sa poremećajem pažnje sa hiperaktivnošću [36,39]. Percepcija lekova varira – dok neki ispitanici smatraju da im lekovi pomažu u kontroli hiperaktivnosti i koncentraciji, drugi navode da se osećaju nelagodno zbog uzimanja lekova, pogotovo zbog neželjenih efekata kao što su neprijatan ukus, glavobolje i bolovi u stomaku [36,39]. Neki ispitanici opisuju lek kao „buđenje iz mesečarenja”, dok drugi smatraju da lekovi menjaju njihovu ličnost na način koji im se ne dopada [37]. Ova ambivalencija prema farmakoterapiji često je povezana sa identifikacijom sa poremećajem [35].

Uz sve veću svest o poremećaju pažnje sa hiperaktivnošću i bolju informisanost javnosti, dolazi do promena u narativu o ovom poremećaju [40]. Neka istraživanja ističu prednosti osoba sa ovim poremećajem, poput kreativnosti, dinamičnosti, fleksibilnosti i razvijenih socio-afektivnih veština, dok pojedinci karakteristike poremećaja pažnje sa hiperaktivnošću, kao što su hiperaktivnost i impulsivnost, doživljavaju kao prednosti [40]. Takođe, u naučnoj zajednici se javlja inicijativa da se koncept ovog poremećaja modernizuje [41]. Modernizovani koncept poremećaja pažnje sa hiperaktivnošću podrazumeva transformaciju od paradigme zasnovane na simptomima ka dinamičnom modelu koji prepoznaje heterogenost poremećaja i integriše slabosti i snage, uz fokus na jedinstvene trajektorije svakog pojedinca ka optimalnoj funkcionalnosti [41].

Specifični poremećaji učenja

Specifični poremećaji učenja su retko istraživani iz perspektive subjektivnih iskustava. Među malobrojnim istraživanjima je studija Leita i saradnika [42], koja istražuje subjektivna iskustva dece sa specifičnim poremećajem učenja sa teškoćama čitanja (eng. *specific learning disorder with impairment in reading*) i njihovih roditelja. Iako se u ovom radu koristi termin „disleksija”, u naučnoj literaturi sve više se izbegava njegova upotreba, zbog stigme i pežorativnih konotacija koje se često vezuju za njega. Umesto toga, sve češće se koriste neutralniji termini kao što je „specifični poremećaj čitanja”, koji pružaju precizniji opis problema, izbegavajući negativne asocijacije [43].

U okviru ovog istraživanja, rezultati su analizirani kroz Bronfenbrenеров ekološki model [44]. U okviru mikrosistema deteta, ključne teme su percepcija sebe pre i nakon postavljanja dijagnoze ovog poremećaja, kao i uticaj na mentalno zdravlje [42]. Deca su pre postavljanja dijagnoze često imala negativnu samopercepciju, frustraciju i osećaj da su manje uspešna, pametna ili vredna od drugih [42]. Sama dijagnoza donosi olakšanje jer objašnjava njihove teškoće, ali izaziva i uznemirenost zbog suočavanja sa doživotnim izazovima [42].

Mezosistemom deteta sa specifičnim poremećajem učenja dominira uloga škole i sistema podrške [42]. Stavovi nastavnika i vršnjaka oblikuju percepciju deteta o sebi i svojim teškoćama [42]. Nastavnici koji razumeju i podržavaju decu sa ovim poremećajem stvaraju atmosferu u kojoj se pomoć pruža bez osude, dok vršnjačko nasilje može ozbiljno ugroziti samopouzdanje deteta [42]. Ključni deo sistema podrške čine roditelji, koji pružaju praktičnu pomoć i emocionalnu podršku [42].

U egzosistemu ispitanе dece nije bilo ponavljajućih zajedničkih tema, što može biti posledica toga što deca uglavnom percipiraju svet dominantno kroz intrapersonalna i najbliža interpersonalna iskustva [42].

ZAKLJUČAK

Iako se u razumevanju etiologije i patogeneze poremećaja, kao i u razvijanju terapijskih strategija, prvenstveno oslanjamo na kvantitativna istraživanja, nastojeći da što objektivnije sagledamo pojave i njihove uzroke, ne smemo zanemariti značaj subjektivnog iskustva pacijenata. Da bismo u potpunosti razumeli njihove tegobe, potrebno je da ih sagledamo iz njihovog ugla – kroz njihove lične doživljaje, značenja koja pridaju svojim iskustvima i ključne teme koje oblikuju njihovu percepciju problema. Ovakav pristup ne samo da proširuje naše kliničko razumevanje, već nas vodi ka postavljanju relevantnijih pitanja u naučnim istraživanjima, čime doprinosimo dubljem razumevanju mentalnih poremećaja i razvoju efikasnijih strategija za pomoć i podršku.

QUALITATIVE RESEARCH ON NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY – LITERATURE REVIEW

Sanja Lestarevic¹, Milica Pejovic-Milovancevic^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²University of Belgrade, Faculty of Medicine, Serbia

Abstract: Qualitative research in psychiatry provides valuable insight into the subjective experiences of people with various mental disorders, including neurodevelopmental disorders, enabling a better understanding of their everyday challenges. This review focuses on three groups of neurodevelopmental disorders: autism spectrum disorder (ASD), attention deficit hyperactivity disorder, and specific learning disorders. The paper discusses the results of qualitative research that provide insight into the perception of identity, interactions with family and professionals, experiences at school, as well as challenges related to social acceptance. The phenomenon of camouflage in people with ASD is also being investigated, where individuals use strategies to adapt to the non-autistic population, often at the high cost of exhaustion and feelings of inauthenticity. In attention deficit hyperactivity disorder, research indicates variations in perceptions of social integration, as well as different perceptions regarding the use of pharmacotherapy. The subjective experiences of children with a specific developmental disorders of scholastic skill syndicate the importance of family and school support in shaping the child's perception of himself. The combination of quantitative and qualitative insights is key to raising relevant scientific questions and developing more effective treatment and support strategies, providing a more holistic approach to understanding neurodevelopmental disorders. While we have traditionally relied on quantitative research to understand the etiology, pathogenesis, and therapeutic strategies of mental disorders for their objectivity, qualitative approaches reveal aspects of human experience that are not captured by numbers and scales. These approaches help to look at the symptoms of the disorder from the perspective of patients, including the meanings they attach to their experiences, as well as the key themes that shape their subjective world.

Key words: *neurodevelopmental disorders, qualitative research, lived experiences*

Literatura

1. Gray B. Lived Experience Research: A Service User's Perspective. *Schizophr Bull.* 2022.
2. Espíndola CR, Blay SL. Anorexia nervosa's meaning to patients: a qualitative synthesis. *Psychopathology.* 2009;42:69–80.
3. Honey A, Boydell KM, Coniglio F, Do TT, Dunn L, Gill K, et al. Lived experience research as a resource for recovery: A mixed methods study. *BMC Psychiatry.* 2020;20:1–13.
4. Finlayson KW, Dixon A. Qualitative meta-synthesis: a guide for the novice. *Nurse Res.* 2008;15:59–71.
5. Galderisi S, Appelbaum PS, Gill N, Gooding P, Herrman H, Melillo A, et al. Ethical challenges in contemporary psychiatry: an overview and an appraisal of possible strategies and research needs. *World Psychiatry.* 2024;23:364–86.
6. Lyons R, Roulstone S. Labels, identity and narratives in children with primary speech and language impairments. *Int J Speech Lang Pathol.* 2017;19:503–18.
7. Pellicano E, Stears M. Bridging autism, science and society: moving toward an ethically informed approach to autism research. *Autism Research.* 2011;4:271–82.
8. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association: American Psychiatric Association; 2022.
9. Chladek M, Burbridge C, Gibbons E, Willgoss T, Smith J, Clinch S. Qualitative Exploration in Exit Interviews of Changes Observed in Clinical Trials for Individuals with Autism Spectrum Disorder Without Intellectual Disability. *Patient Relat Outcome Meas.* 2023;14:313–35.
10. Courchesne V, Tesfaye R, Mirenda P, Nicholas D, Mitchell W, Singh I, et al. Autism Voices: A novel method to access first-person perspective of autistic youth. *Autism.* 2022;26:1123–36.
11. Russell G, Mandy W, Elliott D, White R, Pittwood T, Ford T. Selection bias on intellectual ability in autism research: a cross-sectional review and meta-analysis. *Mol Autism.* 2019;10.
12. Tager-Flusberg H, Kasari C. Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: the neglected end of the spectrum. *Autism Res.* 2013;6:468–78.
13. Stedman A, Taylor B, Erard M, Peura C, Siegel M. Are Children Severely Affected by Autism Spectrum Disorder Underrepresented in Treatment Studies? An Analysis of the Literature. *J Autism Dev Disord.* 2019;49:1378–90.
14. DePape AM, Lindsay S. Lived Experiences From the Perspective of Individuals With Autism Spectrum Disorder. [Http://DxDoiOrg/101177/1088357615587504](http://DxDoiOrg/101177/1088357615587504). 2015;31:60–71.
15. Czech H. Hans Asperger, National Socialism, and “race hygiene” in Nazi-era Vienna. *Mol Autism.* 2018;9:1–43.
16. The Lancet Psychiatry. What's in a name? *Lancet Psychiatry.* 2018;5:451.
17. Bearer C, Abman SH, Agostoni C, Ballard P, Bliss J, de Boode WP, et al. Asperger's syndrome – about time to rename it? *Pediatric Research* 2023 95:3. 2023;95:582–4.

18. Giles DC. „DSM-V is taking away our identity”: the reaction of the online community to the proposed changes in the diagnosis of Asperger’s disorder. *Health (London)*. 2014;18:179–95.
19. Lord C, Charman T, Havdahl A, Carbone P, Anagnostou E, Boyd B, et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*. 2022;399:271–334.
20. Bernardin CJ, Mason E, Lewis T, Kanne S. „You Must Become a Chameleon to Survive”: Adolescent Experiences of Camouflaging. *J Autism Dev Disord*. 2021;51:4422–35.
21. Malhi P, Shetty AR, Bharti B, Saini L. Parenting a child with autism spectrum disorder: A qualitative study. *Indian J Public Health*. 2022;66:121–7.
22. Ferguson EF, Barnett ML, Goodwin JW, Vernon TW. „There is No Help.” Care-giver Perspectives on Service Needs for Adolescents and Adults with Profound Autism. *J Autism Dev Disord*. 2024.
23. Pejović-Milovančević M, Mandić Maravić V, Vlaisavljević M, Leštarević S, Vasić J. Status podrške dostupne mladima sa poremećajem iz spektra autizma (PSA) i njihovim porodicama. Beograd: 2021.
24. Vlaisavljevic M, Mandic-Maravic V, Grujicic R, Lestarevic S, Vasic J, Pejovic Milovancevic M. Differences in needs and availability of healthcare, education and social protection between school-age children and youth with autistic spectrum disorder and their families in Serbia. *Int J Dev Disabil*. 2024.
25. Pejovic-Milovancevic M, Stankovic M, Mitkovic-Voncina M, Rudic N, Grujicic R, Herrera AS, et al. Perceptions on support, challenges and needs among parents of children with autism: the Serbian experience. *Psychiatr Danub*. 2018;30:354–64.
26. National Autistic Society n.d. <https://www.autism.org.uk/> (accessed September 18, 2024).
27. Autistic Self Advocacy Network n.d. <https://autisticadvocacy.org/> (accessed September 18, 2024).
28. Autizam Srbija n.d. <https://autizam.org.rs/> (accessed September 19, 2024).
29. Moen ØL, Hall-Lord ML, Hedelin B. Contending and adapting every day: norwegian parents’ lived experience of having a child with ADHD. *J Fam Nurs*. 2011;17:441–62.
30. Lu S V, Leung BMY, Bruton AM, Millington E, alexander E, Camden K, et al. Parents’ priorities and preferences for treatment of children with ADHD: Qualitative inquiry in the MADDY study. *Child Care Health Dev*. 2022;48:852–61.
31. Mofokeng M, van der Wath AE. Challenges experienced by parents living with a child with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Ment Health*. 2017;29:137–45.
32. Fried T, Plotkin-Amrami G. Not all diagnoses are created equal: Mothers’ narratives of children, ADHD, and comorbid diagnoses. *Soc Sci Med*. 2023;323.
33. Moen OL, Hall-Lord ML, Hedelin B. Living in a family with a child with attention deficit hyperactivity disorder: a phenomenographic study. *J Clin Nurs*. 2014;23:3166–76.
34. Caci H, Doepfner M, Asherson P, Donfrancesco R, Faraone S V, Hervas A, et al. Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment:

- Results from the European Lifetime Impairment Survey. *European Psychiatry*. 2014;29:316–23.
35. Krueger M, Kendall J. Descriptions of self: an exploratory study of adolescents with ADHD. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2001;14:61–72.
 36. Kendall J, Hatton D, Beckett A, Leo M. Children's accounts of attention-deficit/hyperactivity disorder. *ANS Adv Nurs Sci*. 2003;26:114–30.
 37. Lefler EK, Sacchetti GM, Del Carlo DI. ADHD in college: A qualitative analysis. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2016;8:79–93.
 38. Ahlström BH, Wentz E. Difficulties in everyday life: Young persons with attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorders perspectives. A chat-log analysis. *Int J Qual Stud Health Well-Being*. 2014;9.
 39. Slimmer LW. The experiences of children and adolescents living with ADHD were reflected in 6 themes. *Evid Based Nurs*. 2004;7:59.
 40. Schippers LM, Horstman LI, Velde H van de, Pereira RR, Zinkstok J, Mostert JC, et al. A qualitative and quantitative study of self-reported positive characteristics of individuals with ADHD. *Front Psychiatry*. 2022;13:922788.
 41. Franke B. Editorial: It is time to modernize the concept of ADHD! *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2023;64:845–7.
 42. Leitão S, Dzidic P, Claessen M, Gordon J, Howard K, Nayton M, et al. Exploring the impact of living with dyslexia: The perspectives of children and their parents. *Int J Speech Lang Pathol*. 2017;19:322–34.
 43. Fletcher JM, Lyon GR, Fuchs LS, Barnes MA. *Learning Disabilities: From Identification to Intervention*. Second Edition. Guilford Publications; 2018.
 44. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design* – Urie Bronfenbrenner – Google Books. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
-

Dr Sanja LEŠTAREVIĆ, spec. dečje i adolescentne psihijatrije, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

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

E-mail: sanja.lestarevic@imh.org.rs

TRAUMA I RAZVOJNI STADIJUMI

Jelena Radosavljev Kirćanski^{1,2}, Neda Novaković¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Fakultet za medije i komunikaciju, Univezitet Singidunum,
Beograd, Srbija

Apstrakt: Prve godine života predstavljaju ključni period za razvoj deteta, jer adekvatna iskustva formiraju temelje za njegov psihomotorni, kognitivni i socio-emocionalni razvoj. U ovom periodu, važno je da su potrebe deteta zadovoljene na način koji pruža stabilnost i sigurnost, dok izazovi i prepreke treba da budu stimulativni, ali ne previše opterećujući. Negativna iskustva, kao što je trauma, mogu ozbiljno ugroziti razvoj deteta, jer ometaju osnovne mehanizme povezivanja i smanjuju osećaj kontrole i sigurnosti. Traumatska iskustva u detinjstvu mogu imati dugoročne posledice, ne samo povećavajući rizik od mentalnih poremećaja, već i utičući na tok lečenja u odraslom dobu. Stres, iako izazovan, predstavlja normalan odgovor na nove životne okolnosti, dok trauma može imati ozbiljne, dugoročne posledice na emocionalnu i mentalnu stabilnost deteta. Svako dete reaguje drugačije na stresne ili traumatske događaje, a reakcije zavise od razvojnog stadijuma, ranijih životnih iskustava, kao i roditeljskih reakcija. Iskustva traume mogu uticati na razvoj ličnosti, te je važno razumeti kako trauma i stres u različitim razvojnim fazama oblikuju emocionalnu i mentalnu stabilnost deteta. Ovaj rad razmatra značaj iskustava u ranom uzrastu kao temelja za izgradnju zrele i integrisane ličnosti, s posebnim fokusom na implikacije traume i stresa na dečiji razvoj.

Ključne reči: *stadijumi razvoja, trauma, stres, dete, roditelj*

UVOD

Razvoj je termin koji u svom značenju ukazuje na izgradnju nečega što je nedovršeno, nagoveštava proces, promene i progres. Razvoj u životu čoveka je celoživotni, ali period detinjstva i adolescencije predstavlja period najdinamičnijih, najintenzivnijih promena, pa je samim tim i najosetljiviji. Ličnost se izgrađuje na ličnom iskustvu, a prva iskustva su etalon za sva buduća.

U ovom radu dajemo opšti pregled značaja iskustva kao temeljnog i važnog za podsticaj, unapređenje i izgradnju integrisane, zrele ličnosti sa posebnim osvrtom kako doživljeni trauma i stres u različitim razvojnim fazama imaju implikacije na dečije iskustvo i kako utiču na dalji razvoj ličnosti.

Rani razvoj

Rast i razvoj deteta dvojako je zasnovan, biološkim i sredinskim činocima. Dete se rađa sa nedovršenim razvojem mozga, a interakcija između ranog iskustva i ekspresije gena oblikuje njegovu maturiranu arhitekturu. Zato je važno da prva iskustva budu pozitivna i podsticajna. Prve godine života su ključni period i temelj budućeg razvoja, pa adekvatno iskustvo predstavlja meru gde je zadovoljenje potreba dovoljno, a količina prepreka i izazova podnošljiva i stimulativna [1]. Prejake stimulacije ili prepreke predstavljaju pritisak za dete i izazivaju inhibiciju u razvoju.

Neadekvatno, negativno iskustvo utiče štetno na razvoj primarnih kapaciteta i razvoj mozga i odražava se na celokupan psihomotorni, kognitivni, socio-emocionalni razvoj. U negativna životna iskustva spadaju: zanemarivanje i zlostavljanje deteta, zloupotreba psihoaktivnih supstanci u porodici, mentalno oboljenje roditelja, rastavljeni roditelji, nasilje u zajednici [2] i drugi nepovoljni faktori. Što je više faktora rizika, veća je verovatnoća da će nastati kašnjenje u razvoju, a faktori rizika imaju kumulativni efekat. Traumatsko iskustvo u detinjstvu svakako predstavlja jedan od najznačajnijih negativnih iskustava [3,4].

Trauma naspram stresa

Nije svako neprijatno iskustvo nužno i traumatično, niti je svaka prepreka na koju u razvoju dete naiđe negativna. Trauma je egzistencijalno ugrožavajuća, preplavljujuća situacija koja prevazilazi sposobnost ega za organizaciju i regulaciju [5]. Događaj koji izaziva traumatsku reakciju izvan je uobičajenog ljudskog iskustva i predstavlja pretnju za vlastiti život (zemljotresi, ratovi, izbeglištva, bolesti, ranjavanja, gubici bliskih osoba, saobraćajne nesreće i sl.). Događaj se smatra traumatičnim kada ugrožava fizičku i/ili mentalnu sigurnost pojedinca i praćen je flešbekovima, izbegavanjem ili negativnim promenama u mislima i osećanjima [6]. Traumatski događaji mogu biti pojedinačani, vrlo intenzivni, iznenadani događaji kraćeg trajanja (slučajna nesreća, katastrofa, iznenadna smrt, fizički nasrtaj, silovanje), kao i kumulativni događaji:

dugotrajna ili ponovljena izloženost ekstremnim spoljašnjim događajima (zlostavljanje, eksploatacija, trafficking, teška bolest, rat, izbeglištvo). Iskustvo traume utiče na mentalno zdravlje i može doprineti razvoju različitih mentalnih poremećaja: depresije i anksioznog poremećaja, zloupotrebe alkohola i supstanci, samopovređivanja i pokušaja suicida [7,8]. Traumatski događaj slama uobičajene sisteme reagovanja, koji ljudima daju osećaj kontrole, povezanosti i smisla. Ako je neki sistem preopterećen i radi preko svojih kapaciteta, posledice su deterioracija, dezorganizacija i disfunkcija. Dolazi do disocijacije (rascepa) telesnog i emocionalnog, što pomaže da preživimo, ali uz cenu gubitka kontinuiteta i integracije psihičkih funkcija. Svet više nije bezbedno mesto, drugima se ne može verovati, a sama osoba se ne oseća kompetentnom da se brine o sebi [9].

Način na koji osoba reaguje se razlikuju u zavisnosti od vrste traume. Ukoliko je u pitanju trauma odbijanja, pojedinac pravi negativne pretpostavke o tome šta drugi misle, oprezniji je u odnosu sa drugima i teže dopušta drugome da se približi i da ostvari bliskost. Trauma napuštanja uzrokuje strah od zapostavljanja ili napuštanja, nisko samopoštovanje, nesposobnost da se formira zdrav odnos u tinejdžerskom dobu ili starjim godinama. Izdaja uzrokuje probleme sa prepoznavanjem, izražavanjem i upravljanjem emocionalnim reakcijama, učestale su anksioznost, depresija i drugi problemi mentalnog zdravlja. Ukoliko je trauma posledica povrede i praćena je hroničnim somatskim bolovima odgovor organizma je osećaj umora i iscrpljenosti [10].

Za razliku od traume, stres je odgovor na izazovne ili nove životne događaje kao što su: gubitak posla, ispiti, rokovi, finansije ili razvod. Stresori mogu biti spoljašnji, iz okruženja, usled psiholoških ili društvenih situacija ili unutrašnji, poput ozbiljne bolesti. Stres je deo života – umeren, predvidljiv i šablonizovan čini sistem snažnijim i funkcionalnijim. Predstavlja uobičajen i normalan fizički odgovor na izazovne ili nove situacije. Ima psihološke i fizičke aspekte i pokreće složenu reakciju neurološkog i endokrinog sistema. Uporan stres predstavlja štetni uticaj i može dovesti do dugotrajnih fizičkih simptoma [11] i problema sa mentalnim zdravljem kao što su depresija ili anksioznost [12].

Trauma u detinjstvu

Trauma u odrasloj dobi pogađa već formirane strukture, a u detinjstvu utiče na formiranje tih struktura. Blag i umeren stres u toku razvojnog perioda, uz podržavajuće odnose detetu bliskih osoba, je prilika za oporavak od potencijalno štetnih uticaja. Toksičan stres, koji je jak i produžen, u odsustvu podrške odraslih ima štetan i razarajući uticaj na moždanu arhitekturu i povećava rizik od nastanka somatskih i mentalnih poremećaja [12]. Iskustva traume u detinjstvu ne samo da povećavaju rizik od razvoja mentalnih poremećaja, već utiču i na klinički tok i odgovore na lečenje [7, 8]. Svako dete reaguje različito, a reakcije zavise od razvojnog stadijuma, roditeljske reakcije,

prethodnog funkcionisanja, ranijih životnih iskustava, stepena izloženosti traumi, promena životnih okolnosti po traumatskom događaju [13]. Stres utiče na moždane strukture: na limbički sistem, amigdal, hipokampus i korteks. Izloženost hroničnom stresu toksično deluje na razvoj, mozak je preplavljen adrenalinom, kortizolom i drugim hormonima stresa u period kada se formiraju moždane strukture i funkcije. Osim na fiziološkom nivo, traumatsko iskustvo utiče na razvoj kognicije, na emocionalni i psihoseksualni razvoj, kao i na razvoj psihopatologije. Žrtve traume u detinjstvu pokazuju nisko samopoštovanje, doživljavaju depresiju i anksioznost, imaju povećanu sklonost ka zloupotrebi alkohola i droga [14].

Posledice traumatskog iskustva u različitim razvojnim stadijumima

Razvoj deteta, koliko god da je individualan i određen ličnim biološkim i sredinskim iskustvom, ima i neke svoje univerzalne zakonitosti po kojima se odvija, principe, hijerarhiju, redosled, tok i stadijume kroz koje dete prolazi. Razvoj posmatramo kroz miljokaze, kritične momenat kada se određena veština ili sposobnost očekuje kod deteta, i posmatramo ga po fazama, stadijumima razvoja, određenim zadacima koje dete treba da savlada.

Bazirajući se na jednoj od najuticajnijih teorija dečjeg razvoja, teoriji Žana Pijažea [15], pokušaćemo da sagledamo kako traumatsko iskustvo oblikuje faze razvoja i kako utiče na njegov dalji tok.

Pijaže shvata dete kao aktivno biće i saznavni subjekt koje konstruiše svoju spoznaju sveta [16]. Prema Pijažeu, postoje četiri razvojna stadijuma, koja se javljaju uvek u istom (orijentacionom) uzrastu i istim redosledom.

1. Senzomotorni stadijum (0–2 god.)
2. Stadijum preoperacionalnog intuitivnog mišljenja (2–7 god.)
3. Stadijum logičkih, konkretnih operacija (7–11 god.)
4. Stadijum formalnih operacija (od 11 god.)

Senzomotorni stadijum je period od novorođenčeta do druge godine života. Karakterišu ga refleksi, primarne, sekundarne i tercijarne cirkularne reakcije. Dete putem čula i tela stupa u interakciju sa spoljnom sredinom, upoznaje se sa njom čulima, dodir, hvatanjem, pipanjem, sisanjem. Otkriva permanentnost objekta. Što se emocionalnog razvoja tiče, počev od 7. meseca reaguje na poznata i nepoznata lica, vezuje se dominantno za jednu osobu (uglavnom majku) i uznemiri se kada se odvaja od nje. Ta primarna figura ima zadatak da obradi detetove nejasne sadržaje i preko svojih verbalnih i telesnih reakcija usadi detetu osećaj sigurnosti, „primarnog poverenja”, i da mu omogućiti sposobnost mentalizacije [17].

U ovom periodu za dete je traumatsko iskustvo prevashodno vezano za uskraćivanje ili nezadovoljavanje bazičnih potreba za hranom, toplotom, telesnim kontaktom, kao i preplavlivanje različitim podražajima, i naravno -

dugotrajno odvajanja od primarne figure/majke. Traumatska iskustva iz ovog perioda uvek uključuju traumatizaciju *odnosa sa objektom vezanosti*. Zato traumatski stres u ovoj fazi razvoja ima odlučujući uticaj na razvoj obrazaca afektivne vezanosti. Kvalitet ranih iskustava definiše organizaciju odnosa i u osnovi je doživljaja deteta da može da ima poverenja u dostupnost, zainteresovanost i zaštitu roditelja. Ovo iskustvo utiče na buduću emocionalnu regulaciju [18]. Veštine afektivne regulacije su u vezi sa emocionalnom privrženosti (attachment-om). Dete će biti spremnije da reguliše svoj afektivni odgovor na zastrašujuće situacije, uspomene ili razmišljanja ako ima dobar attachment sa roditeljem [19,20]. Uspostavljanjem sigurne bazične povezanosti roditelj postavlja sigurnu bazu koja predstavlja osnovu samopoverenja i samopoštovanja kod deteta.

Stadijum preoperativnog, intuitivnog mišljenja obuhvata doba od druge do sedme godine života. Kjučne karakteristike ovog stadijuma su sposobnost da se akcije predstave mentalno i simboličko mišljenje. Deca svoju sposobnost da koriste simbole pokazuju kroz maštu, igru i crtanje, a razvija se govor i jezik. Mišljenje karakteriše egocentrizam, finalizam, animizam, artifičijalizam i nedostatak uočavanja uzročno posledičnih veza. Dete smatra da ono što ono misli to i jeste, egocentrizam je izobličujuća asimilacija stvarnosti u „ja”, nerazlikovanje sopstvene tačke gledišta i tačke gledišta drugog. Intuitivno mišljenje koje nije logičko doprinosi asimilaciji stvari po sopstvenoj aktivnosti. Prisutno je magijsko mišljenje, dete emocionalno a ne uzročno posledično povezuje stvari koje vremenski koincidiraju, kreira uzročne veze tamo gde one ne postoje. Mišljenje je konkretno, ireverzibilno, nema još uvek operacija, deca ne razmišljaju na logičan način. U ovom stadijumu moral je jednostran, karakterišu ga podređenost i poslušnost, u pravu je onaj koje stariji i veći, još uvek nema pojma jednakosti, nema dijaloga. Ponašanje je u sopstvenom interesu, pravila se prilagođavaju i menjaju u skladu sa sopstvenim potrebama [1,15]. Ukoliko se u ovom razvojnem periodu desi traumatsko iskustvo (npr. smrt, razvod) velika je verovatnoća da će ga dete pripisati sebi, svojoj neadekvatnosti ili grešnosti. Da bi se nosilo sa sopstvenom bespomoćnošću dete sebi pripisuje različite magične moći, zbog kojih oseća odgovornost za sve što se događa. Ovaj egocentrizam u mišljenju često biva zloupotrebljen od strane odraslih, koji manipulišu dečjim osećanjem krivice („ti si nevaljao dečak/devojčica”, „da si bio/bila dobra ne bi se to desilo”). Deca zamišljaju da su svojim ponašanjem ili razmišljanjem uticala da se nešto negativno dogodi. Sa druge strane, upravo ta moć zamišljanja može pomoći detetu da prevaziđe traumatsko iskustvo, jer može zamisliti da samo poseduje supermoći za rešavanje problema ili iskreirati pomoćnika-dobru vilu, izmišljenog prijatelja, koji mu mogu pomoći u situacijama velike patnje.

Sledi stadijum **logičkih, konkretnih operacija**, koji se javlja od 7. do 11. godina života. Ključna karakteristika ovog stadijuma je pojava operacija.

Pjaže operaciju definiše kao mentalnu aktivnost koja omogućava dečjem umu da manipuliše, transformiše i povezuje informacije unutar svojih mentalnih struktura – „schema”. Operacije su mentalne radnje koje omogućavaju deci da razmišljaju o stvarima, da ih razvrstavaju, upoređuju i razumeju njihove međusobne odnose. Mišljenje postaje reverzibilno, pokretljivo, na predstavnom nivou su sheme i strukture, simboli sa kojima se manipuliše. U ovom periodu se javljaju konzervacije, klasifikacije i serijacija. Egocentrizam postepeno iščezava, te dolazi do veće moralne autonomije [16].

Sposobnost deteta da razume apstraktne pojmove i emocionalne reakcije postepeno raste, a sa razumevanjem raste i uverenje da stvari mogu da se kontrolišu. Iskustva se sve više shvataju i obrađaju intelektualno i intelekt uzima prevagu nad emocijama. Traumatski događaj interpretiraju se na jednostavan i konkretan način, i dalje koristeći maštu da popune praznine u razumevanju. Deca mogu doživeti intenzivne emocije straha, tuge, besa, srama ili zbunjenosti, koje se manifestuju promenama u ponašanju, poput povučenosti, razdražljivosti, anksioznosti ili problema sa spavanjem. Mogu regresirati i ponašati se kao da su mlađa, sisati palac, imati enurezu ili enkomprezu, strah od mraka, intezivno se vezivati za odrasle. S obzirom da i dalje ne mogu jasno i dobro da verbalizuju osećanja i razmišljanja o traumatskom iskustvu, deca mogu da se povuku i ne pričaju o onome što su doživela, ili da osećanja izraze kroz igru i crtež. Traumatske događaje ponovo proživljavaju kroz noćne more, flashbackove ili kroz igru u kojoj se ponavljaju elementi traumatskog iskustva.

U ovoj fazi razvoja podrška roditelja i drugih odraslih osoba je ključna za proces obrade traume. Odrasli treba da pruže stabilnost, rutinu, osećanje predvidljivosti i sigurnosti, kao i mogućnost izražavanja osećanja, kako bi detetu olakšali da procesuiru traumatske događaje [21].

Oko 12 godine dete ulazi u *stadijum formalnih operacija*. Razvija se apstraktno mišljenje, logičko zaključivanje i hipotetičko razmišljanje. Počinju da razumeju apstraktne pojmove (poput slobode, pravde, morala) koji nisu vezani za konkretne objekte ili situacije. Realnost se razume kao specijalan slučaj, jedan od mogućih ishoda, u moru različitih scenarija i posledica. Adolescenti u ovoj fazi zanima ne samo „šta jeste”, već i „šta bi moglo biti”. U rešavanju problema više nisu ograničeni metodom „pokušaj-pogreška”, već mogu pristupiti sistematskom rešavanju i kontrolisanom eksperimentisanju. U mišljenju se pojavljuje metakognicija-sposobnost da se razmišlja o vlastitom procesu razmišljanja, što im omogućava da prepoznaju koje strategije im pomažu u rešavanju problema. Počinju da razumeju dugoročne posledice svojih odluka, a ne samo trenutne efekte. Mogu da prepoznaju univerzalna pravila, principe i moralna načela [22].

S obzirom na mogućnost hipotetičkog razmišljanja, adolescenti imaju veću sposobnost razumevanja traumatskog iskustva u kontekstu šire slike.

Bolje razumeju uzroke i posledice određenih događaja i uticaj na njihov i na živote drugih ljudi. Takođe razmišljaju o svim mogućim opcijama, pa i o tome kako je traumatsko iskustvo moglo da se spreči, što može proizvesti osećanje krivice i bespomoćnosti. Emocionalni odgovor na traumu je snažniji, smenjuju se osećanja tuge, krivice, pojavljuje se želja za osvetom i bes. Neki adolescenti osećanja izražavaju burno, uz dok se drugi povlače u sebe, imaju doživljaj da ih drugi ljudi ne razumeju, što može otežati proces obrade traume. Pojavljuju se i nove, maladaptivne strategije suočavanja - upotreba alkohola, droga, samopovređivanje ili uključivanje u rizična ponašanja. Trauma može značajno uticati na razvoj identiteta adolescenata. U tom uzrastu bave se pitanjima ko su i kako se uklapaju u svet, a traumatsko iskustvo može stvoriti osećanje nesigurnosti i smanjenog samopouzdanja. Kako vršnjaci imaju sve značajniju ulogu, adolescenti često od njih traže emocionalnu podršku, što može biti korisno, ali i rizično. S obzirom na to da je porodica još uvek važan faktor u adolescenciji, roditelji takođe imaju značajnu ulogu, te je njihova podrška značajna za prevladavanje traumatskog iskustva [23].

Protektivni faktori i rezilijentnost

Svako razdoblje života ima svoje pozitivne i negativne aspekte, kao i faktore koji mogu doprineti zdravom razvoju ili ga omesti. Protektivni faktor za zdrav razvoj i očuvanje mentalnog zdravlja zasigurno je uspostavljanje sigurne baze i privrženosti. Važno je da dete ima izgrađen odnos poverenja bar sa jednom odraslom osobom. Ta sigurna baza omogućava mu uverenje da je svet bezbedno mesto, da su drugi ljudi bazično dobri, a samo dete dragoceno, neponovljivo biće koje ima pravo na neometan optimalni razvoj. Ova sigurnost omogućava da se samopouzdanje ide kroz život, a naročito je važna u kriznim trenucima, kakvi su oni kada se suočavaju sa traumatskim iskustvom [24].

Psihološka otpornost i sposobnost prevazilaženja stresnih životnih događaja zavisi od okoline kao i od ličnih faktora [25]. Modeli psihološke otpornosti ističu kombinaciju fizioloških, neurobihejvioralnih i psiholoških faktora-optimizma, samoeфикаsnosti, visoke inteligencije i adaptivnih strategija emocionalne regulacije [26], kao značajnih faktora koji doprinose zaštiti otpornosti.

Kapacitet suočavanja sa životnim nedaćama i njihovo prevazilaženje naziva se rezilijentnost. „Rezilijentnost je psihološka otpornost, prilagođavanje koje omogućava osobi da povрати ili ostane u zdravom mentalnom stanju tokom kriza/haosa bez dugoročnih negativnih posledica” [27]. Rezilijentnost nije urođena, već se formira u sklopu iskustva i u tome ulogu imaju već prve godine života i interakcija sa značajnim odraslima (roditeljima) [28]. Terminom rezilijentnost opisuju se tri različita procesa – oporavak, adaptacija i transformacija [23]. Pod oporavkom se podrazumeva da se sistem vraća na isti nivo funkcionisanja koji je imao pre nego što se suočio sa rizikom. Adaptacija

predstavlja menjanje sistema kako bi se prilagodio rizicima, odnosno napredovao. Transformacija se odnosi na menjanje okruženja na način koji olakšava sistemu u riziku da dobro funkcioniše. U sva tri slučaja, sistem pokazuje rezilijentnost kada može da reaguje na iznenadni ili dugotrajni stres koji ga prisiljava da učini neku promenu kako bi uspeo [29].

ZAKLJUČAK

Razvoj je celoživotni proces, ali prve godine života predstavljaju osnovu za sva kasnije iskustva i za način na koji ćemo ih opažati, obrađivati i kako ćemo se sa njima snalaziti. Izgradnja sigurnosti i poverenja u sebe i druge, kao i u bezbednost i benevolentost sveta u kojem živimo predstavlja ključni oslonac da razvoj može da teče svojim tokom i da se naše sposobnosti optimalno ostvare. Svako ometanje, a naročito snažna traumatska iskustva, mogu kompromitovati razvoj. Zato je zadatak odraslih, roditelja, učitelja, stručnjaka koji se bave mentalnim zdravljem, zajednice, da omoguće deci i mladima da kroz razvojne zadatke i životne izazove prođu na zdrav način, kako bi mogli da se izgrade i ostvare svoje pune potencijale. Kada je u pitanju traumatsko iskustvo, rečenica Judit Herman na najbolji način opisuje šta je detetu neophodno da bi moglo da prevaziđe i integriše ovo iskustvo u svoj dalji život – „Dete mora naći način da sačuva poverenje u ljude koji ga ne zaslužuju, osećaj da svet nije opasan u nimalo neopasnoj situaciji, kontrolu u situaciji koja je zastrašujuće nepredvidljiva, moć u bespomoćnom položaju.” [30]

TRAUMA AND DEVELOPMENTAL STADIUMS

Jelena Radosavljev Kircanski^{1,2}, Neda Novakovic¹

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

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

Abstract: The first years of life represent a crucial period for a child's development, as adequate experiences form the foundation for their psychomotor, cognitive, and socio-emotional growth. During this period, it is important that the child's needs are met in a way that provides stability and security, while challenges and obstacles should be stimulating but not overwhelming. Negative experiences, such as trauma, can seriously hinder development, as they disrupt basic mechanisms of connection and reduce the sense of control and security. Traumatic experiences in childhood can have long-term consequences, not only increasing the risk of mental illnesses but also affecting the course of treatment in adulthood. Stress, while challenging, is a normal response to new life circumstances, whereas trauma can have serious, long-lasting effects on a child's emotional and mental stability. Every child reacts differently to stressful or traumatic events, depending on their developmental stage, previous life experiences, and parental responses. Experiences of trauma can influence personality development, making it crucial to understand how trauma and stress during different developmental stages shape a child's emotional and mental well-being. This paper examines the importance of early experiences as a foundation for building a mature and integrated personality, with a particular focus on the implications of trauma and stress on child development.

Key words: *developmental stages, trauma, stress, child, parent*

Literatura

1. Bojanin S, Popović Deušić S. Psihijatrija razvojnog doba. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2012.
2. Pejović-Milovančević M, Tošković O. Studija negativnih iskustava u detinjstvu (ACE Studija) istraživanja o negativnim iskustvima u detinjstvu u Srbiji. 2019.
3. Golubović Š. Rana intervencija u detinjstvu. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet; 2018.
4. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Lancet*. 2011 Oct 8;378(9799):1325-38. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60555-2.
5. Tyson RL. Psychoanalytic theories of development: An integration. New Haven: Yale University Press; 1990.
6. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Available from: <https://www.aacap.org>.
7. Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol*. 2010 Sep 29. doi: 10.1002/dev.20494.
8. Lethbridge R, Ros A, Phoenix Australia. Australian guidelines for the treatment of acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and complex PTSD. 2020.
9. Herman JL. Trauma i oporavak. Zagreb: Ženska infoteka; 1996.
10. Fiertag O, Taylor S, Tareen A, Garralda E. Somatic symptom, bodily distress and related disorders in children and adolescents. In: IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Child Psychiatry & Pediatrics. 2019.
11. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neurodevelopmental effects of stress in early childhood. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, et al., editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2018. p. 549-63.
12. Kearney BE, Lanius RA. The brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders. *Front Neurosci*. 2022;16:1015749.
13. Nelson CA, Bhutta ZA, Burke Harris N, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020 Jul 29;371:m3048. doi: 10.1136/bmj.m3048.
14. Centre of National Research on Disability and Rehabilitation Medicine. Childhood Trauma Reactions. Available from: www.uq.edu.au
15. Downey C, Crummy A. The impact of childhood trauma on children's well-being and adult behavior. *Eur J Trauma Dissociation*. 2022;6(1):100237. doi:10.1016/j.ejtd.2022.100237.
16. Piaget J. Intelektualni razvoj deteta: izabrani radovi. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1996.
17. Zotović-Kostić M. Pižeoova teorija kognitivnog razvoja: osnovni koncepti i kritike. Novi Sad: Filozofski fakultet; 2023.
18. Erikson E. Childhood and society. New York: Norton & Company; 1950.

19. Krstić T, Mihić I, Rajić M, Branković J. Podrška roditeljima dece sa smetnjama u razvoju i hroničnim bolestima. In: Praktikum za program „Naša priča”. Novi Sad: Filozofski fakultet, Univerzitet u Novom Sadu; 2017.
20. Bowlby J. Attachment. 2nd ed. London: Routledge; 2003. (Original work published 1988).
21. Clark J. The Effects of and Interventions for Trauma on Child and Adolescent Development; 2021.
22. Keating DP, Demidenko MI, Kelly DP. Cognition in adolescence and the transition to adulthood. 2023.
23. Capella C. Disequilibrium and loss of narrative coherence in identity construction: A Piagetian perspective on trauma in adolescent victims of sexual abuse. *J Constructivist Psychol.* 2017;30(4):323-38.
24. Tang X. The effects of attachment styles on resilience and emotion regulation. *Emotion.* 2024;5:7.
25. Sapienza JK, Massten, AS. Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current opinion in Psychiatry*, 2011;24.4: 267-73.
26. Prout, Tracy A, et al. Resilience, defense mechanisms, and implicit emotion regulation in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 2019; 49: 235-44.
27. Bradley RH. The environment and developmental psychopathology: Conceptual issues. In: Cicchetti D, Cohen DJ, editors. *Developmental psychopathology. Vol 1: Theory and method.* 2nd ed. New York: Wiley; 2000. p. 41-74.
28. Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Can J Psychiatry.* 2011;56(5):258-65. doi:10.1177/070674371105600504.
29. Nešić M. Pretpostavke efektivnosti programa izgradnje rezilijentnosti sistema. *Temida.* 2022;25(2):199-218.
30. Ungar M. Systemic resilience: Implications for the design of interventions. In: Ungar M, editor. *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice.* New York: Springer; 2018. p. 183-98.

Jelena RADOSAVLJEV KIRČANSKI, *dr sci, profesor*, specijalista medicinske psihologije, Institut za mentalno zdravlje, Fakultet za medije i komunikaciju, Univezitet Singidunum, Beograd, Srbija

Jelena RADOSAVLJEV KIRCANSKI, PhD, *Associate Professor of Clinical Psychology*, Specialist in Medical Psychology, Institute of Mental Health, Department of Psychology, Faculty of Media and Communications, Singidunum University, Belgrade, Serbia

E-mail: jelena.radosavljev.kircanski@imh.org.rs

LUMATEPERON TOSILAT – MODULATOR SEROTONERGIČKE, DOPAMINERGIČKE I GLUTAMATERGIČKE TRANSMISIJE U TRETMANU SHIZOFRENIJE – NARATIVNI PREGLED LITERATURE

Vuković G. Petar^{1,2}, Lena Matković^{1,2}

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Farmaceutski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Apstrakt: Lumateperon je multimodalni antipsihotik koji kombinuje snažan antagonizam 5-HT_{2A} receptora, nisku postsinaptičku okupiranost D₂ receptora i posrednu NMDA modulaciju putem D₁-zavisnih signalnih puteva. U randomizovanim kliničkim studijama pokazao je statistički značajno, ali kvantitativno skromno smanjenje PANSS skora, pretežno u domenu pozitivnih simptoma, dok poboljšanja negativnih simptoma uglavnom nisu dostizala statističku značajnost. Jedna ključna studija faze III dala je negativan rezultat, što ukazuje na osjetljivost skromnog terapijskog efekta na placebo odgovor i metodološke razlike. Nasuprot promjenljivoj efikasnosti, bezbednosni profil lumateperona je dosledno povoljan, sa minimalnom učestalošću ekstrapiramidalnih, metaboličkih i prolaktinskih neželjenih efekata, što ga jasno razlikuje od većine antipsihotika druge generacije. Otvorena ispitivanja potvrđuju dobru tolerabilnost tokom prelaska sa prethodnih terapija. Postmarketinški podaci ukazuju na nekoliko sigurnosnih signala – pre svega afektivnu destabilizaciju i psihotična pogoršanja –koji, iako ne dokazuju kauzalitet, zahtevaju pažljivo kliničko praćenje u ranoj fazi primene. Sveukupno, lumateperon nudi povoljan odnos tolerabilnosti i efikasnosti, ali su potrebna dalja dugoročna i metodološki rigoroznija istraživanja kako bi se preciznije definisalo njegovo mesto u farmakoterapiji shizofrenije.

Ključne reči: lumateperon, antipsihotici, shizofrenija, 5-HT_{2A} antagonizam, D₂ receptor, NMDA modulacija, neželjeni efekti, negativni simptomi, placebo odgovor

UVOD

Shizofrenija predstavlja težak, hronični psihijatrijski poremećaj, sa očekivanim rizikom obolevanja od oko 1% [1] i značajno povećanim stopama morbiditeta i mortaliteta, uz skraćenje očekivanog životnog veka u poređenju sa opštom populacijom [2,3]. Iako je na raspolaganju više antipsihotika (AP) za lečenje ovog poremećaja, njihova primena i dalje je ograničena: AP su prevashodno efikasni u kontroli pozitivnih simptoma, dok kognitivni [4] i negativni [5] simptomi u velikoj meri ostaju terapijski rezistentni. Istovremeno, brojni neželjeni efekti, uključujući ekstrapiramidalne simptome (EPS), akatiziju, tardivnu diskineziju, metaboličke i endokrinološke poremećaje, kao i kardiološke neželjene efekte poput produženja QT intervala, dodatno otežavaju dugoročno lečenje i utiču na adherenciju [6,7]. Lumateperon (1-(4-Fluorophenyl)-4-(3-methyl-2,3,6b,9,10,10a-hexahydro-1H-pyrido [3',4':4,5] pyrrolo [1,2,3-de]quinoxalin-8(7H)-yl)-1-butanone) predstavlja novi antipsihotik, odobren u decembru 2019. godine od strane Američke agencije za hranu i lekove (FDA) za lečenje akutne shizofrenije, a od decembra 2021. godine za lečenje depresivnih epizoda bipolarnog poremećaja tipa I i II [8]. Mehanistički je okarakterisan kao modulator serotonergičke, dopaminergičke i glutamatergičke neurotransmisije. Cilj ovog narativnog pregleda je da prikaže savremene dokaze o mehanizmu dejstva, efikasnosti i bezbednosnom profilu lumateperona u lečenju shizofrenije, uz kritičko poređenje sa drugim dostupnim antipsihoticima.

MATERIJALI I METODE

Ovaj rad predstavlja narativni pregled literature. Pretraga je sprovedena u bazama PubMed i Scopus u periodu od januara 2015. do januara 2025. godine. Korišćeni su sledeći ključni pojmovi za pretragu i njihove kombinacije: „lumateperone”, „ITI-007”, „schizophrenia”, „efficacy”, „safety”, „pharmacodynamics” i „pharmacokinetics”. U pregled su uključeni radovi koji su ispitivali efikasnost, bezbednost, mehanizam dejstva ili farmakokinetičke karakteristike lumateperona kod osoba sa shizofrenijom, uključujući randomizovane kliničke studije (RCT), otvorene studije, metaanalize, pregledne radove i postmarketinške analize. Iz pregleda su isključeni radovi koji nisu primarno obuhvatali shizofreniju, kao i radovi bez originalnih podataka (npr. pisma uredniku). Dodatni izvori, uključujući zvanične regulatorne dokumente Američke agencije za hranu i lekove i relevantne reference iz pregledanih radova, korišćeni su radi dopune podataka o farmakodinamičkim i farmakokinetičkim svojstvima leka.

REZULTATI

1. Farmakokinetika lumateperona

Lumateperon se apsorbuje preko crevne sluznice, pri čemu se nakon oralnog unosa maksimalna koncentracija postiže za 1–2 sata [8]. Ravnotežna koncentracija uspostavlja se nakon približno 5 dana redovnog uzimanja, dok je

poluvreme eliminacije oko 18 časova [9]. Lumateperon se metaboliše posredstvom keton-reduktaza i sistema citohroma P450 (pre svega CYP3A4) [10]. Izlučuje se kombinovano putem urina i fecesa [8]. Ne postoje dokazi o klinički značajnom uticaju pola, rase ili uzrasta na farmakokinetiku ovog leka [8].

2. Farmakodinamika lumateperona (mehanizam dejstva)

Lumateperon deluje multimodalno na serotonergički, dopaminergički i glutamatergički sistem, što ga razlikuje od antipsihotika prve, druge i treće generacije. Ovakav farmakodinamički profil detaljno je opisan u prekliničkim studijama [10,11] i kliničkim PET studijama receptorske okupiranosti [12]. U poređenju sa standardnim antipsihoticima, lumateperon pokazuje nižu D2 okupiranost, snažniji 5-HT2A antagonizam i posrednu modulaciju NMDA receptora – kombinaciju koja je specifična za ovaj lek i koja potencijalno omogućava efikasnost uz minimalni rizik od ekstrapiramidalnih i metaboličkih neželjenih efekata.

1) Dejstvo na serotonergički sistem

Lumateperon poseduje izrazito visok afinitet za 5-HT2A receptore ($K_i = 0,54$ nM), oko 60 puta viši nego za D2 receptore ($K_i = 32$ nM), gde deluje kao antagonist [11]. U PET studijama, standardna doza od 42 mg dovodi do visoke okupiranosti 5-HT2A receptora uz relativno nisku D2 okupiranost (~40%) [12], što objašnjava izuzetno nisku učestalost ekstrapiramidalnih simptoma. Lumateperon takođe pokazuje umeren antagonizam na SERT-u ($K_i = 62$ nM), sa približno 30% okupiranosti [11]. Antipsihotici druge generacije generalno kombinuju antagonizam na 5-HT2A i D2 receptorima, ali odnos afiniteta 5-HT2A:D2 kod lumateperona mnogo je izraženiji – veći čak i od odnosa zabeleženog kod klozapina [11]. Za razliku od nekih AP druge generacije (klozapin, olanzapin), lumateperon nema značajan afinitet za H1, M1 ili 5-HT2C receptore, što u prekliničkim modelima objašnjava povoljniji metabolički profil [10,11].

2) Dejstvo na dopaminergički sistem

Lumateperon deluje kao postsinaptički D2 antagonist, ali istovremeno i kao presinaptički parcijalni agonista D2 autoreceptora [11], što predstavlja jedinstveni mehanizam u odnosu na lekove druge i treće generacije. Parcijalna aktivacija autoreceptora smanjuje sintezu i oslobađanje dopamina, čime se postiže dopaminska stabilizacija bez visoke postsinaptičke blokade [11]. U PET studijama D2 okupiranost lumateperona ostaje oko 40%, što je znatno niže od vrednosti koje postižu predstavnici druge i treće generacije antipsihotika [12]. Antipsihotici prve generacije (npr. haloperidol) zahtevaju visoku D2 blokadu (70–80%), što je povezano sa čestom pojavom ekstrapiramidalnih simptoma. Antipsihotici druge generacije (npr. risperidon, olanzapin) i dalje zahtevaju umerenu do visoku D2 okupiranost. Antipsihotici treće generacije (aripiprazol, breksipiprazol, karpiprazin) deluju kao postsinaptički parcijalni agonisti D2 receptora, dok lumateperon

kombinuje postsinaptički antagonizam i presinaptički parcijalni agonizam, uz niže ukupno zauzeće receptora [11,12]. U prekliničkim modelima lumateperon ne izaziva katepsiju ni pri visokim dozama, za razliku od predstavnika prve generacije i pojedinih AP druge generacije (npr. risperidona) [11].

3) Dejstvo na glutamatergički sistem

Lumateperon posredno utiče na glutamatergičku transmisiju preko dopaminskih D1 signalnih puteva. U prekliničkim studijama pokazano je da povećava fosforilaciju GluN2B (NR2B) podjedinice NMDA receptora, što vodi do povećane NMDA i AMPA aktivnosti u prefrontalnom korteksu [10,11]. Ovaj efekat se ne primećuje kod antipsihotika prve generacije, dok je kod antipsihotika druge generacije generalno minimalan. Klozapin može povećati glutamatergičku aktivnost, ali putem širokog spektra receptora (M1, H1, 5-HT2C), što je praćeno višim rizikom od pojave neželjenih efekata. Lumateperon se izdvaja kao jedini antipsihotik koji pokazuje selektivnu i ciljanu D1–NMDA modulaciju, što u prekliničkim modelima ukazuje na potencijalni povoljan efekat na negativne i kognitivne simptome [10,11].

3. Efikasnost lumateperona – podaci iz registracionih studija

Efikasnost lumateperona u tretmanu akutne egzacerbacije shizofrenije procenjivana je u tri randomizovane, dvostruko slepe i multicentrične studije – jednoj studiji faze II i dve studije faze III [13–15]. U dve od tri studije postignut je statistički značajan efekat u odnosu na placebo u primarnoj meri ishoda, odnosno u promeni ukupnog skora na Skali za procenu pozitivnih i negativnih simptoma shizofrenije (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) od početka do kraja perioda posmatranja [13,14].

U studiji faze II (ITI-007-005; NCT01499563), koja je obuhvatila 335 pacijenata sa akutnom egzacerbacijom shizofrenije, ispitanici su randomizovani u četiri grupe (lumateperon 60 mg, lumateperon 120 mg, placebo i risperidon 4 mg). Tokom četvoronedelnog tretmana, grupa koja je primala lumateperon 60 mg pokazala je statistički značajno poboljšanje ukupnog PANSS skora u odnosu na placebo (prosečno poboljšanje –13,2 poena naspram –7,4; $p = 0,017$; veličina efekta 0,4). Aktivna kontrolna grupa (risperidon 4 mg) ostvarila je sličan nivo poboljšanja (–13,4 prema –7,4; $p = 0,013$). Lumateperon u dozi od 120 mg nije pokazao značajnu efikasnost u odnosu na placebo (–8,3 prema –7,4; $p = 0,708$). Analiza PANSS subskala ukazala je da je terapijski efekat lumateperona 60 mg bio najizraženiji u domenu subskala pozitivnih simptoma (–2,4; $p = 0,002$) i opšte psihopatologije (–2,6; $p = 0,04$), dok razlika na subskali negativnih simptoma nije dostigla statističku značajnost (–0,9; $p = 0,230$), uključujući i podgrupu sa prominentnim negativnim simptomima (–3; $p = 0,206$) [13].

U studiji faze III (ITI-007-301; NCT00282761), koja je uključila 450 hospitalizovanih pacijenata, lumateperon 60 mg doveo je do statistički

značajnog smanjenja PANSS skora u odnosu na placebo nakon četiri nedelje lečenja (prosečna razlika -4,2 poena; 95% CI: -7,8 do -0,6; $p = 0,02$; veličina efekta 0,3). Važno je napomenuti da je gornja granica intervala pouzdanosti iznosila -0,6, što ukazuje na skroman apsolutni klinički efekat. Doza od 40 mg nije dostigla statističku značajnost (-2,6 poena; 95% CI: -6,2 do 1,1; $p = 0,16$) u odnosu na placebo. Detaljnijom analizom subskala utvrđeno je da je najveći doprinos postignutoj statističkoj značajnosti kod doze od 60 mg poticao od smanjenja pozitivnih simptoma (-1,7; 95% CI: -2,9 do -0,5; $p = 0,006$), dok razlika u negativnim simptomima nije bila statistički značajna (-0,9; 95% CI: -2,0 do -0,2; $p = 0,09$) [14].

U drugoj studiji faze III (ITI-007-302; NCT02469155), koja je obuhvatala 696 pacijenata, ni doza od 60 mg niti 20 mg nije pokazala statistički značajnu prednost u odnosu na placebo. Promena PANSS skora iznosila je -14,6 i -15,0 poena u grupama sa lumateperonom, dok je u placebo grupi zabeleženo poboljšanje od -15,0 poena, što je znatno veći placebo odgovor nego u prethodnim studijama (-7,4 i -10,3). Autori studije ovakav rezultat objašnjavaju upravo neuobičajeno visokim nivoom placebo odgovora, dok je aktivna kontrola risperidon 4 mg, očekivano, pokazala doslednu efikasnost [15].

Posmatrano u celini, lumateperon je u studijama sa pozitivnim ishodom ostvario veličinu efekta od 0,4 u studiji faze II i 0,3 u studiji faze III, što je uporedivo sa efektima antipsihotika treće generacije poput aripiprazola, brekspiprazola i kariprazina, kako je prikazano u relevantnim meta-analizama randomizovanih studija [6,16,17].

4. Bezbednost lumateperona – podaci iz registracionih studija

Bezbednosni profil lumateperona procenjivan je u tri placebo-kontrolišane, dvostruko slepe studije koje su činile osnovu za regulatorno odobrenje (jedna studija faze II i dve studije faze III) [13–15]. Sve studije obuhvatile su pacijente sa akutnom egzacerbacijom shizofrenije i trajale su četiri nedelje.

U studiji faze II (ITI-007-005; NCT01499563), koja je uključila 335 pacijenata, lumateperon je pokazao povoljan bezbednosni profil. Najčešći neželjeni efekti bili su pospanost/sedacija i suvoća u ustima, uglavnom blagog do umerenog intenziteta. Ekstrapiramidalni simptomi bili su retki i javljali su se učestalosti sličnom placebo (2,0% naspram 3,2%), dok je u grupi koja je primala risperidon učestalost bila znatno viša (6,3%) [13]. Povećanje telesne mase bilo je numerički manje u grupi sa lumateperonom u odnosu na risperidon, a metabolički parametri nisu pokazivali klinički značajna odstupanja.

U studiji faze III (ITI-007-301; NCT00282761; $N=450$), lumateperon je takođe imao bezbednosni profil uporediv sa placebom. Pospanost i sedacija bili su najčešći neželjeni efekti i javljali su se nešto češće nego u placebo grupi, ali su ostali blagog intenziteta [14]. Nije zabeleženo klinički značajno pogoršanje metaboličkih pokazatelja; promene telesne mase, glikemije i lipidnog profila

bile su minimalne. Ekstrapiramidalni simptomi javljali su se retko i nisu bili češći nego u placebo grupi, dok je risperidon kao aktivna kontrola bio povezan sa većom učestalošću motornih neželjenih efekata. Prolaktinemija se tokom lečenja lumateperonom nije povećavala, za razliku od risperidona, koji je bio povezan sa značajnim porastom nivoa prolaktina [14].

U drugoj studiji faze III (ITI-007-302; NCT02469155; N=696), uprkos izraženom placebo odgovoru koji je uticao na procenu efikasnosti, bezbednosni profil lumateperona ostao je dosledno povoljan. Neželjeni efekti bili su kvalitativno slični onima u prethodnim studijama, bez klinički relevantnih promena u kardiovaskularnim, metaboličkim ili endokrinim parametrima. Učestalost ekstrapiramidalnih simptoma bila je niska i uporediva sa placebo grupom, dok je risperidon ponovo bio povezan sa znatno višom verovatnoćom pojave motornih neželjenih efekata [15].

Sveukupno, podaci iz registracionih studija ukazuju da lumateperon ima bezbednosni profil koji je veoma blizak placebo grupi i povoljniji u poređenju sa antipsihoticima druge generacije, naročito u domenu ekstrapiramidalnih simptoma, metaboličkih poremećaja i prolaktinemije. Ovakav profil predstavlja važnu prednost u dugoročnoj terapiji, s obzirom na to da navedeni neželjeni efekti često dovode do smanjene adherencije i prekida terapije.

5. Podaci iz postregistracionih studija

Nakon registracije leka, dodatna procena bezbednosti zasniva se na otvorenim studijama i podacima iz postmarketinškog nadzora. Otvorena ispitivanja omogućavaju uvid u tolerabilnost pri prelasku sa drugih antipsihotika tokom realne kliničke primene, dok prijave iz FAERS baze (FDA Adverse Event Reporting System) predstavljaju ključni izvor informacija o neželjenim događajima u širokoj populaciji nakon uvođenja leka na tržište. FAERS je sistem spontanog prijavljivanja koji se koristi za otkrivanje potencijalnih sigurnosnih signala i analizu disproporcionalnosti, čime se mogu identifikovati reakcije koje nisu uočene tokom kontrolisanih studija. Ovi izvori zajedno dopunjuju podatke iz registracionog programa i omogućavaju detaljniju procenu bezbednosnog profila lumateperona u realnim uslovima primene.

U otvorenoj studiji u kojoj su pacijenti prevođeni sa prethodnog antipsihotika na lumateperon 42 mg, Correll i saradnici su analizirali ukupno 301 odaslog ambulantnog pacijenta sa stabilizovanom shizofrenijom tokom šestonedelnog tretmana lumateperonom, nakon čega je sledio dvonedeljni povratak na prethodnu terapiju [18]. Tokom aktivne faze lečenja, 45,5% ispitanika prijavilo je najmanje jedan neželjeni događaj, pri čemu su najčešći bili somnolencija (6,6%), glavobolja (5,3%) i suva usta (5,3%). Većina neželjenih događaja bila je blagog ili umerenog intenziteta, dok je učestalost ekstrapiramidnih simptoma bila niska (1,0%). U pogledu metaboličkih parametara, tokom lečenja lumateperonom uočeno je statistički značajno smanjenje ukupnog holesterola, LDL

holesterola, telesne težine i nivoa prolaktina. Po povratku na prethodne antipsihotike, svi navedeni parametri pokazali su reverzibilan porast ka početnim vrednostima. Klinički simptomi shizofrenije ostali su stabilni tokom tretmana lumateperonom i nakon povratka na prethodnu terapiju, bez pogoršanja psihopatologije.

U postmarketinškoj analizi FAERS baze, Zhao i saradnici su obradili 1.693 pacijenata i 4.777 prijavljenih neželjenih događaja povezanih sa lumateperonom u periodu 2019–2023. godine [19]. Najčešće prijavljene reakcije bile su somnolencija, sedacija, vrtoglavica i suva usta, što je u skladu sa nalazima iz kliničkih studija. Međutim, analiza disproporcionalnosti identifikovala je više signala koji nisu očekivani na osnovu registracionih podataka. Najjače disproporcionalne signale pokazali su manija (ROR 73,82) i hipomanija (ROR 34,74), gde ROR (reporting odds ratio) predstavlja standardnu meru disproporcionalnosti u spontanim bazama i vrednosti značajno iznad 1 ukazuju da je određeni događaj prijavljivan češće nego što se očekuje u opštoj FAERS populaciji. Pored ovih nalaza, detektovani su i slabiji signali za agresiju, suicidalne misli, serotoninski sindrom i retenciju urina. Većina neželjenih događaja javila se tokom prvog meseca primene, sa medianom od 13 dana, što ukazuje na potrebu za pažljivim kliničkim nadzorom u ranoj fazi lečenja.

U novijoj postmarketinškoj FAERS analizi, Zhang i saradnici su identifikovali ukupno 2.644 prijava u kojima je lumateperon označen kao primarno sumnjiv lek, od čega je 739 (27,9%) klasifikovano kao ozbiljni neželjeni događaji [20]. Analizom disproporcionalnosti primenom četiri statistička algoritma identifikovano je 130 sigurnosnih signala, uključujući 67 novih neželjenih događaja koji nisu navedeni u uputstvu za lek. Najviše signala uočeno je u kategoriji psihijatrijskih poremećaja, sa naročito izraženim signalima za tardivnu diskineziju (ROR 186), trans stanja, shizoafektivni poremećaj bipolarnog tipa, maniju i psihotični poremećaj. Među drugim najčešće prijavljivanim ozbiljnim neželjenim događajima javljali su se vrtoglavica i suicidalne misli. Multivarijantna regresiona analiza rizika pokazala je da su ženski pol i dijagnoza bipolarnog poremećaja II bili nezavisno povezani sa povećanim rizikom od ozbiljnih neželjenih događaja, dok je istovremena primena lekova metabolisanih putem CYP3A4 bila povezana sa smanjenim rizikom u univarijantnom modelu. Ovi nalazi ukazuju na prisustvo brojnih postmarketinških signala i potencijalnih faktora rizika koji zahtevaju dodatno praćenje.

Sveukupno, dostupni postregistracioni podaci ukazuju na to da lumateperon u realnim uslovima primene zadržava povoljan profil tolerabilnosti uočen u kliničkim studijama, ali da spontani postmarketinški nadzor otkriva i dodatne, ređe sigurnosne signale koji nisu bili evidentni tokom registracionog programa. Zajedničko sagledavanje nalaza iz otvorenih ispitivanja i FAERS baza omogućava potpuniju procenu bezbednosti i ukazuje na potrebu za kontinuiranim praćenjem neželjenih događaja, naročito u ranoj fazi lečenja i kod pacijenata sa povišenim individualnim rizikom.

DISKUSIJA

Dostupni klinički dokazi ukazuju da lumateperon pokazuje statistički značajnu, ali kvantitativno skromnu efikasnost u lečenju shizofrenije, pri čemu su zabeležene veličine efekta u pozitivnim studijama tipično u opsegu od oko 0,3 standardne devijacije. Ovakav intenzitet odgovora, iako klinički relevantan, nalazi se na donjem kraju spektra savremenih antipsihotika [16], zbog čega je interpretacija rezultata posebno osetljiva na metodološke varijacije. To delimično objašnjava činjenicu da je jedna od ključnih studija [15] bila negativna, uprkos pozitivnim nalazima drugih randomizovanih ispitivanja [13,14]. Visok placebo odgovor, heterogenost kliničkih karakteristika i razlike u kriterijumima selekcije ispitanika dodatno komplikuju tumačenje, jer male veličine efekta mogu biti izgubljene u statističkom šumu. Ovaj obrazac nije neočekivan i poklapa se sa trendom opadanja razlike između lekova i placeba u ispitivanjima antipsihotika poslednje decenije [16].

Studija prevođenja sa drugih antipsihotika [18] pruža informacije o realnoj podnošljivosti, ali metodološka ograničenja takvog dizajna (odsustvo randomizacije, odsustvo placebo kontrole) ograničavaju mogućnost interpretacije efikasnosti. Stabilnost simptoma tokom prelaska može ukazivati na kliničku održivost lumateperona, ali ne pruža pouzdanu informaciju o njegovoj relativnoj efikasnosti u odnosu na druge terapijske opcije. Shodno tome, procena efikasnosti lumateperona mora se zasnivati primarno na randomizovanim studijama, uz jasno uvažavanje ograničene veličine efekta i neslaganja među ispitivanjima.

Za razliku od promenljive efikasnosti, bezbednosni profil lumateperona pokazuje visoku konzistentnost kroz više izvora podataka [13-15,18-20]. U kontrolisanim studijama beleži se minimalan porast telesne težine, skoro potpuni izostanak ekstrapiramidnih simptoma i značajno niži nivoi prolaktina u poređenju sa većinom drugih antipsihotika [13-15,18]. Ovi nalazi imaju praktičan značaj za pacijente sa prethodnim metaboličkim poremećajima ili intolerancijom na prolaktinske efekte. Međutim, spontani postmarketinški podaci unose dodatnu dimenziju procene bezbednosti. Analize disproporcionalnosti iz FAERS baze identifikovale su brojne sigurnosne signale, uključujući maniju, hipomaniju, psihotična pogoršanja, kao i retke neurološke događaje [19,20]. Važno je istaći da analiza disproporcionalnosti ne predstavlja dokaz kauzaliteta, već metod za detekciju statističkih odstupanja u učestalosti prijava u odnosu na očekivanu učestalost u bazi. Takvi signali, posebno oni registrovani kroz više nezavisnih algoritama, ipak zahtevaju oprez i ukazuju na to da klinička populacija iz realnog sveta može biti podložnija određenim reakcijama nego selektovani pacijenti u kontrolisanim studijama.

Neslaganje između kontrolisanih studija i podataka iz spontanog nadzora delimično se može objasniti metodološkim razlikama. Randomizovana ispitivanja uključuju strogo selektovane pacijente, ograničavaju komorbiditete i koriste protokole koji smanjuju verovatnoću detekcije retkih ili kasno nastupajućih

neželjenih događaja. Suprotno tome, FAERS obuhvata široku populaciju, uključujući pacijente sa komorbiditetima, politerapijom i kompleksnim kliničkim slikama, ali je podložan pristrasnosti prijavljivanja i nedostatku kontrolnih grupa. Stoga nalazi FAERS-a ne poništavaju povoljan bezbednosni profil utvrđen u kliničkim studijama, ali ukazuju na specifične domene (afektivna destabilizacija, psihotična pogoršanja, retke neurološke reakcije) u kojima je potreban dodatni oprez.

Ograničenja:

1) Heterogenost izvora podataka

Uključeni dokazi potiču iz različitih tipova studija (randomizovanih kontrolisanih studija, otvorenih ispitivanja i spontanijih postmarketinških prijava), što otežava njihovo direktno poređenje i doprinosi potencijalnim neslaganjima u rezultatima.

2) Narativni karakter pregleda

Ovaj rad nije sistematski pregled; nije sprovedena formalna PRISMA procedura niti procena rizika od pristrasnosti, pa uprkos sveobuhvatnoj pretrazi postoji mogućnost selektivnog obuhvata podataka.

3) Ograničenja postmarketinških podataka

FAERS analiza zasniva se na spontanom prijavljivanju i analizi disproporcionalnosti, što ne omogućava utvrđivanje kauzaliteta i podložno je pristrasnosti prijavljivanja, nepotpunim podacima i varijabilnom kvalitetu prijava.

4) Metodološke razlike među kliničkim studijama

Neslaganja u nalazima efikasnosti mogu biti posledica razlika u dizajnu studija, karakteristikama ispitanika, visini placebo odgovora i statističkoj snazi, što ograničava generalizaciju rezultata.

5) Ograničen uvid u dugoročne ishode

Većina dostupnih studija ima kratko trajanje, što onemogućava procenu dugoročne efikasnosti, bezbednosti i rizika od kasno nastupajućih neželjenih reakcija.

ZAKLJUČAK

U zbiru, lumateperon se pozicionira kao antipsihotik koji nudi povoljan balans bezbednosti i tolerabilnosti, posebno za pacijente kod kojih metabolički i ekstrapiramidni rizici predstavljaju ograničavajuće faktore. Istovremeno, njegova efikasnost, iako reproducibilna u većem broju studija, ostaje na nivou skromnog efekta, što zahteva pažljivo odmeravanje očekivanja i individualizovan pristup izboru terapije. Buduća istraživanja sa boljom kontrolom placebo odgovora, dužim trajanjem i uključivanjem heterogenijih populacija mogu doprineti jasnijem definisanju mesta lumateperona u terapijskom algoritmu.

LUMATEPERONE TOSYLATE – MODULATOR OF SEROTONERGIC, DOPAMINERGIC AND GLUTAMATERGIC TRANSMISSION IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA – A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

Vukovic G. Petar^{1,2}, Lena Matkovic^{1,2}

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²Pharmacy Faculty, University of Belgrade

Abstract: Lumateperone is a multimodal antipsychotic characterized by potent 5-HT_{2A} antagonism, low postsynaptic D₂ receptor occupancy, and indirect NMDA enhancement through D₁-dependent signaling pathways. Across randomized clinical trials, lumateperone demonstrates statistically significant but quantitatively modest reductions in PANSS scores, with therapeutic effects primarily confined to positive symptoms, while improvements in negative symptoms largely fail to reach statistical significance. One of the pivotal Phase III studies yielded negative results, underscoring the sensitivity of its modest efficacy signal to placebo response and methodological variation. In contrast, the safety profile of lumateperone is consistently favorable, with minimal extrapyramidal, metabolic, and prolactin-related adverse effects, distinguishing it from most second-generation antipsychotics. Open-label switch studies support its clinical tolerability during transitions from prior antipsychotic therapy. Post-marketing pharmacovigilance has identified several disproportionality signals – most notably affective destabilization and psychotic exacerbations – that, while not establishing causality, indicate the need for careful monitoring during the early phases of treatment. Overall, lumateperone offers an advantageous tolerability-to-efficacy balance, although further long-term and methodologically robust studies are required to more precisely determine its therapeutic position in the management of schizophrenia.

Key words: Lumateperone, antipsychotic, schizophrenia, 5-HT_{2A} antagonism, D₂ receptor, NMDA modulation, side effects, negative symptoms, placebo response

Literatura

1. Kahn, R.S., Sommer, I.E., Murray, R.M., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D.R., Cannon, T.D., O'Donovan, M., Correll, C.U., Kane, J.M., van Os, J., Insel, T.R., 2015. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers* 1, 15067.
2. Hjorthøj, C., Sturup, A.E., McGrath, J.J., Nordentoft, M., 2017. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 4, 295-301.
3. Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., Stroup, T.S., 2015. Premature Mortality Among Adults With Schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 72, 1172-81.
4. Keefe, R.S., Buchanan, R.W., Marder, S.R., Schooler, N.R., Dugar, A., Zivkov, M., Stewart, M., 2013. Clinical trials of potential cognitive-enhancing drugs in schizophrenia: what have we learned so far? *Schizophr Bull* 39, 417-435.
5. Fusar-Poli, P., Papanastasiou, E., Stahl, D., Rocchetti, M., Carpenter, W., Shergill, S., McGuire, P., 2015. Treatments of Negative Symptoms in Schizophrenia: Meta-Analysis of 168 Randomized Placebo-Controlled Trials. *Schizophr Bull* 41, 892-9.
6. Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R.R., Geddes, J.R., Kissling, W., Stapf, M.P., Lassig, B., Salanti, G., Davis, J.M., 2013. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 382, 951-62.
7. Correll, C.U., Detraux, J., De Lepeleire, J., De Hert, M., 2015. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 14, 119-36.
8. US Food and Drug Administration. Caplyta package insert. 2021. [Cited 2023 July 28]. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2021/209500s005s006lbl.pdf
9. Blair, H.A., 2020. Lumateperone: First Approval. *Drugs* 80, 417-423.
10. Vyas, P., Hwang, B.J., Brasic, J.R., 2020. An evaluation of lumateperone tosylate for the treatment of schizophrenia. *Expert Opin Pharmacother* 21, 139-45.
11. Snyder, G.L., Vanover, K.E., Zhu, H., Miller, D.B., O'Callaghan, J.P., Tomesch, J., Li, P., Zhang, Q., Krishnan, V., Hendrick, J.P., Nestler, E.J., Davis, R.E., Wennogle, L.P., Mates, S., 2015. Functional profile of a novel modulator of serotonin, dopamine, and glutamate neurotransmission. *Psychopharmacology (Berl)* 232, 605-21.
12. Vanover, K.E., Davis, R.E., Zhou, Y., Ye, W., Brasic, J.R., Gapasin, L., Saillard, J., Weingart, M., Litman, R.E., Mates, S., Wong, D.F., 2019. Dopamine D(2) receptor occupancy of lumateperone (ITI-007): a Positron Emission Tomography Study in patients with schizophrenia. *Neuropsychopharmacology* 44, 598-605.
13. Lieberman, J.A., Davis, R.E., Correll, C.U., Goff, D.C., Kane, J.M., Tamminga, C.A., Mates, S., Vanover, K.E., 2016. ITI-007 for the Treatment of Schizophrenia: A 4-Week Randomized, Double-Blind, Controlled Trial. *Biol Psychiatry* 79, 952-61.

14. Correll, C.U., Davis, R.E., Weingart, M., Saillard, J., O'Gorman, C., Kane, J.M., Lieberman, J.A., Tamminga, C.A., Mates, S., Vanover, K.E., 2020. Efficacy and Safety of Lumateperone for Treatment of Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 77, 349-58.
15. Vanover K, Glass S, Kozauer S, et al. Lumateperone (ITI-007) for the treatment of schizophrenia: overview of placebo-controlled clinical trials and an open-label safety switching study [abstract no. 30]. *CNS Spectr.* 2019;24(1):190–1.
16. Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., Samara, M., Rabaioli, M., Bacher, S., Cipriani, A., Geddes, J.R., Salanti, G., Davis, J.M., 2017. Sixty Years of Placebo-Controlled Antipsychotic Drug Trials in Acute Schizophrenia: Systematic Review, Bayesian Meta-Analysis, and Meta-Regression of Efficacy Predictors. *Am J Psychiatry* 174, 927-42.
17. Huhn, M., Nikolakopoulou, A., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Samara, M., Peter, N., Arndt, T., Backers, L., Rothe, P., Cipriani, A., Davis, J., Salanti, G., Leucht, S., 2019. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 394, 939-51.
18. Correll CU, Vanover KE, Davis RE, Chen R, Satlin A, Mates S. Safety and tolerability of lumateperone 42 mg: an open-label antipsychotic switch study in outpatients with stable schizophrenia. *Schizophr Res.* 2021;228:198-205. doi:10.1016/j.schres.2020.12.006.
19. Zhao D, Zhang W, Liu Y, Yan Z. Post-marketing safety concerns with lumateperone: a pharmacovigilance analysis based on the FDA Adverse Event Reporting System (FAERS) database. *Front Pharmacol.* 2024;15:1389814. doi:10.3389/fphar.2024.1389814.
20. Zhang W, Zhao D, Liu Y, Yan Z. Safety signals of lumateperone based on the FDA Adverse Event Reporting System: a disproportionality analysis. *Front Pharmacol.* 2024;15:1472648. doi:10.3389/fphar.2024.1472648.

Dr Petar G. VUKOVIĆ, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Petar G. VUKOVIC, MD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: petarvukovic@imh.org.rs

ULOGA LIČNOSTI U DONOŠENJU ODLUKA O UVOĐENJU I DOZIRANJU ANTIPSIHOTIKA KOD DVE RAZLIČITE KLINIČKE POPULACIJE

Ivan Ristić^{1,2}, Lena Matković¹, Katarina Nikolić¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Srbija

Apstrakt: Poslednjih decenija beleži se značajan porast upotrebe antipsihotika u različitim populacijama pacijenata. Iako su antipsihotici neophodan deo terapije psihotičnih poremećaja, njihova dugotrajna primena nosi rizik od neželjenih efekata sa dalekosežnim posledicama. Poseban izazov predstavlja njihova upotreba kod poremećaja ličnosti, gde smernice ne podržavaju široku primenu, ali se u praksi ovi lekovi često propisuju. Rezultati istraživanja pokazuju da su pacijenti sa niskom saradljivošću i visokom otvorenošću za iskustva češće dobijali veće doze antipsihotika, bez obzira na dijagnozu. Ova pojava se može objasniti težim uspostavljanjem terapijske alijanse sa takvim pacijentima usled specifičnog sklopa ličnosti. Usled navedenog, potrebno je razmotriti alternativne mere poput korišćenja upitnika ličnosti radi individualizacije pristupa i informisanije odluke o doziranju antipsihotika, čime se otvara i veći prostor za nefarmakološke intervencije. S obzirom na nesklad između kliničke prakse i aktuelnih smernica, neophodna su dalja istraživanja kako bi se unapredio pristup lečenju u skladu sa individualnim karakteristikama pacijenata.

Ključne reči: *Psihotični poremećaji, poremećaji ličnosti, antipsihotici, ličnost*

UVOD

Tokom poslednjih nekoliko decenija, proporcija pacijenata koja ima propisan bar jedan antipsihotik se povećala u dramatičnoj meri [1] kod skoro svih populacija pacijenata, uključujući i dečiju populaciju [2]. Ovaj trend porasta je povezan pre svega sa pojavom antipsihotika druge generacije sredinom devedesetih godina dvadesetog veka, s obzirom na manje izražena ekstrapiramidalna neželjena dejstva u odnosu na antipsihotike prve generacije. Takođe, ovaj porast se može povezati i sa proširenjem indikacija na afektivne psihotične poremećaje kao što su bipolarni poremećaj i unipolarna depresija, uz često *off-label* propisivanje ovih lekova i u cilju lečenja drugih poremećaja poput opsesivno-kompulzivnog [3], drugih anksioznih poremećaja [4], bolesti zavisnosti [5], i mnogih drugih oboljenja.

Mehanizam dejstva antipsihotika se prvobitno zasniva na presinaptičkoj blokadi dopaminskih receptora, koja je posebno izražena kod antipsihotika prve generacije. Antipsihotici druge i treće generacije pored blokade ovih receptora utiču i na serotonergičke 5-HT_{2A} receptore čime se objašnjava manje opterećenje neželjenim dejstvima koja su pre svega posredovana dopaminergičkom blokadom (ekstrapiramidalni sindrom, tardivna diskinezija, itd.). Pored toga, antipsihotici deluju i posredstvom drugih receptora (poput M₁, H₁ i α ₁) koji su značajni zbog povećanog opterećenja neželjenih dejstava poput sedacije, opstipacije, suvoće usta i drugih.

Svi antipsihotici su u različitoj meri povezani sa povećanim rizikom od sedacije, seksualne disfunkcije, posturalne hipotenzije, srčane aritmije i iznenadne srčane smrti. Važno je napomenuti da su određeni neželjeni efekti AP dozno-zavisni poput tardivne diskinezije, ekstrapiramidalnog sindroma i hiperprolaktinemije [6,7]. Uprkos boljoj podnošljivosti antipsihotika druge i treće generacije, rizik od metaboličkog sindroma je visok i postoji značajno somatsko opterećenje u smislu povećanog rizika za razvoj šećerne bolesti ili kardioloških neželjenih događaja [8]. Drugi važni fenomeni primećeni kod dugotrajne upotrebe antipsihotika odnose se na uticaj ovih lekova na smanjenje volumena moždane mase [9].

Propisivanje antipsihotika kod psihotičnih poremećaja

Lečenje osoba obolelih od psihotičnih poremećaja u praksi uglavnom podrazumeva farmakološku intervenciju i velika većina pacijenata koji se leče od psihotičnih poremećaja ima propisan bar jedan antipsihotik. Na uzorku pacijenata iz Srbije koji je bio sačinjen od 73 ambulantna pacijenta sa dijagnozom iz spektra psihotičnih poremećaja (PSD), svi pacijenti su imali propisan bar jedan AP, dok je 45.2% imalo propisano dva ili više AP [10]. Drugo istraživanje na većem uzorku od 161 pacijenta sa dijagnozom PSD je pronašlo da 95.06% pacijenata ima bar jedan propisan AP sa prosečnom dnevnom dozom olanzapina od 8.73 ± 5.29 mg/dan [11].

U literaturi postoje oprečna mišljenja kada je reč o načinu propisivanja AP u toku „terapije održavanja” koja podrazumeva terapiju u periodu kada je postignuta stabilna remisija primarnog poremećaja. Prema istraživanju Vunderinka i saradnika, u trenutku sedmogodišnjeg praćenja, pokazan je porast stope oporavka kod pacijenata čije su dnevne doze antipsihotika smanjivane ili isključivane, u poređenju sa grupom u kojoj su doze održavane. Post-hoc analiza zasnovana na primenjenoj terapiji pokazala je da je 56% pacijenata koji su prekinuli terapiju antipsihoticima ili smanjili dozu na veoma nisku pokazalo poboljšanja u pogledu funkcionalnosti [12]. Nasuprot ovom mišljenju, Ostuzi i saradnici [13] su u svojoj meta analizi pokazali da je smanjivanje doza antipsihotika ispod standardnih doza povezano sa većim stopama relapsa u odnosu na grupu u kojoj su doze održavane. Bitno je napomenuti da psihotični relapsi nose rizik od ozbiljnih posledica ne samo zbog pogoršanja osnovne bolesti, već i zbog novih oštećenja moždanih struktura i neuronskih mreža.

Naziv „antipsihotik” ukazuje na to da su ovi psihofarmaci bili namenjeni redukovanju intenziteta takozvanih pozitivnih psihotičnih simptoma (halucinacija i sumanutih ideja), da bi se vremenom indikacije proširile. Već u startu su ovi lekovi nazivani i „neuroleptici” i „veliki trankvilizeri” što govori o dugo poznatoj upotrebnosti vrednosti u sedaciji pacijenata. Sedacija je jedan od dozno-zavisnih neželjenih dejstava AP, najizraženija kod niskopotentnih antipsihotika prve generacije, te klopazina i u manjoj meri olanzapina i kvetijapina, pre svega posredovana receptorskim antagonizmom koji nije dopaminergički. Iako je ovo značajan efekat koji može dovesti do smanjenja intenziteta određenih psihičkih tegoba, važno je imati na umu u kojoj meri preterana sedacija može da utiče na smanjenje adherence, a u slučaju perzistencije, i na funkcionisanje pacijenta, te socijalne relacije i kvalitet života uopšte.

Propisivanje antipsihotika kod poremećaja ličnosti

Razmatranje primene antipsihotika u lečenju poremećaja ličnosti zahteva multidimenzionalni pristup. Iako određene teorije poremećaja ličnosti zagovaraju postojanje jasne neurobiološke osnove [14], osim kod graničnog i shizotipalnog poremećaja ličnosti gde postoji nekoliko publikacija o različitim alteracijama struktura u mozgu, kod drugih poremećaja ličnosti ne postoji dovoljno činjenica zasnovanih na dokazima o biološkoj disfunkciji mozga kao faktoru koji je uključen u etiologiju. U skladu sa tim, očekuje se da je farmakoterapija poremećaja ličnosti uglavnom usmerena na simptome.

Jedino su pojedini klinički entiteti unutar spektra poremećaja ličnosti do sada bili predmet randomizovanih kliničkih studija u kojima su ispitivani efekti antipsihotika druge generacije [15]. U ovim istraživanjima se dobija podatak da određeni antipsihotici druge generacije (najviše ispitivani su aripiprazol i olanzapin) mogu ublažiti neke od tegoba u okviru graničnog poremećaja ličnosti, pre svega impulsivnost i tzv. mikropsihotične simptome.

Prema britanskim smernicama [16], ne preporučuje se upotreba psihofarmaka u tretmanu poremećaja ličnosti, kako u svrhu ordiniranja simptomatske terapije, tako i za različite modalitete rizičnih ponašanja. Sajmosen i autori su sumirali različite evropske vodiče za lečenje poremećaja ličnosti [17] prema kojima je psihoterapija tretman prvog izbora, ali se preporuke za farmakoterapiju razlikuju. Tako švedski vodiči ne preporučuju upotrebu psihofarmaka, katalonski vodiči preporučuju „pažljivo ordiniranje lekova samo uz psihoterapijski pristup”, dok finski, holandski i švajcarski vodiči savetuju primenu psihofarmaka u malim dozama u kraćim vremenskim periodima (npr. konkretno švajcarske smernice preporučuju davanje jedino kветijapina i aripiprazola za iritabilnost i kognitivno-perceptivne simptome). Američka psihijatrijska asocijacija preporučuje korišćenje psihofarmaka u simptomatskoj terapiji, pre svega vezano za probleme sa kognicijom i percepcijom sa razmatranjem ukidanja terapije na svakih šest meseci [18].

U Srbiji ne postoje smernice usmerene konkretno na lečenje poremećaja ličnosti. Švrakić i Divac-Jovanović u monografiji „Granična ličnost i sva njena lica” izlažu protokol savremene simptomatske terapije koji se usmerava na četiri funkcionalna domena poremećaja ličnosti: 1) agresivnost i problem kontrole ponašanja; 2) problem raspoloženja i afektivni simptomi; 3) anksioznost; 4) kognitivno-perceptualne distorzije i psihotični simptomi sa argumentom da postoji indikacija za primenu antipsihotika u lečenju sva četiri domena [19].

Uprkos preporukama koje jasno stavljaju primenu psihofarmaka u drugi plan, dok se antipsihotici pominju konkretno jedino za lečenje određenih simptomatskih domena, primena antipsihotika je učestala kod pacijenata sa poremećajima ličnosti, čak i u odsustvu komorbidnih mentalnih poremećaja. Naime, Hardun i saradnici su na uzorku pacijenata u Velikoj Britaniji pronašli da je bar jedan antipsihotik u kontinuitetu duže od godinu dana bio prisutan u terapiji kod čak 34% pacijenata, uz trend povećanog propisivanja antipsihotika iz godine u godinu [20]. Slične nalaze su izneli Paton i saradnici gde je pronađeno da je čak 48% pacijenata dobilo bar jedan antipsihotik u desetogodišnjem periodu lečenja. Ovaj procenat raste na 92% kada se prati propisivanje bilo kog psihofarmaka, a najčešće propisivani su bili antidepresivi i antipsihotici [21].

Uloga ličnosti kod propisivanja antipsihotika

Nekoliko skorašnjih nalaza sa ovih prostora ukazuje na moguću povezanost između određenih osobina ličnosti i dnevnih doza antipsihotika, kako kod pacijenata sa psihotičnim poremećajima, tako i kod onih sa poremećajima ličnosti.

Naime, u istraživanju iz 2024. godine je pronađeno da postoji veza između kombinacije niske saradljivosti i visoke otvorenosti ka iskustvu na Velikih pet i većih dnevnih doza antipsihotika [22]. Pacijenti koji imaju ovakav sklop osobina ličnosti se mogu opisati kao osobe koje često kritikuju, nisu konvencionalne i imaju pobunjeničke crte, što može da naruši pozitivnu terapijsku

alijansu. Ovi pacijenti bi mogli da se smatraju pacijentima „težim za saradnju” i zbog dodatnih poteškoća u uspostavljanju zadovoljavajućeg terapijskog odnosa. Za razliku od ovih pacijenata, druga grupa pacijenata nije dobijala veće doze antipsihotika uprkos tome što su imali visoke skorove na dimenziji Dezintegracije (koja bi po teoriji trebalo da ima više veze sa dopaminskim metabolizmom u odnosu na Saradljivost i Otvorenost; [23] i što su imali češća pogoršanja primarne bolesti u kraćem vremenskom periodu. Dodatno, od svih dimenzija koje leže u osnovi osobina ličnosti, pronađeno je da je domen Saradljivosti imao najviše uticaja na terapijski odnos [24]. Uzevši u obzir navedeno, nameće se pitanje o održivosti aktuelnog pristupa u kliničkom radu sa pacijentima obolelim od psihotičnih poremećaja. Ukoliko kod pacijenta sa kojim primarno otežano uspostavljamo odnos poverenja i saradljivosti usled same ličnosti, primenjujemo kontinuirano meru lečenja (visoke doze AP) koja negativno utiče na njegovo svakodnevno funkcionisanje i nosi značajno opterećenje neželjenim dejstvima u dužem vremenskom periodu, koji cilj postižemo? Ovo je dodatno komplikovano i pitanjem adekvatne komplijanse i adherencije sa uzimanjem propisanog farmakoterapijskog režima što može biti narušeno kako zbog povećanog opterećenja neželjenim dejstvima, tako i zbog kompozita ličnosti koji generalno ima sklonost ka „neposlušnosti”. Kod ovih pacijenata bi potencijalno bilo korisno pomeriti fokus ka bihevioralnim intervencijama ili alternativnim vidovima lečenja koji bi mogli da se usmere na „problematične” crte ličnosti.

U drugom istraživanju je pronađen sličan nalaz [25]. Na uzorku od 223 pacijenta kojima je dijagnostikovao neki od poremećaja ličnosti, oni pacijenti koji su imali niske skorove na Saradljivosti i Savesnosti i visoke skorove na Neuroticizmu su imali najveće korelacije sa prosečnim dozama AP. Pored toga, porast težine poremećaja ličnosti je bio povezan sa povećanim Neuroticizmom, smanjenom Saradljivošću i Savesnošću, kao i sa ukupnim brojem psihofarmaka. Pored gorenavedenog opterećenja neželjenim dejstvima AP, naročito onih sa izraženim sedativnim dejstvom, primenom AP kod poremećaja ličnosti se mogu maskirati i primarni uzroci koji doprinose manifestaciji simptoma za koje se ovi lekovi daju, te se postojeći problem održava što može negativno uticati na dugoročni ishod lečenja [26]. Postoje samo pojedina istraživanja koja ispituju efekte AP na određene karakteristike koje se mogu smatrati crtama ličnosti. Na primer, studija Hertua i saradnika [27] je pronašla da kod osoba sa dijagnostikovanim poremećajima ličnosti stope kriminala značajno opadaju kada su im bili prisiljavani AP.

Kako da preciznije donosimo odluke?

Kompozit ličnosti koji je sačinjen od niske Saradljivosti, ali i visoke Otvorenosti je povezan najviše sa poteškoćama u ostvarivanju terapijske alijanse sa pacijentima [24]. Postoje brojna istraživanja koja podvlače važnost terapijske alijanse u raznim ishodima širom spektra psihijatrijskih poremećaja

[26]. Jedna od hipoteza zbog čega baš ovi pacijenti dobijaju veće doze antipsihotika jeste nemogućnost uspostavljanja adekvatnog terapijskog odnosa sa „teškim” pacijentima (po osobinama ličnosti) i osećajem nemoći koji se „koriguje” tako što se ordiniraju veće doze psihofarmaka. Poznato je takođe da pozitivna terapijska alijansa vodi i ka boljoj adherenciji u uzimanju lekova [27, 28], te bi fokus lečenja trebalo biti uspostavljanje boljeg odnosa, pre svega kroz intervencije nefarmakološkog tipa. Korišćenje upitnika ličnosti može informisati kliničare o tome kakav terapijski odgovor je očekivan. Na primer, kod niske Saradljivosti možemo očekivati lošiju adherenciju i biti oprezniji kod davanja AP, kod visoke Dezintegracije možemo očekivati češća pogoršanja i razmotriti veće doze AP u terapiji održavanja. Takođe, s obzirom na nedovoljne dokaze o efikasnosti AP kod poremećaja ličnosti, a izražene stope propisivanja ovih lekova, potreban je dodatan oprez kako kliničari ne bi donosili odluke zbog tzv. „terapijske bespomoćnosti”. Bitno je spomenuti i rad Tajrera i Bejtmena o značaju kontratransfernih fenomena prilikom propisivanja farmakoterapije kod poremećaja ličnosti [29]. Naime, visoke doze i polifarmacija mogu biti uzrokovani i kontratransfernom potrebom da se pacijenti sa nepovoljnim karakteristikama ličnosti „izbave” ili može doći do situacija u kojima psihijatri u očajničkom pokušaju žele da „bar nešto pokušaju”.

Ovaj rad je takođe i pokušaj da se naglasi manjak istraživanja koja procenjuju primenu različitih doza antipsihotika kod različitih profila pacijenata. Jedna od pretpostavki za ovakav nedostatak istraživanja jesu poteškoće u regrutovanju pacijenata u randomizovanim kontrolisanim studijama koje zahtevaju rigorozne kriterijume za uključivanje i uglavnom ne sprovode različite dozne režime. Pored toga, ova istraživanja su fokusirana pre svega na kliničke simptome i pokušavaju da isključe faktore terapijske alijanse i odnosa zbog placebo efekata. Potrebno je više studija sa naturalističkim dizajnom kako bi mogli da se dobiju odgovori na ova pitanja.

Ogromna diskrepanca između preporuka za propisivanje AP, naročito kod poremećaja ličnosti i realnog broja i doza propisanih lekova očigledno govori o potrebi kliničara za upotrebom psihofarmaka, ali i nemogućnosti da se precizno odredi koja je svrha ovog propisivanja. Ako se kliničari ionako oslanjaju na „klinički osećaj” u propisivanju AP koji je u neskladu sa terapijskim smernicama, od pomoći bi mogla da bude objektivizacija merenja tog „osećaja” kroz skale ličnosti, merenje terapijske adherencije, merenje zadovoljstva lečenjem, itd. Cilj ovakvih intervencija je da potencijalno pomogne kako u poboljšanju komplijanse, tako i u odabiru adekvatnijih vidova lečenja, pre svega u vidu nefarmakoloških mera.

ANTIPSYCHOTICS IN THE TREATMENT OF TWO DIFFERENT PATIENT POPULATIONS – HOW DO WE MAKE DECISIONS ABOUT INITIATION AND DOSING?

Ivan Ristic^{1,2}, Lena Matkovic¹, Katarina Nikolic¹

¹Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

²University of Belgrade, Faculty of Medicine, Serbia

Abstract: In recent decades, there has been a significant increase in the use of antipsychotics across various patient populations. Although antipsychotics are an essential part of the treatment of psychotic disorders, their long-term use carries the risk of adverse effects with far-reaching consequences. Their use in personality disorders presents a particular challenge, as current guidelines do not support widespread use, yet these medications are often prescribed in practice. Research findings indicate that patients with low compliance and high openness to experience more frequently received higher doses of antipsychotics, regardless of diagnosis. This phenomenon can be explained by the more challenging establishment of a therapeutic alliance with such patients, which depends on their personality composition. Consequently, it is necessary to consider alternative measures, such as using personality questionnaires to individualize the treatment approach and make more informed decisions about antipsychotic dosing, thereby creating greater opportunities for non-pharmacological interventions. Given the discrepancy between clinical practice and current guidelines, further research is needed to improve treatment approaches by patients' individual characteristics.

Key words: *Psychotic disorders, personality disorders, antipsychotics, personality*

Literatura

1. Verdoux H, Tournier M, Begaud B. Antipsychotic prescribing trends: a review of pharmaco-epidemiological studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2010;121(1):4-10.
2. Zito JM, Safer DJ, Gardner JF, Boles M, Lynch F. Trends in the prescribing of psychotropic medications to preschoolers. *JAMA*. 2000;283(8):1025-30.
3. Burk BG, DiGiacomo T, Polancich S, Pruett BS, Sivaraman S, Birur B. Antipsychotics and obsessive-compulsive disorder/obsessive-compulsive symptoms: A pharmacovigilance study of the FDA adverse event reporting system. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;148(1):32-46.
4. Comer JS, Mojtabai R, Olfson M. National trends in the antipsychotic treatment of psychiatric outpatients with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2011 Oct;168(10):1057-65.
5. Peyrière H, Diot C, Nogue E, Verschave M, Laure M, Picot MC, Petit P, Donnadieu-Rigole H, Leglise Y. Prevalence of antipsychotic-treated patients in a cohort of adult addicted patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2017;37(6):669-74.
6. Takeuchi H, Borlido C, Sanches M, Teo C, Harber L, Agid O, Remington G. Adherence to clozapine vs. other antipsychotics in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2020;142(2):87-95.
7. Spertus J, Horvitz-Lennon M, Abing H, Normand SL. Risk of weight gain for specific antipsychotic drugs: a meta-analysis. *NPJ Schizophr*. 2018;4:12.
8. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ, Correll CU, De Herdt A, Probst M, De Hert M. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry*. 2013;12(3):240-50.
9. Moncrieff J, Leo J. A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychol Med*. 2010 Sep;40(9):1409-22.
10. Maric NP, Andric Petrovic S, Russo M, Jerotic S, Ristic I, Savić B, Pemovska T, Milutinovic M, Ribic E, Markovska-Simoska S, Dzubur Kulenovic A. Maintenance therapy of psychosis Spectrum disorders in a real-world setting: antipsychotics prescription patterns and long-term benzodiazepine use. *Front Psychiatry*. 2022;13:796719.
11. Ristić I, Knežević G, Ristić DI, Miljević Č, Jerotić S, Marić NP. Do people diagnosed with psychosis spectrum disorders share the same personality space as the general population? Big five complemented by the proneness to psychotic-like experiences/behaviors. *Journal of Personality*. 2023;91(6):1381-94.
12. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):913-20.
13. Ostuzzi G, Vita G, Bertolini F, Tedeschi F, De Luca B, Gastaldon C, Nosé M, Papola D, Purgato M, Del Giovane C, Correll CU, Barbui C. Continuing,

- reducing, switching, or stopping antipsychotics in individuals with schizophrenia-spectrum disorders who are clinically stable: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(8):614-24.
14. Svračić DM, Draganic S, Hill K, Bayon C, Przybeck TR, Cloninger CR. Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106(3):189-95.
 15. Maglione M, Ruelaz Maher A, Hu J, Wang Z, Shanman R, Shekelle PG, Roth B, Hilton L, Suttrop MJ, Ewing BA, Motala A, Perry T. Evidence-based practice center report. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Sep. Report No.: 11-EHC087-EF.
 16. Ali S, Findlay C. A review of NICE guidelines on the management of Borderline Personality Disorder. *Br J Med Pract*. 2016;9(1).
 17. Simonsen S, Bateman A, Bohus M, et al. European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Bord Personal Disord Emot Dysregul*. 2019;6:9. doi: 10.1186/s40479-019-0106-3.
 18. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, Servis M, Choi-Kain L, Nelson KJ, Oldham JM, Sharp C. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2024;181(11):1024-8.
 19. Švrakić D, Divac-Jovanović M. Granična ličnost i sva njena lica. Beograd: Clio; 2020.
 20. Hardoon S, Hayes J, Viding E, McCrory E, Walters K, Osborn D. Prescribing of antipsychotics among people with recorded personality disorder in primary care: A retrospective nationwide cohort study using The Health Improvement Network primary care database. *BMJ Open*. 2022;9;12(3):e053943.
 21. Paton C, Crawford MJ, Bhatti SF, Patel MX, Barnes TR. The use of psychotropic medication in patients with emotionally unstable personality disorder under the care of UK mental health services. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(4):e512-8.
 22. Ristić I, Knežević G, Ristić DI, Miljević Č, Jerotić S, Marić NP. Personality correlates of certain clinical characteristics of patients with psychotic disorders: Big Five plus disintegration. *Z Psychol*. 2024;232(4):245–54.
 23. Ettinger U, Mohr C, Gooding DC, Cohen AS, Rapp A, Haenschel C, Park S. Cognition and brain function in schizotypy: A selective review. *Schizophr Bull*. 2015 Mar;41 Suppl 2(Suppl 2):S417-26.
 24. Johansen R, Melle I, Iversen VC, Hestad K. Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*. 2013 Nov 1;54(8):1169-76.
 25. Pešić D, Lečić-Toševski D, Kalanj M, Ristić I, Vuković O, Pejušković B. Analysis of the relationship between higher-order factor structure of personality disorders and the five-factor model of personality. *Brain Sciences*. 2023;3;13(4):605.
 26. Jerotic S, Kostic M. Psychopharmacology and personality disorder: Treatment or enhancement. *Conceptualizing Personality Disorder: Perspectives from Philosophy, Psychological Science, and Psychiatry*. Cambridge University Press. 2024.

27. Shattock L, Berry K, Degnan A, Edge D. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2018 Jan;25(1):e60-85.
 28. Chang JG, Roh D, Kim CH. Association between therapeutic alliance and adherence in outpatient schizophrenia patients. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2019 Apr 30;17(2):273.
 29. Tyrer P, Bateman AW. Drug treatment for personality disorders. *Advances in psychiatric Treatment*. 2004 Sep;10(5):389-98.
-

Dr Ivan RISTIĆ, spec. psihijatrije, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Ivan RISTIC, MD, PhD, psychiatrist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: ivan.ristic@imh.org.rs

DISKUSIJA NA FILM „JESENJA SONATA” (Höstsonaten / Autumn Sonata)

Doris Elena Herrera¹, Milica Lazić¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Film „Jesenja sonata” Ingmara Bergmana iz 1978. godine, snimljen u Norveškoj, jedno je od ključnih dela švedskog režisera. Nominovan je za Oskara za najbolji originalni scenario i nagradu Cesar za najbolji strani film. Bergman je ovo delo režirao u izuzetno kratkom vremenskom periodu, i ono je ujedno i poslednje njegovo filmsko ostvarenje, koje je adaptirano i u pozorišno delo. Glavne ženske uloge tumače Ingrid Bergman i Liv Ullmann, pri čemu je ovo bio poslednji film Ingrid Bergman.

Bergmanov interes za pozorište i film započeo je u njegovom detinjstvu, kada je istraživao svet kroz igre i maštu. Odrastao je u strogoj porodici, gde su očeve kazne i stroga pravila ostavili dubok uticaj na njegov umetnički izraz. Ovaj film je posebno značajan jer istražuje duboku psihološku dinamiku u porodičnom miljeu, što je često bio predmet Bergmanove pažnje.

Sinopsis filma prikazuje život Eve, na prvi pogled zadovoljne žene pastora iz seoske Norveške, koja poziva svoju majku Šarlotu, svetski poznatu pijanistkinju, u posetu. Eva se nada pomirenju nakon dugih godina razmimoilaženja. Međutim, umesto pomirenja, Eva optužuje majku da je napustila njenu porodicu dok je svirala po koncertima, lišavajući je majčinske ljubavi.

Tematska razmatranja

Film istražuje složene porodične odnose i emocije koje su iz njih proizašle, koristeći minimalistički pristup i fokus na dijalogu kako bi se naglasio emocionalni izraz.

Uvod i prvi susret

Uvodna scena filma započinje naracijom Viktora, emotivnog partnera Eve, koji objašnjava okolnosti njihovog upoznavanja i odluku da započnu zajednički život u malom mestu. Scena takođe uključuje simboliku klavira, koja se pojavljuje kao ključni element u filmu (muzika za majku i ćerku predstavlja i zajedničku strast, ali i jaz). Pismo koje Eva piše majci je ispunjeno saosećanjem zbog smrti majčinog partnera i poziva je u posetu. Šarlota dolazi ranije nego što je planirano, što ukazuje na njen neizrečeni interes za susret sa ćerkom. Prvi susret majke i ćerke je ispunjen formalnim ljubaznostima, ali uskoro se otvaraju stari konflikti.

Razotkrivanje prošlosti kao korena konflikta

Šarlota Andergast, pijanistkinja sa izuzetnom karijerom, pokazuje da su visoki dometi njenog profesionalnog života uzeli danak njenom privatnom životu. Tokom detinjstva, Eva je često doživljavala tugu zbog majčinih odlaza i kasnih povrata, što je ostavilo dubok emotivni trag.

Tokom susreta, majka i ćerka otkrivaju kompleksnost svojih osećanja. Eva, koja je izgubila sina Erika i sada brine o sestri Heleni sa teškom neurološkom bolešću, oseća duboku povređenost i ljutnju zbog majčinog odsustva. Tragično izgubljenu ulogu majke Eva pokušava da nadomesti brigom o sestri. Šarlota, sa svoje strane, pokušava da kompenzuje svoje emocionalno zanemarivanje materijalnim poklonima, što je znak njene nesposobnosti da pruži autentičnu emotivnu brigu.

Kroz film se prikazuje kontrast između Šarlotine emocionalne hladnoće i Evinih težnji da razjasni i razume njihovu prošlost. Ova napetost se posebno ogleda u sceni gde majka i ćerka zajedno sviraju klavir, ali i kroz različite odevne detalje i stavove. Eva se oseća inferiorno pred majkom i prepoznaje majčinu maestralnu izvedbu i komentare na račun Evine izvedbe kao pokazatelj svoje vlastite nesposobnosti.

Pred kulminaciju filma, Šarlota se suočava sa vlastitom grižom savesti i osećajem neispunjenosti. Njena noćna mora, u kojoj je prikazana scena gušenja jastukom, simbolizuje njen strah od suočavanja sa stvarnim emotivnim teretom. Ovo se odražava u njenom pokušaju da pomiri svoje greške sa Evom, dok u isto vreme beži od stvarnih odgovornosti prema Heleni. Helena se ne pojavljuje često u filmu, ali njeno prisustvo je osetno.

Kulminacija sukoba i introspekcija

Film kulminira otvorenim sukobom između Šarlote i Eve. Eva optužuje majku za emocionalno napuštanje i zanemarivanje tokom detinjstva, što uzrokuje ogorčenje i osećaj praznine, uprkos prividnoj fasadi stabilnosti. Šarlota priznaje svoje neuspehe kao majka, trudi se da izrazi iskreno kajanje koje oseća, ali njeno kajanje je paušalno, definisano sopstvenim emotivnim limitacijama. Sopstven emotivni hendikep objašnjava iskustvom sopstvenog detinjstva, gde njene emocije takođe nisu bile dovoljno prepoznate i validirane. Šarlota u svojoj nemoći često opravdava svoje postupke ili odbacuje krivicu, što još više otežava datu situaciju. Posledično, njihov dijalog je promenljivog tona, te nakon kratkih intervala naizgled mirnog razgovora, isti ubrzo dobija zaokret ostrim konfrontacijama koje otkrivaju njihove potisnute emocije.

Jedna od najupečatljivijih scena filma uključuje i jednu od retkih pojavljivanja mlađe ćerke Helene, koja paralelno sa majčinim odlaskom plače za njom, puže po podu dozivajući je (kao malo dete), ali Šarlotina reakcija izostaje. Ona se na ćerkin plač i ne osvrće, naprotiv, Šarlota se ponaša „kao da je ne čuje”. Takvo njeno ponašanje jasno ilustruje dinamiku zanemarujuće majke.

Film se završava otvorenim pitanjem o mogućem pomirenju između Šarlote i Eve. Eva piše pismo majci pomirljivijim tonom, što sugerise da je želja o zbližavanju i dalje prisutna, ali put ka pomirenju je dug. Na kraju, film ostavlja pitanje da li će Šarlota zaista pročitati pismo, simbolizujući neizvesnost u njihovom odnosu.

Tematska Analiza

Porodične Relacije: Kao što je prethodno rečeno, u središtu filma je istraživanje odnosa između majke i kćerke, koji je reperkusija transgeneracijskog modela vaspitanja. Film detaljno prikazuje kako nedostatak ljubavi i pažnje može oblikovati odnose i uticati na mentalno zdravlje.

Krivica i Oproštaj: Krivica je značajna tema u filmu. Šarlota delom oseća krivicu zbog svoje nemogućnosti da u potpunosti razume posledice koje je odnos sa Evom ostavio na nju. Interesantno je da taj isti osećaj krivice nije izražen kada je odnos sa drugom ćerkom u pitanju, ona za Šarlotu i dalje predstavlja balast i emotivni teret sa kojim ne može i ne želi da se nosi.

Kreativnost i Samoizražavanje: Šarlota kao umetnica objedinjuje besprekornu muzičku veštinu, a muzika joj olakšava da se emocionalno izrazi; to je jasan kontrast u odnosu na emocionalnu nedostatnost vezano za porodicu. Film istražuje kako umetnost može postati beg od stvarnosti i unutrašnjih problema.

Simbolika filma

Jesen: Kao godišnje doba, jesen simbolizuje fazu života koja je puna promene, introspekcije i smirivanja. Poput jesenjeg lišća koje opada, odnosi između likova su podložni razaranju, ali i mogućnosti transformacije i rasta.

Sonata – ilustruje promene emocionalnog tona: Bergman je izabrao Šopenovo delo čija su osobenost jaki disonantni prelazi, grubi tonovi, koji povremeno unose nemir i tenziju, u skladu sa prikazanim odnosom majke i ćerke.

Klavir: Majčina veština sviranja klavira odražava njenu kontrolu i disciplinu, ali i njeno emocionalno odvajanje. Za ćerku, muzika je i poveznica i jaz između nje i majke.

Simbolika imena: Imena oslikavaju svojevrsan paradoks – Šarlota simbolizuje slobodu koja je samo prividna, Eva označava stabilnost, koja je takođe prividna (kontekst imena se dovodi i sa konceptom biblijske Eve, naglašava njenu majčinsku stranu), dok Helena, čije ime znači „lepota i svetlost”, predstavlja tamnu stranu i grižu savesti Šarlote. Viktorovo ime označava pobjedu, ali film preispituje koliko je ta pobjeda stvarna s obzirom na sve što su on i Eva prošli.

„Jesenja sonata” je moćan film koji duboko istražuje ljudsku prirodu i složenost porodičnih odnosa. Bergman koristi svoje izuzetne režiserske veštine i sjajne performanse glumaca kako bi stvorio delo koje je i emotivno i intelektualno izazovno. Kroz svoje istraživanje krivice, ljubavi, i kreativnosti, film ostavlja dugotrajan utisak i pruža uvid u univerzalne aspekte ljudskog postojanja.

Dr Doris ELENA HERRERA, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Dr Doris ELENA HERRERA, MD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: herrera.doriselena@gmail.com

DISKUSIJA NA FILM „STJUART: ŽIVOT UNATRAŠKE” („STUART: A LIFE BACKWARDS”)

Milica Vlaisavljević¹, Ilija Božić¹, Marija Lero¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Film „Stjuart: Život unatraške” je britanski film baziran po istoime-nom romanu Aleksandra Mastersa. Film prati neobično prijateljstvo između beskućnika Stjuarta Šortera i pisca Aleksandra Mastersa, koje su izvanredno dočarali Tom Hardi i Benedikt Kamberbač.

Jedna od zanimljivih karakteristika ovog filma je njegova nelinearna struktura. Priča se razvija unazad, počevši od Stjuartovog odraslog doba obe-leženog psihičkim problemima, zloupotrebom supstanci i konfliktima sa za-konom, i postepeno se vraća u prošlost, sve do njegovog detinjstva. Kroz ovaj retrospektivni pristup, dobijamo uvid u događaje i okolnosti koje su oblikovale Stjuartov život. Ovaj pristup omogućava dublje razumevanje kako je „običan” dečak postao osoba kakva je Stjuart postao.

Film nas sve vreme vodi kroz „nefiltrirane” prikaze društvenih problema. Ovi prikazi čine film važnom socijalnom pričom koja skreće pažnju na beskućništvo, mentalne bolesti i sistemske propuste. Prikaz Stjuartovog lika je izuzetno intrigantan jer pokazuje dve strane njegove ličnosti. Sa jedne, tu je njegova haotičnost, agresivnost i mračni način života koji izazivaju uznemire-nost i tugu. Sa druge strane, Stjuart je prikazan kao osetljiv, saosećajan, inteli-gentan i duhovit, što se posebno vidi u njegovom odnosu sa Aleksandrom.

Film otvara brojna pitanja o kompleksnosti ljudske prirode, različitosti i složenosti života. Prikazuje kako porodična dinamika i traume iz detinjstva mogu uticati na razvoj osobe.

Stjuartov rani život bio je obeležen zlostavljanjem, zanemarivanjem i porodičnom nestabilnošću. Kroz ovaj prikaz možemo sagledati kako su ovi faktori doprineli njegovim kasnijim emocionalnim i bihevioralnim problemima. Sigmund Frojd je bio jedan od prvih koji je tvrdio da detinjstvo igra ključnu ulogu u daljem razvoju čoveka. Njegova teorija da je „dete otac čoveka“ naglašava važnost ranih iskustava u formiranju ličnosti i postupaka u odraslom dobu. Burni adolescentni period Stjuarta prikazuje njegovu borbu sa maladaptivnim mehanizmima suočavanja i emocionalne regulacije. Delikvencija, upotreba supstanci i samodestruktivno ponašanje postavili su temelj za njegove kasnije bitke sa zavisnošću. Ovo ponašanje može se razumeti kao njegov način probijanja kroz svet koji mu nije pružio adekvatnu podršku. Pitanje koje se nameće je: „Šta je ubilo dečaka kakav je Stjuart bio?“ On je dečak koji je zlostavljan od strane svog brata u najranijim godinama detinjstva, odrasli su u „istim“ uslovima, ali nisu bili „isti“. Šta je to doprinelo da jedan ugrožava drugoga? Da li su to faktori okruženja ili sama priroda čoveka? Stjuart je postao reaktivna žrtva da bi sačuvao sebe, i samim tim postao predmet odbacivanja od strane drugih. Da li je Stjuartov put mogao da se nasluti? Da li je njegov stil života bio njegov izbor ili posledica životnih okolnosti i sistema koji je izneverio Stjuarta? Da li je Stjuart kriv za to što je postao, odnosno da li je imao potencijala da bude drugačiji?

Film podstiče na razmišljanje o društvenoj odgovornosti prema marginalizovanim grupama i pojedincima. Ovo pokreće pitanja vezana za društvo i ulogu svih nas u njemu. Kolika je moralna odgovornost ostalih likova u filmu, ali i celokupnog društva? Osvetljavajući društvene stavove prema beskućništvu i mentalnim bolestima, film podstiče na razmišljanje o odgovornosti svakog pojedinca prema marginalizovanim društvenim grupama ili pojedincima, čije odrastanje je često bilo obeleženo ranim deprivacijama, kao i na dublje razumevanje složenosti ljudske patnje i potencijala za izlečenje i oporavak. Da li društvo kreira ovakve pojedince, pa ih potom odbacuje i stigmatizuje? Koliko smo puta prošli pored ljudi kao što je Stjuart? Pored ljudi koji nisu dobili pravo da ostvare svoje potencijale ni da se integrišu u društvo. Ovo nije fikcija. Ovo je prikaz stvarne osobe koja stoji iza beskućnika koje vidamo svaki dan i možda skrećemo poglede od njih. Stjuartova biografija je priča koja vredi biti ispričana, ostavljajući prostora da se zapitamo i izvučemo poruke šta mi kao društvo možemo učiniti.

Kroz prikaz trauma iz Stjuartovog detinjstva i uslova odrastanja, film ukazuje na nedostatak multisektorske saradnje između porodice, socijalne zaštite, obrazovnog i zakonodavnog sistema. Ovo je jasna kritika sistema koji je zakazao u pružanju podrške onima kojima je to najpotrebnije.

Stjuartova priča takođe govori o terapijskoj vrednosti prijateljskih odnosa, empatije i slušanja. Prijateljski odnos između Stjuarta i Aleksandra ima ključnu ulogu kao terapijski faktor. Kroz ovaj odnos, Stjuart izgrađuje poverenje, dobija podršku i prihvatanje, kao i bolje razumevanje sebe. Ovo podstiče na refleksiju o sopstvenim postupcima, osećanjima i motivima.

Film „Stjuart: Život unutraške” je duboko emotivna i kompleksna priča koja podstiče na razmišljanje o ljudskoj prirodi, društvenim problemima i odgovornosti. Kroz prikaz Stjuartovog života, film nas podseća na važnost empatije, podrške i razumevanja, te nas izaziva da preispitamo svoju ulogu u društvu i kako možemo pomoći onima kojima je pomoć najpotrebnija.

Dr Milica VLAIŠAVLJEVIĆ, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Milica VLAIŠAVLJEVIĆ, MD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: milicavlaisavljevic@imh.org.rs

DISKUSIJA NA FILM „DUHOVI OSTRVA” (THE BANSHEES OF INISHERIN)

Tea Trajkovski¹, Mihailo Ilić¹

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

„The Banshees of Inisherin” je film irskog scenariste i režisera Martin McDonagh-a koji je prikazan 2022. godine. Naizgled ovaj film prikazuje jednostavnu priču o prekidu jednog dugogodišnjeg prijateljstva, a u stvari je kompleksna i višeslojna priča koja se bavi egzistencijalnim, socijalnim, kulturološkim i individualnim pitanjima. Prelepi pejzaži spokojne prirode, tradicionalna muzika, oštromno briljantni dijalozi, morbidni humor, bogata simbolika i značaj konteksta u kom se film odigrava su obogatili kompleksan splet emocija koji se javio na kraju filma.

Radnja filma se odvija na malom ostrvu (Inisherin) koji se nalazi blizu glavnog kopna u zapadnom delu Irske, tokom 1923. godine i smeštena je u pozadini Irskog građanskog rata, za koji se čini da ne dotiče previše stanovnike ovog ostrva. Glavni likovi su dvojica prijatelja (Kolm i Padrik) koji provode svako popodne zajedno u lokalnom pabu ispijajući piva. Kolm je stariji od Padrika, živi sam, obrazovan je i voli umetnost, uživa svirajući violinu. Padrik je mlađi, živi sa sestrom koja brine o njemu, posvećen je životinjama i ima jednostavan pogled na svet. Film prikazuje još nekoliko značajnih likova koji donose dodatne slojeve i bogastvo u ovu priču:

Padrikova sestra Šivon koja je zaljubljena u knjige, zrela i produhovljena žena, ali ekstremno usamljena, stalno je u konfliktu sama sa sobom jer žudi da

napusti ostrvo, ali istovremeno oseća dužnost prema bratu pa ostaje zarobljena u osećanju krivice; Dominik, naizgled praznoglav ali vrlo ranjiv i iskren momak koji živi sa ocem policajcem zlostavljačem, gospođa Makormik koja predstavlja duha („*banshee*”) prema irskoj tradiciji i svojim prisustvom najavljuje tragične događaje na ostrvu, odnosno smrt. Pored individualnih razlika likova socijalni život na ostrvu je generalno jednoličan, statičan i nesadržajan, bez mnogo dodira sa svetom oko sebe.

Zaplet filma i posledična tragedija počinje kada Kolm naglo odluči da prekine svoje prijateljstvo sa Padrikom bez ikakvog objašnjenja. Odjednom Kolm postaje nezadovoljan njihovim danima provedenim u besmislenim razgovorima o svakodnevnim stvarima. Poželeo je nešto više od toga, kao čovek koji je ušao u pozno doba života okupiran osećajem prolaznosti i razmišljanjima šta će ostati posle njega kada ga ne bude bilo. Kako se bliži neizbežnoj smrti usled svojih godina, oseća pritisak da stvori nešto veličanstveno i da iskoristi to relativno malo vremena koje mu je ostalo te se posvećuje sviranju violine i komponovanju melodija po kojima se nada da će ostati zapamćen umesto provođenja vremena sa dosadnim i neinspirativnim prijateljem. Sa druge strane, Padrik pati i oseća bol, ne može ni da pojmi zbog čega je prijateljstvo prekinuto i šta je to što pokreće njegovog doskorašnjeg prijatelja, zbog čega konstantno usiljeno pokušava da vrati njihov odnos na statičan i prijatan kakav je navikao. U daljem toku prećutno nerazumevanje prijatelja prelazi u radikalan i brutalan prikaz prekida prijateljstva koji na kraju dostiže razmere tragedije.

Zapitali smo se zašto je došlo do prekida prijateljstva? Diskutovali smo o likovima sa psihološkog aspekta kako bi smo došli do ovog odgovora.

Kolm ispoljava neke od karakteristika narcizma jer svojom inteligencijom, obrazovanjem i produhovljenošću spolja deluje superiorno u odnosu na svoje okruženje, ali se istovremeno oseća očajnim. Intelktualni kapaciteti mu daju mogućnost da bude svestan stvarnosti – on nije veliki kompozitor već usamljeni stari čovek na zabačenom ostrvu koji po svemu sudeći neće biti zapamćen. Kolm se oseća neuspešno, ali i nesrećno. Takođe je ljut na sebe što je protraćio život na besmislene razgovore sa dosadnim prijateljem, pa svoju ljutnju projektuje na Padrika koji postaje odgovoran za njegov neuspeh. Tada ga radikalno isključuje iz odnosa kako bi se posvetio komponovanju, ali nakon prve komponovane melodije i prividnog smanjenja straha od prolaznosti, bizarnom samosabotažom – odsecanjem prstiju je istovremeno odsekao mogućnost spoznaje sopstvene prosečnosti. Time je uradio jedino što mu je preostalo kako bi sačuvao svoju fantaziju nesuđenog virtuoza koji je kroz svoja dela večno živ. Zamislili smo se koliko je u duboka u nama egzistencijalna težnja da na neki način prevaziđemo svoju konačnost i pobedimo smrt i da li je to put do večne sreće?

Padrik, „dobrica koja ne misli”, kome je najveća vrednost dobrota i koji je vaspitan da bude fin i da ne osuđuje, oseća se povređeno i zbunjeno iznenadnim prekidom prijateljstva. Negira realnost i na detinjast način se buni

protiv toga. Pomalo podseća na odnos deteta i oca prema reakcijama i emocijama koje Padrik ispoljava, a ne samo na odnos prijatelja. Jer Padriku je bitna konstantna prisutnost koja označava bliskost, a nju dobija od sestre koja mu je kao majka, od svojih životinja i do tada od Kolma koji mu je kao otac. Radikalni potezi od strane Kolma postaju surova realnost za Padrika kada izgubi svoje najbliže. Odlazak sestre, nesrećna smrt magarca i gubitak prijateljstva katalizuju pored patnje i bola, ogromnu ljutnju u Padriku koja će oslikati neizbežnost ljudskog sukoba. Pitanje je da li su Padrik i Kolm ikada bili prijatelji, jer se čini kao da fundamentalnog razumevanja između njih nikada nije bilo. Međutim, to nas dalje podstiče da mislimo da li je intimno razumevanje preduslov za autentično prijateljstvo, ili je suština prijateljstva u razumevanju bezuslovnog nerazumevanja, tog jaza između sebe i drugoga, kao osnovnog elementa ljudskog odnosa koja ne ugrožava, već oplemenjuje našu težnju ka bliskosti sa drugim.

Ipak, lično spasenje postaje važnije od zajedničke sreće, koliko god ona bila prolazna u beskraju vremena, te na kraju Padrik i Kolm postaju večiti neprijatelji umesto večiti prijatelji koji se bore sukobom i uništenjem drugog protiv bola i sopstvenog uništenja. Da li je nerazumevanje među ljudima glavni pokretač ratova, ili je to ipak ljudska priroda koja se bori protiv bola i kroz rat daje smisao neprežaljenim tragedijama? Ili možda jedno podstiče i zavisi od drugog?

Obradili smo još jedan motiv koji je rezonirao sa nama u filmu, a to je univerzalna borba između snova i dužnosti. Lik Padrikove sestre, Šivon, prikazuje konstantnu tenziju koja se javlja usled ove borbe. Socijalni i moralni pritisci inicijalno dominiraju i sputavaju je da bude to što želi, međutim, to je samo opravdanje. U dubini, nju muči ista bolest kao i ostale glavne likove. Trenutak susreta sa Kolmom, u kojem je on za nju poput unutrašnjeg ogledala, budi u njoj odlučnost da mesto komforu i strahu od neuspeha preda promeni, i svim rizicima što idu uz nju. Čini nešto što niko drugi ne sme, postaje hrabra. Šivon i pored brige za brata napušta ostrvo i kreće u potragu za svojim snovima. Da li smo mi spremni da prihvatimo ko smo, da nismo tako veličanstveni, već prosečni kao i mnogi drugi? Zašto nas to sprečava da budemo zadovoljni sobom?

Pored brojnih pitanja, film nam je pokazao da možemo da saosećamo sa svakim od navedenih likova, da možemo da razumemo njihove psihološke pozicije, njihovu perspektivu i razmišljanja, što sve zajedno predstavlja put ka razumevanju onoga čime se bavimo, a to su ljudi.

Dr Tea TRAJKOVSKI, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Tea TRAJKOVSKI, MD, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: trajkovskitea@gmail.com

UPUTSTVA SARADNICIMA

PSIHIJARIJA DANAS je zvanični časopis Udruženja psihijata 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 sarađuju kako bi se rad povukao ili ispravio.

Prateće pismo/fajl

- U pratećem pismu, glavni autor treba da potvrdi da **studija nije ranije objavljivana** i da dostavljeni rad nije na razmatranju za objavljivanje na nekom drugom mestu. Takođe je potrebno dostaviti kopije svih dozvola za: reprodukovanje prethodno objavljenog materijala, upotrebu ilustracija i objavljivanje informacija o pozna-

¹ Plagijat obuhvata sledeće:

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

tim ljudima ili imenovanje ljudi koji su doprine-
li izradi rada.

- **Autorstvo.** Uz rad prihvaćen za štampu koji je autorizovan treba poslati i popunjen formular o potvrdi autorstva. Svaki autor treba da je učes-
tvovalao 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 kri-
tičkoj reviziji od znatnog intelektualnog znača-
ja, završnom doterivanju verzije rukopisa koji
se priprema za štampanje. Autori treba da prilo-
že opis doprinosa pojedinačno za svakog koau-
tora. Svi drugi koji su doprineli izradi rada, a
koji nisu autori rukopisa, trebalo bi da budu na-
vedeni u Zahvalnici s opisom njihovog rada, uz
pisani pristanak.
- **Izjava o sukobu interesa.** Uz rukopis se
prilaže potpisana izjava kojom se autori izjaš-
njavaju 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 sprovede-
na u skladu sa etičkim standardima Komiteta
za eksperimente na ljudima ili sa Helsinškom
deklaracijom. Obavezna je i **saglasnost na-
dležnog etičkog komiteta**. Ne iznositi imena,
inicijale ili bolničke brojeve ispitanika, naro-
čito ukoliko je materijal ilustrovan. Primeri e-
tičkog odobrenja:
 - Sve sprovedene procedure u studijama ko-
je uključuju ljude bile su u skladu sa insti-
tucionalnim i/ili etičkim standardima na-
cionalnog istraživačkog odbora i u skladu
sa Helsinškom deklaracijom iz 1964. go-
dine i njenim kasnijim amandmanima ili
sličnim etičkim standardima. / *Izjava o
dobrobiti ljudi*
 - Za ovu vrstu studija formalna saglasnost
nije potrebna. / *Retrospektivne studije*
 - Ovaj članak ne sadrži nikakve studije sa
ljudskim učesnicima ili životinjama koje
obavljaju bilo koju od autora. / *Izjava ako
članak ne sadrži studije sa ljudima ili ži-
votinjama*

Recenzija

Dostavljeni radovi (osim uvodnika i radova po
pozivu) prihvataju se za objavljivanje nakon dvos-
truke, anonimne stručne recenzije. Izbor recenzena-
ta spada u diskreciona prava urednika. Recenzenti
moraju da raspolažu 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 sla- nja rukopisa.

Primerbe i sugestije recenzenata
dostavljaju se autoru na korekciju.

Nakon ispravki autora, rad se ponovo šalje recen-
zentima 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 poslani 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 zadovo-
ljava 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 profesio-
nalnih 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 vođenim 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 elektronskih knjiga), i u štampanoj formi za korisnike, bilo putem interneta, onlajn servisa, ili internih ili eksternih mreža.

Slanje rukopisa

Rukopis rada i svi prilozi uz rad dostavljaju se na e-mail: ivana.gavrilovic@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 Jednoobraznim 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.

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

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 Hispanic Americans [dissertation].

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.

Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

- 5) Neobjavljen materijal (u štampi): Tian D, Araki H, Stahl E, Bergelson J, Kreitman M. Signature of balancing selection in *Arabidopsis*. *Proc Natl Acad Sci U S A*. Forthcoming 2002.
- 6) Članak iz časopisa u elektronskom obliku: Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>.

Vlasnik i izdavač – Owner & Publisher

INSTITUT ZA MENTALNO ZDRAVLJE

11000 Beograd, Milana Kašanina 3

Tel/Faks: 011 3238 160

e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs

www.imh.org.rs

Direktor – Director

Prof. dr Milica Pejović Milovančević

Štampa – Print

DOSIJE, Beograd

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

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

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

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

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

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

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

Authors are required to abide by ethical standards relating to scientific research; therefore contributions must not include any plagiarism. **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 commas);
- 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: ivana.gavrilovic@imh.org.rs.

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

Manuscript preparation

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

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

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

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

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

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

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

Footnotes are not allowed in articles.

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

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

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

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

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

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

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

Examples:

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

PRETPLATITE SE NA
PSIHIJATRIJU DANAS Vol. 56/2024 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 2024. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Milana Kašanina 3, 11 000 Beograd.

✂
.....

SUBSCRIBE TO
PSYCHIATRY TODAY Vol. 56/2024 (2 issues) ISSN-0350-2358

Subscription rates

- ☐ Individual 60 USD
☐ Institutional 120 USD

Name

Address

Postal code/City/Country

Return coupon to:

Institute of Mental Health, Milana Kasanina 3, 11000 Belgrade, Serbia.



CIP – Каталогизација у публикацији
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
Milana Kašanina 3, 11000 Beograd, Srbija
Tel. 3238 160
e-mail: institutzamentalnozdravlje@imh.org.rs

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