

UDK 616.89

ISSN-0350-2538

PSIHIJARIJA DANAS

INSTITUT
ZA MENTALNO ZDRAVLJE

PSYCHIATRY
TODAY

INSTITUTE
OF MENTAL HEALTH

PSIHIJAT. DAN.
2013/XLV/2/125-216/BEOGRAD

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

PSIHIJARIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara
Srbije*

Izdaje

INSTITUT ZA MENTALNO
ZDRAVLJE, Beograd

Glavni i odgovorni urednik

Dušica LEČIĆ-TOŠEVSKI

Pomoćnici urednika

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

PSYCHIATRY TODAY

Official Journal of the Serbian
Psychiatric Association

Published by

INSTITUTE OF MENTAL HEALTH,
Belgrade

Editor-in-Chief

Dusica LECIC-TOSEVSKI

Assistant Editors

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

Redakcioni kolegijum - Editorial Board

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

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

e-mail: imz@imh.org.rs

Website: www.imh.org.rs

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 45	BEOGRAD	BROJ 2, 2013
-----------	---------	--------------

SADRŽAJ**ISTRAŽIVAČKI RADOVI**

Stigma prema mentalnoj bolesti među opštom populacijom i zdravstvenim radnicima
službe porodične medicine

/J. Niškanović, S. Šiljak..... 125

Kako deca razmišljaju o zlostavljanju i zanemarivanju

/T. Minčić, M. Aleksić, M. Kalanj, D. Kalanj, J. Radosavljev-Kirćanski, O. Vidojević,
S. Stojanović, M. Pejović-Milovančević..... 139

OPŠTI RADOVI

Stresori u radnoj okolini – zbog čega su oni značajni za neuropsihijatriju?

/Č. Savić, K. Belkić..... 151

Postmoderna i psihijatrija – prolegomena

/A. Damjanović, A. Damjanović, M. Pantović, B. Dunjić Kostić, M. Ivković 163

PREGLEDNI RADOVI

Kultura u teoriji Lava Semjonoviča Vigotskog

/J. Mirić..... 177

Klinička validnost četvrtog izdanja Vekslerove skale inteligencije za decu

/T. Matić, O Branković..... 189

PRIKAZ SLUČAJA

Acting out u adolescenciji – od izazova do komorbiditeta

/Z. Bradić, S. Jahović 197

Obaveštenja

Archives of Psychiatry and Psychotherapy..... 205

Kalendar kongresa..... 207

Uputstva saradnicima 213

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 45	BELGRADE	NUMBER 2, 2013
---------	----------	----------------

CONTENTS**RESEARCH ARTICLES**

Stigma toward people with mental disorders among general population and health professionals of family medicine

/J. Niskanovic, S. Siljak..... 125

What children think about abuse and neglect

/T. Mincic, M. Aleksic, M. Kalanj, D. Kalanj, J. Radosavljev-Kircanski, O. Vidojevic, S. Stojanovic, M. Pejovic-Milovancevic..... 139

GENERAL ARTICLES

Workplace stressors – Why are they relevant for neuropsychiatry?

/C. Savic, K. Belkic..... 151

Postmodern and psychiatry – prolegomena

/A. Damjanovic, A. Damjanovic, M. Pantovic, B. Dunjic Kostic, M. Ivkovic 163

REVIEW ARTICLES

Culture in theory of Lev Semenovich Vygotsky

/J. Miric..... 177

Clinical validity of Wechler Intelligence Scale for children – the fourth edition

/T. Matic, O Brankovic..... 189

CASE REPORT

Acting out in adolescence – from challenge to comorbidity

/Z. Bradic, S. Jahovic 197

Announcements

Archives of Psychiatry and Psychotherapy..... 205

List of congresses..... 207

Instruction to contributors 215

STIGMA PREMA MENTALNOM POREMEĆAJU MEĐU OPŠTOM POPULACIJOM I ZDRAVSTVENIM RADNICIMA SLUŽBE PORODIČNE MEDICINE

Jelena Niškanović, Slađana Šiljak

Javna zdravstvena ustanova Institut za javno zdravstvo,
Banja Luka, Republika Srpska

Apstrakt: Osobe oboljele od mentalnih poremećaja se suočavaju sa brojnim izazovima i ograničenjima uslovljenim stereotipima i predrasudama vezanim za mentalni poremećaj. Istraživanjem smo željeli utvrditi stav prema mentalno oboljelim osobama među opštom populacijom i zdravstvenim radnicima službe porodične medicine te ispitati stav u pogledu traženja zdravstvene zaštite u oblasti mentalnog zdravlja. Stručnu pomoć u slučaju mentalnih poteškoća bi potražilo 93.4% pripadnika opšte populacije i 96.1% zdravstvenih radnika. Među pripadnicima opšte populacije koji ne bi potražili stručnu pomoć u slučaju mentalnih poteškoća (6.6%), kao vodeći razlog se ističe strah da će zdravstveni radnici pričati o njegovom/njenom stanju drugim ljudima (43.3%), kao i stav da se čovjek sam treba izboriti sa svojim problemima tj. da je stručna pomoć potrebna samo slabijima (36.4%). Među obuhvaćenom populacijom dominira pozitivan stav prema mentalno oboljelim osobama, koji je izraženiji među zdravstvenim radnicima u poređenju sa opštom populacijom ($F=33.137$, $p<0,01$). Utvrđeno je da opšta populacija sa većim stepenom stručne spremne ima pozitivniji stav prema osobama sa mentalnim poremećajima u poređenju sa onima sa nižim stepenom stručne spremne ($F=6.071$, $p<0,05$), kao i da je stav prema osobama sa mentalnim poremećajima pozitivniji među opštom populacijom koja poznaje osobu sa mentalnim poremećajem ($t=5.428$, $p<0,01$). Suštinski, viši nivo znanja je povezan sa pozitivnijim stavom prema mentalno oboljelim licima, uz određene razlike u intenzitetu među zdravstvenim radnicima. Navedeni rezultati predstavljaju bitne smjernice za razvoj programa usmjerenih ka smanjenju stigme prema mentalnim poremećajima. Kombinacija edukacije i kontrolisanog, smislenog kontakta sa predstavnicima korisničkih udruženja u oblasti mentalnog zdravlja predstavlja pravac u kojem je potrebno djelovati kako bismo povećali svijest o značaju mentalnog zdravlja i poboljšali život osoba sa mentalnim poremećajima.

Ključne riječi: stigma, mentalni poremećaj, opšta populacija, zdravstveni radnici

Uvod

Osobe oboljele od mentalnih poremećaja se suočavaju sa višestrukim životnim izazovima. Sa jedne strane, doživljavaju poteškoće uslijed simptoma i ograničenja uzrokovanih bolešću, a sa druge strane se suočavaju sa stereotipima i predrasudama u vezi mentalnog poremećaja [1].

Stigma predstavlja negativno obilježavanje i marginalizovanje osoba koje su predmet stigme, a koja ujedno predstavlja oznaku srama ili degradacije. Gofman [2] definiše stigmu kao oznaku koja razlikuje grupu ili osobu od drugih na diskreditujući način. Nadalje, Gofman ističe da je stigma socijalni konstrukt te da predstavlja pridavanje određenih karakteristika pojedincima ili grupama ljudi, tako da varira u zavisnosti od podneblja, vremenskog konteksta i drugih okolnosti [3]. Stigma može da se ispolji na društvenom i ličnom planu, tačnije, opšta stigma se odnosi na reakciju javnosti na mentalni poremećaj, dok samo-stigma predstavlja predrasude koje osobe sa mentalnim poremećajem usvajaju prema samima sebi [1].

Park i Hastie [4]. navode da se stigma prema mentalnom poremećaju usvaja putem direktnog iskustva i "socijalnim prenosom" prethodno formiranih stereotipa [1,4].

Stereotipi usvojeni putem direktne interakcije sa predstavnicima navedene socijalne grupe su često ograničeni nepotpunim iskustvom, dok doživljaj mentalno oboljelih osoba kao nekompetentnih i radno nepodobnih odražava međugrupnu dinamiku, tj. relativni status kao potencijalni faktor razvoja negativnih stereotipa [5,6]. Sa druge strane, socijalno prenesena stigma se zasniva na usvajanju predstava/stereotipa na osnovu postojećeg iskustva i stavova socijalnog okruženja [4]. Bitan faktor u razvoju stereotipa i predrasuda imaju mediji tj. sredstva javnog informisanja kao što su radio, novine i televizija, a koji kroz proces socijalizacije razvijaju određene predrasude i šire nekonzistentne informacije o mentalnom poremećaju. Dok stigma predstavlja stav, diskriminacija se može pojaviti u obliku akcija, načina tretiranja, ponašanja, kao i politika usmjerenih na pravljenje razlika među članovima društva (strukturna stigma), što dovodi do povrede osnovnih ljudskih prava kod stigmatizovanih osoba. Socijalno isključenost označava da je osoba spriječena da uzme učešće u uobičajenim aktivnostima u obimu koji bi željela, kao i svi drugi ljudi. Stigma, diskriminacija i socijalna isključenost su povezan proces i ne mogu se lako razdvojiti [4].

Odnos koji okruženje može imati prema osobama sa mentalnim poremećajima često proizlazi iz perspektive straha i predrasuda. Opšta populacija zaključuje o mentalnom poremećaju na osnovu oznaka, psihijatrijskih simptoma, smanjenih socijalnih vještina i fizičkog izgleda [4]. Modifikovana teorija etiketiranja ističe da ljudi tokom procesa socijalizacije usvajaju određene stereotipe o mentalnom poremećaju te razvijaju očekivanja da će većina ljudi izbjegavati osobe sa mentalnim poremećajem kao radnog saradnika, prijatelja, komšiju i sl. [7]. Navedena uvjerenja imaju veliki uticaj na osobe koje osjećaju mentalne poteškoće ili razvijaju mentalni poremećaj

jer je očekivanje diskriminacije i odbacivanja za osobu vrlo značajno [7]. Strah od mogućeg odbacivanja uslijed mentalnih poteškoća može po osobu imati niz negativnih efekata prevashodno zbog negiranja i odlaganja potrebe da potraži stručnu pomoć u oblasti mentalnog zdravlja.

Istraživanja potvrđuju da je opšta percepcija mentalnih poremećaja i oboljelih od mentalnih poremećaja prilično negativna u Sjedinjenim Američkim Državama i zemljama zapadne Evrope [1]. Nekoliko studija je pokazalo da stereotipi i predrasude prema mentalnim poremećajima utiču na pronalazak i očuvanje posla, kao i iznajmljivanje stana [8,9].

Negativni uticaj stigme je detektovan i u zdravstvenom sistemu, za osobe označene kao mentalno bolesne zdravstvena zaštita je manje dostupna u poređenju sa ostalim ljudima koje nisu mentalno bolesni [8]. Takođe, utvrđeno je da doktori zanemaruju somatske probleme pacijenata sa mentalnim poremećajima pripisujući ih halucinatornim fenomenima ili hipohondrijskim idejama [10].

Razmatrajući značaj stigme i njene socijalne implikacije na kvalitet života osoba koje imaju mentalni poremećaj, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske i Javna zdravstvena ustanova (JZU) Institut za javno zdravstvo Republike Srpske su proveli istraživanje sa ciljem utvrđivanja zastupljenosti stigme u našem okruženju, kako među opštom populacijom, tako i među zdravstvenim radnicima u Službi porodične medicine domova zdravlja obuhvaćenih istraživanjem. U tu svrhu prikupljeni su podaci koji se odnose na stav prema traženju zdravstvene zaštite u oblasti mentalnog zdravlja, poznavanje osnovnih činjenica o mentalnom zdravlju, kao i podaci koji se odnose na stav prema mentalno oboljelim osobama.

Utvrđivanjem karakteristika socijalnih grupa opšte populacije koje imaju najnegativniji stav prema mentalno oboljelim osobama odredili bismo smjernice za razvoj anti-stigma kampanje. S druge strane, utvrđivanje karakteristike stava i uvid u znanje koje posjeduju radnici službi porodične medicine će omogućiti sagledavanje kapaciteta i mogućnosti blagovremene detekcije i prevencije mentalnih poremećaja na nivou primarne zdravstvene zaštite koja predstavlja ulaz svakog pojedinca u zdravstveni sistem.

Metod

Istraživanjem je provedeno po tipu studije presjeka u Banja Luci, Doboju i Bijeljini tokom aprila i maja mjeseca 2012. godine od strane JZU Instituta za javno zdravstvo i terenskih timova imenovanih ispred domova zdravlja obuhvaćenih istraživanjem.

Uzorak

Ciljnu populaciju istraživanja su činili zdravstveni radnici, doktori medicine i zdravstveni tehničari, u Službi porodične medicine domova zdravlja i opšta populacija, tačnije, osobe starije od 18 godina. Riječ je o kvotnom izboru uzorka kojim je obuhvaćeno 1017 ispitanika, 286 zdravstvenih

radnika i 731 opšte populacije starije od 18 godina. U svakoj kvoti istraživanja obuhvaćen je podjednak broj pripadnika opšte populacija, tačnije, u Banja Luci je ispitano 240, u Bijeljini 246 i Doboju 245 osoba starijih od 18 godina. Proporcionalno veličini domova zdravlja obuhvaćenih istraživanjem u Banja Luci je ispitano 147, u Bijeljini 40 i Doboju 41 zdravstveni radnik službe porodične medicine. Prosječna starost svih ispitanika je 38.68 (± 11.01) godina, najmlađi ispitanik je imao 18, a najstariji 68 godina. Među opštom populacijom prosječna starost ispitanika je 37.74 (± 11.37) godina, 41.89 (± 10.50) godine među zdravstvenim tehničarima, a 39.90 (± 9.13) među doktorima medicine. Sveukupno, istraživanjem je obuhvaćeno 63.8% žena i 36.2% muškaraca. Na nivou opšte populacije obuhvaćen je podjednak broj muškaraca (45.5%) i žena (54.5%), dok je među populacijom zdravstvenih radnika obuhvaćeno više osoba ženskog (87.4%) nego muškog (12.6%) pola. Prema nivou obrazovanja, najveći procenat opšte populacije ima srednju stručnu spremu (71%), 19.8% višu/visoku stručnu spremu dok 9.3% ima nezavršenu/završenu osnovnu školu. Srednjoškolsko obrazovanje je steklo 78.9% zdravstvenih tehničara, a 21.1% višu/visoku stručnu spremu. Svi doktori porodične medicine, u skladu sa profesionalnim pozivom, imaju visoku stručnu spremu.

Instrumenti

U istraživanju je primjenjen strukturirani upitnik koji se sastojao iz nekoliko cjelina, prvi dio su činila pitanja o socio-demografskim karakteristikama, navikama i stavovima u pogledu traženja zdravstvene zaštite u oblasti mentalnog zdravlja, dok se drugi dio upitnika sastojao od standardizovanih skala.

Skala za mjerenje znanja o mentalnim poremećajima je konstruisana po ugledu na prethodna istraživanja [11] i sastoji se od 9 tvrdnji koje se odnose na pravila dobre prakse i preporuke Svjetske zdravstvene organizacije u oblasti mentalnog zdravlja. Na svakoj od tvrdnji ispitanik je odgovarao tačno/netačno/ne znam. Bodovanjem i sumiranjem tačnih odgovora dobijena je vrijednost na skali znanja, veća vrijednost ukazuje na veće poznavanje činjenica u oblasti mentalnog zdravlja i obratno.

Stavovi zajednice prema mentalnim poremećajima (Community Attitudes Toward the Mental Illness; CAMI; Taylor & Dear, 1981) se sastoji od 40 pitanja. Na svakoj od navedenih pitanja ispitanici su vršili procjenu na Likertovoj skali (1 - potpuno se ne slaže do 5 - potpuno se slaže). Prvobitnim radom na skali autori su utvrdili četiri faktora tj. pitanja su grupisana u 4 podskale koje mjere [12]: Autoritarnost, Benevolentnost, Restriktivnost, Ideologiju mentalnog zdravlja u zajednici. Veći sumarni skor na skalama benevolentnosti i ideologije mentalnog zdravlja u zajednici, kao i niži skorovi na skali autoritarnosti i socijalne restriktivnosti upućuju na zastupljenost pozitivnih stavova prema mentalnom poremećaju [13]. Primjenjena u ovom istraživanju cjelokupna skala je pokazala zadovoljavajući nivo pouzdanosti (Cronbach's Alpha - 0,734) te ćemo u

rezultatima predstaviti vrijednost skale u cjelini [12]. Veći skor ukazuje na pozitivniji stav prema osobama sa mentalnim poremećajem i obratno.

Statistička analiza

Obrada izvršena putem statističkog programa SPSS 16.0 (*Statistical Package for Social Science*). Prilikom obrade podataka korištena je deskriptivna statistika i statistika zaključivanja (hi-kvadrat, t-test, ANOVA).

Rezultati

Stručnu pomoć u slučaju mentalnih poteškoća bi potražilo 93.4% pripadnika opšte populacije i 96.1% zdravstvenih radnika. Među pripadnicima opšte populacije koji ne bi potražili stručnu pomoć u slučaju mentalnih poteškoća (6.6%), kao vodeći razlog se ističe strah da će zdravstveni radnici pričati o njegovom/njenom stanju drugim ljudima (43.3%), kao i stav da se čovjek sam treba izboriti sa svojim problemima tj. da je stručna pomoć potrebna samo slabićima (36.4%), a 17,8% smatra da im u zdravstvenoj ustanovi ne može niko pomoći. Više informacija u oblasti mentalnog zdravlja bi željelo dobiti 91.8% zdravstvenih tehničara, 90.4% doktora medicine i 88.8% opšte populacije.

U pogledu poznavanja osnovnih činjenica u oblasti mentalnog zdravlja, među opštom populacijom 2.5% ne poznaje pravilno niti jednu činjenicu o mentalnom zdravlju. Među zdravstvenim radnicima 15% doktora tačno navodi sve činjenice u oblasti mentalnog zdravlja, dok to čini svega 0,6% zdravstvenih tehničara. U donjoj tabeli prikazani su pravilni odgovori na tvrdnje u oblasti mentalnog zdravlja prema ciljnim populacijama istraživanja (Tabela 1).

Tabela 1. Pravilno identifikovanje osnovnih činjenica u oblasti mentalnog zdravlja¹

Tvrdnje	Opšta populacija	Zdravstveni tehničar	Doktor medicine
Poremećaji ishrane (anorexia nervosa, bulimia nervosa) su mentalni poremećaji (tačno)	62.2%	81.3%	92.2%
Psihijatrijski poremećaji se mogu liječiti kao i sve druge medicinske bolesti (tačno)	77.3%	86.3%	89.3%
Mentalno zdravlje je samo odsustvo mentalnog poremećaja (netačno)	27.2%	49.4%	77.1%
Tokom psihoterapije klijenti uglavnom leže na kauču i govore prvo što im padne na pamet (netačno)	36.8%	55.6%	75.0%
Djeca ne mogu oboljeti od anksioznosti i depresije (netačno)	55.0%	76.8%	85.7%
Stres može uzrokovati druge bolesti kao što su rak, visok pritisak, mentalne poremećaje (tačno)	87.0%	96.4%	98.2%
Osobe koje su se oporavile od mentalnih poremećaja nisu sposobne da se vrate na posao (netačno)	59.7%	84.6%	95.6%
Osobe oboljele od šizofrenije imaju „podvojenju /dvostruku ličnost“ (netačno)	13.9%	9.5%	36.0%
Psihijatrijski lijekovi tokom liječenja stvaraju zavisnost (netačno)	19.4%	20.1%	56.8%

¹ U tabeli su navedeni pravilni odgovori naznačeni u zagradi

Skala stavova zajednice prema osobama sa mentalnim poremećajima je korištena kako bi se utvrdili stavovi prema osobama oboljelim od mentalnih poremećaja. Na nivou svih ispitanih populacija prosječne vrijednosti na skali autoritarnosti (25.58 ± 5.15) i socijalne restriktivnosti (25.54 ± 6.40) su niže, a benevolentnosti (38.75 ± 5.97) i ideologije mentalnog zdravlja u zajednici (34.60 ± 6.13) više što upućuju na prevladavanje pozitivnog stava prema osobama sa mentalnim poremećajima. Prilikom povezivanja socio-demografskih karakteristika sa stavom prema mentalno oboljelim korištena je sumarna vrijednost na CAMI skali (veća vrijednost upućuje na pozitivniji stav i obratno).

Primjenom univarijantne analize varijanse (ANOVA) utvrđena je statistički značajna razlika u postignuću na skali stava prema mentalno oboljelim licima ($F=33.137$, $p<0.01$) među ciljnim populacijama istraživanja (opšta populacija, zdravstveni tehničari i doktori medicine). Primjenom LSD post hoc testa utvrđena je međugrupna razlika, tačnije, statistički značajno veći nivo postignuća na skali stava prema mentalno oboljelim licima je prisutan kod doktora medicine u poređenju sa opštom populacijom i zdravstvenim tehničarima ($p<0.01$), kao i među zdravstvenim tehničarima u poređenju sa opštom populacijom ($p<0.05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Prosječna vrijednost na skali stava zajednice prema mentalno oboljelim licima među ciljnim populacijama istraživanja

Ciljna populacija istraživanja	N	AS (SD)	
Opšta populacija	731	139.93(17.73)	
Zdravstveni tehničari	171	143.76(18.55)	$F=33.137$, $p<0.01$
Doktor medicine	115	154.54(19.55)	

Među pripadnicima opšte populacije različitog stepena obrazovanja utvrđena je statistički značajna razlika u postignuću na skali stava ($F=6.071$, $p<0.05$) prema osobama sa mentalnim poremećajem, tačnije, pozitivniji stav je značajno više izražena među osobama sa visokom/višom stručnom spremom u poređenju sa onima koju su završili srednju tj. osnovnu školu ($p<0.05$), takođe, osobe koje imaju srednju stručnu spremu postižu veću vrijednost na skali stava prema mentalno oboljelim licima u poređenju sa osobama bez škole/sa osnovnom školom ($p<0.05$) (Tabela 3).

U donjoj tabeli je prikazana i prosječna vrijednost na skali stava zajednice prema mentalno oboljelim među opštom populacijom koja (ne)poznaje osobu sa mentalnim poremećajem. Prosječne vrijednosti na skali ($t=5.428$, $p<0.01$) je veća, tj. pozitivniji stav je izražen među osobama koje

poznaju nekoga ko je imao ili ima mentalni poremećaj u poređenju sa opštom populacijom koja ne poznaje osobu sa mentalnim poremećajem (Tabela 3).

Tabela 3. Prosječna vrijednost na skali stava zajednice prema mentalno oboljelim licima među opštom populacijom prema stepenu stručne sprema i (ne)poznavanja osobe sa mentalnim poremećajem

Opšta populacija	N	AS(SD)	
Stepen stručne sprema:			
NSS	67	134.09(15.21)	F=6.071, p<0,05
SSS	513	139.86(17.64)	
VSS	143	143.18(18.89)	
Da li poznaje osobu sa mentalnim poremećajem:			
Da	488	142.30(17.48)	t=5.428, p<0,01
Ne	161	133.73(16.99)	

Kako bi se utvrdio odnos između poznavanja osnovnih činjenica o mentalnom zdravlju i stava prema mentalno oboljelim osobama primjenjen je linearni koeficijent korelacije kojim je utvrđena niska i statistički značajna povezanost između poznavanja osnovnih činjenica o mentalnom zdravlju i postignuća na skali stava zajednice prema licima oboljelim od mentalnog poremećaja među ciljnim populacijama istraživanja. Suštinski, veći nivo znanja je povezan sa pozitivnijim stavom prema mentalno oboljelim licima, uz određene razlike u intenzitetu među zdravstvenim radnicima (Tabela 4).

Tabela 4. Koeficijent linearne korelacije između izmjerenih vrijednosti na skala stava prema mentalno oboljelim i skali poznavanja osnovnih činjenica o mentalnom zdravlju

Ciljna populacija:	Opšta populacija	Zdravstveni tehničari	Doktori medicine
r	.287**	.374**	.295**
N	731	169	113

**p<0.01

Diskusija

Promocija zdravih stilova života i zdravstvena edukacija čine osnovu za unapređenje javnog zdravlja putem aktivnog učešća različitih aktera i ciljnih grupa. Sveobuhvatno djelovanje treba da budu usmjerene ka poboljšanju sredinskih determinanti zdravlja, uključujući znanja i vještine koje ljudima mogu pomoću u unapređenju mentalnog zdravlja i životnih uslova koji utiču na zdravlje. Aktivan rad na blagovremenoj detekciji mentalnih poremećaja može doprinijeti njihovom smanjenju te pozitivno uticati na redukciju rizičnih stilova ponašanja kao što je pušenje, alkoholizam, seksualno rizično

ponašanje i sl. Značajnu ulogu u aktivnoj promociji mentalnog zdravlja čine zdravstveni profesionalci i programi edukacije u oblasti mentalnog zdravlja [14]. Kako je veliki procenat ciljne populacije (opšta populacija i zdravstveni radnici) spreman tražiti stručnu pomoć u slučaju mentalnih poteškoća navedeni rezultati usmjeravaju pažnju na potrebu razvoja i implementacije edukativnih programa sa ciljem informisanja javnosti o značaju očuvanja mentalnog zdravlja i blagovremenom traženju zdravstvene zaštite.

S obzirom da je jedan od glavnih razloga izbjegavanja zdravstvene zaštite u oblasti mentalnog zdravlja strah od razotkrivanja identiteta i stav da se čovjek sam treba izboriti sa problemima, možemo zaključiti da je u djelu opšte populacije prisutna percepcija da su osobe sa mentalnim poremećajem odgovorne za svoje stanje i da treba da imaju kontrolu nad svojom bolešću [1]. Usvojeno očekivanje odbacivanja i diskriminacije osoba sa mentalnim poremećajima [7] dovode do razvijanja straha od negativnog etiketiranja. Strah da ćemo biti odbačeni i percipirani kao nekompetentni i manje sposobni dovodi do potiskivanja potrebe za stručnom pomoći i stava da se sami trebamo izboriti sa mentalnim poteškoćama.

Veći nivo znanja je povezan sa pozitivnijim stavom i manjom distancom prema mentalno oboljelim i ukazuje na potrebu informisanja javnosti o mentalnom zdravlju i mentalnim poremećajima kako bi se umanjila stigma i distanca prema osobama sa mentalnim poremećajem. Penn i Couture [15] navode da su osobe koje imaju veći nivo znanja u oblasti mentalnog zdravlja manje sklone stigmatizovanju mentalno oboljelih osoba, a što je potvrđeno i našim istraživanjem. Da je značaj edukacije bitan u pogledu razvijanja pozitivnog stava upućuje i rezultata koji govori o pozitivnijem stavu prema mentalno oboljelim osobama među opštom populacijom koja ima viši nivo stručne spreme.

Nedovoljno znanje u oblasti mentalnog zdravlja koje je prisutno među zdravstvenim radnicima, pogotovo zdravstvenim tehničarima, usmjerava pažnju na mogućnosti i kapacitete zdravstvenih radnika da blagovremeno prepoznaju i usmjere osobu sa simptomima psihičkih poteškoća ka drugim dijelovima zdravstvene zaštite. Prema strategiji razvoja primarne zdravstvene zaštite u Republici Srpskoj za period od 2006-2010. [16] služba porodične medicine predstavlja ulaz pojedinca u zdravstveni sistem, ali se bitan dio njenog rada zasniva na prevenciji, blagovremenoj detekciji i usmjeravanju pojedinca ka relevantnim dijelovima zdravstvene zaštite kao što je Centar za mentalno zdravlje koji predstavlja organizacionu jedinicu doma zdravlja. Aktivan rad timova porodične medicine se upravo ogleda u prevenciji masovnih nezazravnih bolesti među kojima mentalni poremećaji (npr. depresija) čine vodeći zdravstveni problem [17]. Edukacija timova porodične medicine u području mentalnog zdravlja čini bitan i nezaobilazan dio sistematskih programa koji bi radili na smanjenju stigme i diskriminacije mentalno oboljelih osoba s obzirom da porodična medicina čini bitnu sponu za povezivanje sa drugim dijelovima zdravstvenog sistema i šireg rada sa opštom populacijom

kroz planski usmjerene preventivne programe. U izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije i Svjetske organizacije doktora porodične medicine pod nazivom *Integracija mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu: globalna perspektiva*, definisano je deset principa koji čine osnovu za uspješnu integraciju mentalnog zdravlja u primarnu zdravstvenu zaštitu. Jedan od značajnih preduslova čini edukacija profesionalaca na primarnom nivou zdravstvene zaštite u cilju razvoja potrebnih vještina i uvođenja periodične stručne supervizije. Uspješna realizacija intervencija u oblasti mentalnog zdravlja na nivou primarne zdravstvene zaštite poboljšaće zdravlje osoba sa mentalnim poremećajem te unaprijediti mentalno zdravlje stanovništva [18].

S druge strane, otvara se pitanje da li je edukacija opšte populacije efikasna u pogledu smanjenja stigme prema mentalnom poremećaju, pogotovo u poređenju sa kontaktom sa mentalno oboljelim osobama [1]. Rezultati istraživanja ukazuju da je stav prema mentalno oboljelim pozitivniji među grupom opšte populacije koja poznaje osobu sa mentalnim poremećajima. S druge strane, pozitivniji stav prema mentalno oboljelim osobama među zdravstvenim radnicima se može objasniti njihovim svakodnevnim kontaktom sa mentalno oboljelim i karakteristikama pomagačke struke. Penn i Couture [15] navode da kontakt sa mentalno oboljelim osobama omogućava proces rekategorizacije tj. sagledavanje pripadnika "druge" grupe kao sličnih "našoj" grupi [15,19]. Istovremeno, kontrolisan i održavan kontakt može dovesti do promjene u atribuciji mentalnog poremećaja kao stanja koje osoba može i treba kontrolisati. Pomjeranjem atribucije mentalnog poremećaja sa kontrolisanog ka nekontrolisanom stanju, prema istoimenim autorima, omogućava promjenu emocionalnog reagovanja prema mentalno oboljelim osobama od ljutnje do empatije. Nažalost, navedeni teorijski konstrukti nisu empirijski potvrđeni te ostavljaju nedoumice u pogledu odabira efikasne strategije za smanjenje stigme prema mentalnom poremećaju.

Zaključak

I pored brojnih podataka i smjernica dobijenih sprovedenim istraživanjem ostaje otvoreno pitanje problematike mjerenja socijalnih stavova, tačnije, u kojem obimu su dobijeni rezultati odraz svjesnog i namjernog ispoljavanja socijalno poželjnog stava prema mentalno oboljelim osobama. Stiče se utisak da je objektivniji uvid u karakteristike stava moguće dokučiti putem opservacije direktnog, neverbalnog ponašanja osoba u kontaktu sa mentalno oboljelim. Suptilnije forme upitnika samoprocjene, kao i razmatranje fizioloških pokazatelja i vremena reakcije otvara put ka zahtevnijem i sistematičnijem ispitivanju karakteristika stava u navedenoj oblasti.

Drugo pitanje koje se otvara u razmatranju potencijalnih ograničenja odnosa prema mentalno oboljelim, jeste način na koji ljudi shvataju pojam "mentalnog poremećaja". Mentalno oboljenje povezujemo sa nepredvidivošću, agresivnošću, zapuštenošću, tačnije, sa osobama koje boluju od hroničnih men-

talnih poremećaja. Tako razvijena etiketa mentalnog poremećaja je vezana za nepotpuno iskustvo i indirektni kontakt sa ljudima koji predstavljaju teže hronične slučajeve koji su često zanemareni od strane socijalnih i zdravstvenih ustanova. Na taj način, mentalni poremećaj poistovjećujemo sa teškim mentalnim stanjima i zanemarujemo širi pojam mentalnog zdravlja.

Značaj znanja u pogledu smanjenja stigme prema mentalnom poremećaju je prisutan u rezultatima istraživanja i upućuje na potrebu veće edukacije i senzitivizacije ne samo opšte populacije, nego i zdravstvenih radnika u području različitih aspekata mentalnog zdravlja. Kombinacija edukacije i kontrolisanog, smislenog kontakta sa predstavnicima korisničkih udruženja u oblasti mentalnog zdravlja predstavlja pravac u kojem je potrebno djelovati kako bismo povećali svijest o značaju mentalnog zdravlja i poboljšali život osoba sa mentalnim poremećajima.

STIGMA TOWARD PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS AMONG GENERAL POPULATION AND HEALTH PRO- FESSIONALS OF FAMILY MEDICINE

Jelena Niskanovic, Sladjana Siljak

Public Health Institute, Banja Luka, Republic of Srpska

Abstract: People with mental disorders are faced with many challenges and discrimination caused by stereotypes and prejudices associated with mental illness. Aim of research was to explore attitudes toward people with mental illness among general population and health care workers of Family Medicine and to examine the attitudes related to seeking health care in field of mental health. Professional help in case of mental problems would seek 93.4% of the general population and 96.1% of health workers. Among members of the general population who would not seek professional help in case of mental problems (6.6%), as a leading reason is pointed fear that health workers would talk about his / her condition to other people (43.3%), and opinion that people need to deal alone with mental health problems, i.e. that only the weakest people need professional help (36.4%). Positive attitude on mental illness is dominant among target populations, but positive attitude is higher among health professionals in comparison with general population ($F = 33.137$, $p < 0.01$). General population with higher level of education has a more positive attitudes towards people with mental illness compared with those with lower levels of education ($F = 6.071$, $p < 0.05$), also attitude toward people with mental disorders is positive among general population who knows a person with mental disorder ($t = 5.428$, $p < 0.01$). Basically, the higher level of knowledge in field of mental health is associated with more positive attitudes towards mental illness, with certain variations in intensity among health care workers. Results from this research are important guidelines for developing stigma reducing programs toward mental illness. A combination of education and controlled, meaningful contact with mentally ill persons is the direction for developing preventive programs in order to improve lives of people with mental disorders.

Keywords: *stigma, mental illness, general population, health workers*

Literatura

1. Corrigan P, Watson A. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *Forum-Stigma and mental illness. World Psychiatry*. 2002;1(1):16-20.
2. Milačić-Vidojević I, Dragojević N. Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. Specijalna edukacija i rehabilitacija (Beograd). 2011;10 (2):319-37.
3. Weinstein R. Stigma and Mental Illness: Theory Versus Reality. *Orthomolecular psychiatry*. 1982;11(2):87-99.
4. Corrigan P, Roe D, Tsang H. Challenging the stigma of mental illness: lessons for therapists and advocates. Oxford: John Wiley & Sons; 2011.
5. Bodenhausen G, Richeson J. *Advanced Social Psychology*. New York: Oxford University Press; 2010. p. 341-69.
6. Aronson E, Wilson DT, Akert RM. *Social Psychology*. Boston-Tokyo: Prentice Hall; 2010.
7. Link B, Phelan C. Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 2001;27:363-85.
8. Corrigan P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *Am Psychol*. 2004;59:614-25.
9. Božić A, Atanacković R, Tenjović L. Studija o prisutnosti stigme i diskriminacije prema duševno oboljelim licima. Banja Luka: UG Zajedno; 2011.
10. Pejović-Milovančević M, Lečić-Toševski D, Tenjović L, Draganić-Gajić S, Christodoulou G, Stepanović J. Stavovi specijalizirane psihijatrije prema mentalnim poremećajima. *Med Pregled*. 2007;7-8: 382-6.
11. Yeap R, Low WY. Mental health knowledge, attitude and help-seeking tendency: Malaysian context. *Singapore Med J*. 2009;50(12):1169-76.
12. Barney ST, Corser GC, White LH. Service-Learning with the Mentally Ill: Softening the Stigma. *Mich J Community Serv Learn*. 2010; 66-77.
13. Ukpong DI, Abasiubong F. Stigmatising attitudes towards the mentally ill: A survey in a Nigerian university teaching hospital. *SAJP*. 2010;16(2):56-60.
14. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence. Geneva: World Health Organization; 2005 [Pristupljeno 2013 Mart 6]. Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
15. Penn LD, Couture S. Strategies for reducing stigma toward persons with mental illness. *World Psychiatry*. 2002; 1(1): 20-1.
16. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Strategija primarne zdravstvene zaštite. Banja Luka: Ministarstvo; 2006 [Pristupljeno 2013 Mart 6]. Dostupno na:

http://www.vladars.net/Servisi_Gradjani_Dokumenti/Strategija%20primarne%20zdravstvene%20zastite.pdf

17. Hosman C, Jane-Llopis E, Saxena, S. Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options. Geneva: World Health Organization; 2004 [Pristupljeno 2013 Mart 6]. Dostupno na:
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
18. Funk M, Drew N, Saraceno B (eds). Mental Health and Development: Targeting People with Mental Health Conditions as a Vulnerable Group. Geneva: World Health Organization; 2010 [Pristupljeno 2013 Mart 6]. Dostupno na:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf
19. Lowder D. Examining the stigma of mental illness across the lifespan. Neobjavljeni master rad. Wilmington: University of North Carolina Wilmington; 2007.

Mr Jelena NIŠKANović, psiholog, Javna zdravstvena ustanova Institut za javno zdravstvo, Banja Luka, Republika Srpska

Mr Jelena NISKANOVIC, psychologist, Public Health Institute, Banja Luka, Republic of Srpska

E-mail: jelena.niskanovic@gmail.com

KAKO DECA RAZMIŠLJAJU O ZLOSTAVLJANJU I ZANEMARIVANJU*

**Teodora Minčić¹, Mina Aleksić², Marko Kalanj¹, Dušanka Kalanj¹,
Jelena Radosavljev-Kirćanski^{1,2}, Oliver Vidojević¹,
Snežana Stojanović¹, Milica Pejović-Milovančević^{1,3}**

¹Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

²Fakultet za medije i komunikacije, Univerzitet Singidunum

³Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Apstrakt: *Uvod:* U okviru preventivnih aktivnosti Kabineta za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu, osmišljen je plakat namenjen da bude izložen u čekaonicama Domova zdravlja na kojem su preko crteža prikazani različiti oblici zlostavljanja i zanemarivanja dece. Cilj je bio da se deca podstaknu da sa svojim izabranim lekarima, saradnicima ili drugim medicinskim osobljem razgovaraju o eventualnim lošim postupcima kojima su bili izloženi i time doprinese ranom otkrivanju ove pojave. *Metod:* Uzorak je obuhvatio 100 dece iz Beograda, uzrasta od 5 do 15 godina. Ispitivanje je obavljano individualno sa svakim detetom. Obučen psiholog prikazivao je deci crteže na kojima su prikazani različiti oblici zlostavljanja i zanemarivanja i tražio od njih da odgovore na pitanja šta crtež predstavlja i koju poruku šalje deci i roditeljima. Istraživanje je bilo kvalitativnog tipa, a kvantitativna obrada podataka urađena je prema kriterijumima da li deca prepoznaju zlostavljanje i koga za njega okrivljuju. *Rezultati:* Istraživanje je pokazalo da starija deca bolje prepoznaju zlostavljanje i zanemarivanje, kao i da neke oblike ovih pojava deca prepoznaju bolje nego druge. Deca u ovom uzorku pokazala su da odlično razumeju šta mogu biti posledice zlostavljanja, kako kratkoročne, tako i dugoročne. *Diskusija:* Na osnovu rezultata istraživanja ostvaren je postavljeni cilj provere adekvatnosti crteža, tako da su u skladu sa njima pojedine slike prepravljane ili zamenjene u finalnoj verziji postera. Najznačajnije implikacije ovog istraživanja odnose se na neophodnost da se svaka preventivna akcija vezana za prepoznavanje zlostavljanja fokusira na povećanje razumevanja da deca ne mogu biti kriva za zlostavljanje. Druga važna implikacija usmerava nas na potrebu da preventivne akcije treba nameniti mlađem uzrastu.

Ključne reči: Zlostavljanje, zanemarivanje, deca, prevencija

*Ovaj rad je deo Projekta „Primena Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite dece za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja“, u saradnji sa Ministarstvom zdravlja Republike Srbije, kancelarije UNICEF-a Srbije i Instituta za mentalno zdravlje

Uvod

Opšta definicija zlostavljanja i zanemarivanja usvojena od strane Svetske zdravstvene organizacije glasi: "Zloupotreba i zlostavljanje deteta obuhvataju sve oblike fizičkog i/ili emocionalnog zlostavljanja, seksualnu zloupotrebu, zanemarivanje ili nemaran postupak, kao i komercijalnu i drugu eksploataciju, koji dovode do stvarnog ili potencijalnog narušavanja zdravlja deteta, njegovog preživljavanja, razvoja ili dostojanstva, u okviru odnosa koji uključuju odgovornost, poverenje ili moć." [1]. Podaci ukazuju da usled zlostavljanja u Evropi godišnje umre 852 deteta starosti do 15 godina [2].

Uloga zdravstvenog sistema u zaštiti dece je da stvara okruženje u kojem svaki zdravstveni radnik odnosno saradnik, preko korisnika, dece i roditelja, kao i državnih organa preuzima deo odgovornosti kako bi se obezbedila sredina u kojoj je svako dete zaštićeno od zlostavljanja i zanemarivanja [1]. Posebnim protokolom sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, koji je usvojen 2010. godine, jasno se definišu uloge i odgovornosti zdravstvenih radnika i mehanizmi saradnje ustanova i institucija u različitim sektorima [3].

Projekat „Primena Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite dece za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja“

Od 2010. godine Ministarstvo zdravlja Republike Srbije u saradnji sa kancelarijom UNICEF-Srbija i Institutom za mentalno zdravlje sprovodi projekat „Primena Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite dece za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja“. Opšti ciljevi Projekta su da se doprinese osnaživanju bazičnih kapaciteta zaposlenih, odnosno da se obezbedi kvalitetniji stručni i operativni rad timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, kao i da se razvije i unapredi međusektorska saradnja na lokalnom nivou [1,4].

Jedna od aktivnosti u okviru Projekta odnosila se na rano prepoznavanje zlostavljanja i zanemarivanja, a jedna od preventivnih mera bila je kreiranje vizuelnog rešenja na kojem su prikazani različiti oblici zlostavljanja i zanemarivanja dece, sa idejom da se senzibiliju deca i njihove porodice čija bi se zaštita sprovodila kroz zdravstveni sektor. Osmišljeni plakat ima cilj da podseća zdravstvene radnike i saradnike da postupaju u skladu sa Posebnim protokolom, odnosno da zaštite najbolje interese dece i mladih. Predviđeno je da plakat bude postavljen na vidljivom mestu u čekaonicama zdravstvenih ustanova, kako bi deci olakšao prepoznavanje i prijavljivanje ovakvih situacija, a odraslima skrenuo pažnju na nedozvoljene postupke.

Slikovno prikazivanje izabrano je zbog toga što vodi stvaranju složenijih mentalnih predstava i olakšava razumevanje i upamćivanje sadržaja koji se prikazuje, budući da pruža i neke informacije koje nisu pružene u verbalnom opisu [5]. Na primer, prikaz emocionalne patnje deteta prevazilazi

okvire saopštenog u samom nazivu određenog vida zlostavljanja i omogućava deci da bolje razumeju ovu situaciju kao štetnu, što se posebno odnosi na mlađu decu koja ne umeju da čitaju [6].

Verujući da će pravo merilo upotrebljivosti crteža biti dečija procena, pripremili smo istraživanje sa namerom da proverimo adekvatnost i razumljivost slika onom delu populacije za čije potrebe je i kreiran ovaj vid preventivnog delovanja. Tokom probnog ispitivanja na malom uzorku dece pojavili su se zanimljivi trendovi vezani za prepoznavanje zlostavljanja i zanemarivanja na crtežima, kao i pripisivanje odgovornosti (krivice) za određene vrste neprihvatljivih ponašanja. Zbog toga je osmišljeno istraživanje kvalitativnog tipa na većem uzorku dece, prikazano u ovom radu, a kasnije su na osnovu rezultata istraživanja pojedini crteži prepravljani ili zamenjeni.

Metod

U istraživanju je korišćen prigodan uzorak. Ispitivanje je sprovedeno u Beogradu, u jednoj predškolskoj ustanovi i dve osnovne škole. Ispitano je 100 dece srednjeg uzrasta 9.62 (SD= 2.92) godine u rasponu od 5–15 godina, od čega 52 devojčice (52%) i 48 dečaka (48%). Za potrebe istraživanja i obradu dobijenih podataka uzorak je podeljen u dve grupe: mlađa deca (deca iz predškolskih ustanova i deca iz prva tri razreda osnovne škole) koja čine 60% celokupnog uzorka i starija deca (deca od četvrtog do osmog razreda osnovne škole) koja čine 40% celokupnog uzorka. Saglasnost za istraživanje dobijena je od strane Saveta roditelja predškolskih ustanova i osnovnih škola u kojima je istraživanje sprovedeno. Svako dete imalo je individualnu pisanu saglasnost roditelja kao i odluku Saveta škole da u istraživanju učestvuje. Svi odgovori bili su anonimni i čuvaju se kao poverljivi.

Ispitivanje je obavljano individualno sa svakim detetom. Obučen psiholog prikazivao je deci slike na kojima su nacrtani različiti oblici zlostavljanja i zanemarivanja i tražio od njih da odgovore na dva pitanja: “Šta slika predstavlja?”, odnosno “Koju poruku slika šalje deci i roditeljima?”, a za decu predškolskog uzrasta pitanje je preformulisano u “Šta slika hoće da kaže deci i roditeljima?” Dečiji odgovori su doslovno beleženi pri čemu je psiholog brižno pratio reakcije dece.

Za potrebe ispitivanja korišćeno je četrnaest slika na kojima su prikazani različiti oblici zlostavljanja (fizičko, svedočenje nasilju, emocionalno, ismevanje, seksualno) i zanemarivanja (osnovnih potreba za hranom i higijenom, potreba za interakcijom i igrom, potreba za zdravstvenom negom i edukativnih potreba).

Kako bi se pored kvalitativne obrade podataka omogućila i njihova kvantitativna analiza, odgovori dece na slike od strane nezavisnih ocenjivača svrstani su u dve kategorije: 1) kategorija “prepoznavanje nasilja” (1 - prepoznaje nasilje; 2 - ne prepoznaje); 2) kategorija “okrivljavanje za ponašanje” tj. pripisivanje odgovornosti (1 - okrivljuje roditelje ili odrasle; 2 -

okrivljuje decu; 3 - drugo; okrivljuje i roditelje i decu, okrivljavljuje državu i dr.) Kodirani odgovori uneti su i obrađeni u statističkom programu SPSS 20. Upotrebljeni su deskriptivna statistika i hi-kvadrat test nezavisnosti.

Rezultati

Rezultati su predstavljani prema vrstama zlostavljanja koje slika prikazuje.

Fizičko zlostavljanje

Većina dece prepoznala je da je reč o zlostavljanju (90 % mlađe dece i 100% starije dece), međutim 25% dece nije uvidelo (posebno mlađa deca) da slika prikazuje fizičko nasilje, već su je razumeli kao verbalno nasilje, čak su zanemarivali prut koji čovek drži u ruci (Slika 1.). Za situaciju zlostavljanja sa slike deca su češće okrivljavala roditelje (56.7% mlađe dece i 85% starije dece) nego što su deci pripisivala odgovornost za nasilno ponašanje roditelja (30% mlađe i 10% starije dece), mada su mlađa deca pokazala tendenciju da opravdavaju ponašanje roditelja (primer: "Kad je dečak bio bezobrazan onda tata može da ga bije") ili navodila (pretpostavljavala) konkretne prestupe koje je dete učinilo.



Slika 1. Fizičko zlostavljanje



Slika 2. Verbalno zlostavljanje

Verbalno zlostavljanje

Slika 2. koja prikazuje verbalno zlostavljanje (uz sliku koja govori o fizičkom zlostavljanju) je na prvom mestu po procentu dece koja su je prepoznala (91.7 % mlađe i 97.5 % starije dece), tako da se stiče utisak da je ovo vid zlostavljanja sa kojim mnoga deca imaju lično iskustvo. Za ovaj vid zlostavljanja 92.5 % starije i 70% mlađe dece okrivljavalo je roditelje, mada su mlađa deca često pronalazila konkretan razlog da je dete nešto uradilo, to jest „skrivilo“, a starija prepoznavala da povod za prikazano verbalno zlostavljanje često nije samo ponašanje deteta, već i lični problemi odrasle osobe.

Deca su spontano u svojim izjavama upozoravala da ovaj vid ponašanja do-
vodi do emocionalne patnje deteta.

Svedočenje porodičnom nasilju

Pokazana je statistički značajna razlika prepoznavanja nasilja u odnosu
na uzrast, pri čemu su starija deca bolje prepoznavala svedočenje nasilju kao
vid emocionalnog zlostavljanja dece ($\chi^2(1, N=100) = 6.03, p < 0.05$). Veliki broj
dece (70 % dece mlađeg i 92.5% dece starijeg uzrasta) prepoznao je smisao
slike 3. i potencirao emotivno stanje uplakanog deteta. U najvećem broju pre-
poznavali su krivicu roditelja za situaciju (70% mlađe i 92.5 % starije dece).



Slika 3. Svedočenje
porodičnom nasilju



Slika 4. Ismevanje
(omalovažavanje)



Slika 5. Ismevanje

Ismevanje, omalovažavanje

Veliki broj dece iz uzorka (93.3% mlađe i 95% starije dece) jasno je
prepoznao da je na slici 4. prikazano omalovažavanje, pokazujući pri tome
empatiju za dete. Deca su okrivljavala roditelje za situaciju na slici (90% mlađe
i 97.5% starije dece) naglašavajući negativan efekat ovakvog ponašanja na
detetova osećanja i postignuća kako kratkoročno, tako i dugoročno („Ona uliva
njemu nesigurnost i možda baš zbog te nesigurnosti on ne uspe”).

Više od polovine dece (61.7% mlađe i 62.5% starije) prepoznalo je da
prikazana odrasla osoba na slici broj 5. ismeva dete koje u igri isprobava
majčinu odeću. Zanimljivo je, međutim, da su deca često prepoznavala na
ovoj slici jednu drugu vrstu lošeg postupanja, koju istraživači nisu predvideli,
a to je neadekvatno oblačenje dece, neprimereno uzrastu, za koje su okrivlja-
vali odraslu osobu („Roditelji kroz svoju decu proživljavaju ono što nisu
mogli kad su mali”).

Iskorišćavanje

Veliki broj dece (87% dece iz uzorka) prepoznalo je na slici 6. ovu situaciju kao zlostavljanje, pri čemu je dobijena statistički značajna razlika u odnosu na uzrast, pa su starija deca u odnosu na mlađu bolje prepoznavala situaciju na slici kao zlostavljanje ($\chi^2(1, N=100)=5.04, p<0.05$). Većina dece ne beži od pomaganja u kući, ali preuveličana situacija na slici bila im je upadljiva („Dobro je da dete pomogne majci, ali ne toliko jer onda nema vremena za druge stvari kao što su učenje, igranje”) i za nju su okrivljavali roditelje (86.7 % mlađe i 97.5 % starije dece).

Zanemarivanje

Kada se radi o *izostanku adekvatnog nadzora nad decom*, veliki broj ispitane dece nije prepoznao ovu situaciju (69%) (slika 7.). Starija deca su u odnosu na mlađu statistički značajno češće prepoznavala ovaj vid nasilja, što je pokazano hi-kvadrat testom ($\chi^2(1, N=100) = 24.00, p<0.001$). Mlađa deca bila su sklonija okrivljavanju dece sa slike zbog lošeg ponašanja (68.3% dece), umesto prepoznavanja da odrasla osoba ima odgovornost da vrši nadzor nad dečijim aktivnostima, dok su starija deca češće okrivljavala roditelje (67.5 %). Nasuprot tome, veliki broj dece (77%) jasno je prepoznao situaciju *zanemarivanja detetovih razvojnih potreba* za društvom majke i zajedničkom igrom (slika 8.), pri čemu je utvrđeno da su starija deca statistički značajno više prepoznavala ovaj vid nasilja od mlađe dece ($\chi^2(1, N=100) = 5.20, p<0.05$). Za ovu situaciju 71.7% mlađe i 95% starije dece okrivljavalo je roditelje. Tako su nam deca jasno pokazala trend u savremenom društvu, da roditelji provode vreme za računarom (i zbog posla i zbog zabave), i spontano nam dala savete da roditelji treba bolje da rasporede svoje vreme (da koriste kompjuter kad dete spava ili je u školi). (“Neodgovorna je, ako je to majka, nezrelo se ponaša. Mislim da nije trebalo da rodi dete ako neće da vodi računa o njemu”) Ipak, deca su prepoznala i neophodnost da i sami pokažu strpljenje (“...a i deca kada vide da mama nešto radi mogu da sačekaju”).



Slika 6. Iskorišćavanje deteta



Slika 7. Zanemarivanje (ostavljanje dece bez nadzora)



Slika 8. Zanemarivanje (razvojnih potreba za kontaktom i igrom)

Kada je reč o *medicinskom zanemarivanju* (slika 9.) veliki broj ispitane dece (84 %) prepoznalo je zanemarivanje povređenog deteta, pri čemu su starija deca u odnosu na mlađu statički značajno više prepoznavala situaciju na slici kao vid zanemarivanja ($\chi^2(1, N=100) = 7.44, p<0.01$). Mada su za situaciju na slici deca često okrivljavala roditelje (86.7% mlađe i 97.5% starije dece), 8.3% mlađe dece odgovornost je pripisivalo detetu navodeći da se povredilo jer je bilo nepažljivo („Nije trebalo da se udari, mogao je da se igra u svojoj sobi, a ne da se poseče.”).

Sliku koja predstavlja *zanemarivanje osnovnih potreba za hranom i higijenom* (slika 10.) prepoznalo je samo 39% ispitane dece (starija deca su statistički značajno više prepoznavala u odnosu na mlađu decu ($\chi^2(1, N=100) = 4.20, p<0.05$)), kao da imaju teškoće da se identifikuju sa situacijom u kojoj nema hrane za dete. Često su deca (43.3% mlađe i 40% starije dece) pronalazila i okrivljavala spoljašnje uzroke za situaciju na slici (država, roditelji nemaju posao) i pokazivala ljutnju zbog toga.

Veoma mali broj dece iz mlađe grupe prepoznao je *edukativno zanemarivanje* prikazano slikom 11. (15%). Mada su starija deca u odnosu na mlađu, statistički značajno više prepoznavala situaciju sa slike kao vid zanemarivanja ($\chi^2(1, N=100) = 24.22, p<0.01$), čak i među njima 35% dece ipak to nije prepoznalo. Deci iz uzorka uopšte nije bila bliska mogućnost da ih neko sprečava da idu u školu, mlađa su čak doživljavala smisao slike kao da dete ne želi da ide, a odrasli ga prisiljava. Za situaciju na slici, deca su često okrivljavala roditelje (60% mlađe i 92.5% starije dece). Često su deca smisao slike videla u uskraćivanju mogućnosti druženja sa vršnjacima, čime su pokazala da shvataju jednu od važnih funkcija škole – socijalizaciju.



Slika 9. Medicinsko zanemarivanje



Slika 10. Zanemarivanje (potreba za hranom i higijenom)



Slika 11. Edukativno zanemarivanje

Seksualno zlostavljanje

Nijedno ispitano dete predškolskog i ranog školskog uzrasta (prva tri razreda) nije prepoznalo sliku 12. koja prikazuje primoravanje deteta da dodiruje odraslu osobu. Neretko su okrivljavali dete za situaciju na slici (40% mlađe dece). Prvo prepoznavanje ovog oblika nasilja javilo se kod dece četvrtog razreda. Manje od polovine starije dece (45%) prepoznalo je ovaj vid nasilja iako su često prepoznavali faktor prisile, da odrasli radi detetu nešto što ono ne želi, zbog čega su okrivljavali odrasle u 67.5% slučajeva. Oni koji su prepoznali šta se na slici dešava davali su snažne i jasne poruke („Da je tata previše odvratan prema detetu, da ne treba da ima decu ako o tome razmišlja. Najgora stvar koju roditelj može da uradi.”).

Takođe, mali broj mlađe dece (16.7%) prepoznao je *dodirivanje deteta* na slici 13., dok je kod starije dece prepoznavanje bilo češće (70%) uz okrivljavanje odraslog za situaciju na slici (80%).

Sliku 14. koja predstavlja izlaganje deteta pornografskim časopisima mlađa deca nisu prepoznavala tačno (njih 55% je prepoznalo), ali su često shvatala da ovde postoji faktor prinude, da odrasli tera dete na nešto što nije dobro, da izaziva neprijatnost u detetu (60% njih pripisalo je krivicu odrasloj osobi). Za razliku od mlađe dece, 90% dece starijeg uzrasta je prepoznalo ovaj vid zlostavljanja, okrivljujući odraslu osobu sa slike.

Hi kvadrat test je pokazao da su starija deca statistički značajno češće prepoznavala slike koje se odnose na seksualno zlostavljanje u odnosu na mlađu decu ($\chi^2(1, N=100) = 23.5$, $p < 0.001$; $\chi^2(1, N=100) = 26.75$, $p < 0.001$; $\chi^2(1, N=100) = 12.16$, $p < 0.001$).



Slika 12. Seksualno zlostavljanje



Slika 13. Seksualno zlostavljanje



Slika 14. Seksualno zlostavljanje (izlaganje pornografiji)

Diskusija

U okviru zdravstvene službe, zdravstveni radnici i saradnici imaju obavezu da u svoje godišnje planove uključe aktivnosti koje su vezane za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja, kao i da ukazuju na štetnost zlostavljanja i važnost nenasilne komunikacije s decom i mladima [7,8]. Kreirani plakat ima za cilj primarnu prevenciju i podrazumeva rad na sprečavanju nasilja u porodici i

društvu. Želja autora je bila da putem vizuelnog medija pošalje poruku da je zlostavljanje dece odgovornost svakog odraslog i problem čitave zajednice.

U istraživanju je pokazano da su deca najbolje prepoznavala verbalno i fizičko nasilje, ismevanje, iskorišćavanje dece, medicinsko zanemarivanje, zanemarivanje razvojnih potreba i nasilje među roditeljima [9]. Najviše teškoća imala su da prepoznaju seksualno zlostavljanje, neadekvatan nadzor, edukativno zanemarivanje i zanemarivanje osnovnih potreba. Može se razmatrati da li su navedeni oblici zlostavljanja koji se najbolje prepoznaju ujedno i oni koji im se najčešće dešavaju (vikanje na decu, manjak vremena koje roditelji posvećuju deci, bračne svađe). Isto tako, može se diskutovati da li su oblici koje su teško prepoznavali (situacija u kojima se dete ostavlja bez hrane ili nadzora) oni koji im se i retko dešavaju; odnosno da li u našoj kulturi danas osnov brige o deci predstavlja briga o ishrani, za razliku od negovanja samopouzdanja i zajedničke igre? Edukativno zanemarivanje u vidu sprečavanja školovanja, u ovom uzorku deca svakako ne doživljavaju, tako da rezultati mogu ukazivati i na problem dečijeg subjektivnog doživljaja škole, gde je za njih veća kazna ići u školu, nego ostati kod kuće.

Rezultate vezane za slabije prepoznavanje seksualnog zlostavljanja smatramo posebno važnim, s obzirom na to da su među odraslima, profesionalcima iz oblasti medicine, pa i psihijatrije još uvek prisutni snažni otpori i dileme da li je prigodno prikazivati deci slike takvog karaktera [10]. Pokazalo se da mlađa deca nisu znala o čemu se radi, dakle ako već nisu čula za mogućnost seksualnog zlostavljanja dece (ili ako ga nisu doživela) neće shvatiti o čemu se radi, te je otklonjena "opasnost" da bi plakati mogli negativno uticati na njihov psihoseksualni razvoj [11].

Deca iz uzorka stavila su nam do znanja da odlično razumeju šta mogu biti posledice zlostavljanja kako kratkoročne, tako i dugoročne, pa se njihovi spontani odgovori grupišu u sledeće kategorije: negativna osećanja, postaju loši ljudi, neverovanje u sebe, nesigurnost, problemi u učenju i ponašanju, stres, trauma, „uništavanje deteta“, nepoštovanje roditelja, ne rešava se problem. Posebno treba istaći da je primetno i to da su deca neretko anticipirala dobro poznatu pojavu transgeneracijskog prenošenja nasilja, čime su pokazala da prepoznaju da nasilje nad decom predstavlja rizik po dete da i ono samo postane nasilno [12,13].

Kada je reč o posledicama zlostavljanja, njih određuju razni kognitivni, temperamentalni i faktori ličnosti deteta koji utiču na samu interpretaciju događaja, međutim osećaj krivice i srama značajno doprinosi produbljivanju štetnih posledica [7,14]. U našem istraživanju pokazalo se da deca, a pogotovo mlađa, zaista često smatraju da su deca odgovorna, to jest kriva za loša postupanja odraslih [15].

Na osnovu rezultata istraživanja ostvaren je postavljeni cilj provere adekvatnosti crteža, te su u skladu sa njima pojedine slike prepravljane ili zamenjene u finalnoj verziji plakata. Radi boljeg prepoznavanja, na plakatu, pored svakog crteža, štampani tekst jasno imenuje vrstu nedozvoljenih post-

upaka prema deci. Pored ovih praktičnih efekata istraživanja, rezultati nas navode i na razmatranje kako deca doživljavaju situacije zlostavljanja i kako se prema njima odnose.

Plakat je zapravo produkt preventivnih aktivnosti čiji je opšti cilj da doprinese da se deca i mladi osećaju zaštićeno i sigurno u svom okruženju, da se razvijaju u zadovoljne i odgovorne ličnosti, da nauče da upravljaju svojim ponašanjem na konstruktivan način, da upravljaju sopstvenim osećanjima, da nauče da zaštite svoja prava i da poštuju prava i različitosti drugih. Cilj ovakve inicijative je da se doprinese i da odrasli preuzmu odgovornost za stvaranje podsticajnog okruženja za život i rad dece i mladih tako što će razvijati zdravu komunikaciju i zdrave odnose s drugima, poštujući prava i svoja i drugih, uvažavajući različitosti [16]. Uočena saznanja će im omogućiti rano otkrivanje zlostavljanja i zanemarivanja, kao i dobijanje praktičnih znanja i veština potrebnih za konstruktivno rešavanje kriznih situacija unutar porodica ili institucija gde deca borave.

Zaključak

Sistem zaštite deteta podrazumeva da je osnovno pravo svakog deteta njegova zaštita od svakog vida nasilja, imajući u vidu da nasilje nad decom ima negativne posledice na zdravlje i razvoj deteta i da su njegove posledice težak teret za porodicu i društvo. Zbog toga osnovni principi zaštite deteta podrazumevaju zaštitu deteta od daljeg zlostavljanja, rehabilitaciju deteta u slučaju zlostavljanja, neophodnost poštovanja principa najboljeg interesa deteta, pomoć roditeljima u razvijanju i unapređenju veština roditeljstva i participaciju deteta – učestvovanje deteta u donošenju odluka koje se na njega odnose.

Najznačajnije implikacije prikazanog istraživanja odnose se na neophodnost da se svaka preventivna akcija vezana za prepoznavanje zlostavljanja fokusira na povećanje razumevanja da deca ne mogu biti kriva za zlostavljanje. Druga važna implikacija usmerava nas na potrebu da preventivne akcije treba nameniti mlađem uzrastu [17]. Svojim doprinosom ovom istraživanju deca su još jednom podsetila zašto vredi ulagati svoje snage u rad na zaštiti od zlostavljanja i zanemarivanja.

Zbog svega rečenog, neophodna je edukacija roditelja i staratelja o zdravom razvoju dece i mladih, kao i o posledicama svakog oblika nasilja nad decom (i kratkoročnim i dugoročnim), ali i dodatna i kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika. Ovakva strategija obuhvata promenu svesti ljudi o "vrednosti" dece, ukazivanje da je fizičko kažnjavanje neadekvatna disciplinska mera i da može predstavljati nasilje nad decom, poboljšanje dostupnosti zdravstvenih službi deci i roditeljima, unapređenje saradnje između zdravstvenih ustanova i drugih relevantnih sektora i drugo.

Zahvalnica

Zahvaljujemo se renomiranom srpskom karikaturisti Nikoli Otašu, autoru crteža za izvanredan doprinos ovom radu.

WHAT CHILDREN THINK ABOUT ABUSE AND NEGLECT

Teodora Mincic², Mina Aleksic², Marko Kalanj¹, Dusanka Kalanj¹,
Jelena Radosavljev-Kircanski^{1,2}, Oliver Vidojevic¹,
Snežana Stojanovic¹, Milica Pejovic-Milovancevic^{1,3}

²Institute of Mental Health, Belgrade

²The Faculty of Media and Communications, Singidunum University,

³School of Medicine, University of Belgrade

Abstract: *Introduction:* One of the preventive actions of the Child Abuse and Neglect prevention team from The Institute for Mental Health in Belgrade was to create the poster for waiting rooms in health centers. This poster presents various forms of child abuse and neglect and was created to stimulate children to talk with the health center staff if they were exposed to inappropriate behavior of adults and to help with early detection of abuse and neglect. *Method:* Our sample consisted of 100 children from Belgrade, age 5 to 15. Trained psychologist worked individually with each child. The child was presented with pictures of various forms of abuse and neglect and asked what the picture represented and what the message the picture conveyed to children and their parents. This was the qualitative type of research, but quantitative analyses were also applied. In those analyses main criterion was based on recognition of abuse and of the person who was to be blamed for it. *Results:* The research shows that older children generally recognize abuse and neglect easier and also that some forms of this phenomenon they can recognize easier than the others. The children in our sample show that they really understand what the short-term and long-term consequences of abuse are. *Discussion:* Based on the results of the research, the main goal, testing of suitability of pictures for the poster, was achieved. This research shows the necessity that preventive actions in the field of abuse and neglect should be focused on the fact that children are never guilty for being abused. The other main conclusion is that preventive actions should be focused on younger children.

Key words: Abuse, neglect, children, prevention

* This work is part of the "Application of the Special Protocol Pertaining to the Protection of Children and their Health from Abuse and Neglect", in collaboration with the Ministry of Health of the Republic of Serbia, UNICEF-a Serbia and the Institute of Mental Health

Literatura

1. Pejović Milovančević M, Minčić T, Kalanj D. (urednici). Priručnik za primenu posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2012.
2. Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. Posebni protokol sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2009.
4. Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. (eds). European report on preventing child maltreatment. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2013.
5. Glenberg MA, Langston EW. Comprehension of illustrated text: Pictures help to build mental models. *J. Mem. Lang.* 1992;31(2):129-51.
6. Baumgartner T, Hensley L. Conducting and Reading Research in Health and human Performance. 4th ed. Boston: Mc Graw Hill; 2005.
7. Pejović Milovančević M, Ispanović-Radojković V, Vidojević O, Minčić T, Radosavljev J. Psihološke posledice zlostavljanja i zanemarivanja dece i adolescenata. *Psihijatrija danas* 2001;33(3-4):175-87.
8. Ispanović Radojković V (ur). Priručnik za primenu Opšteg protokola za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Beograd: Centar za prava deteta, UNICEF; 2006.
9. Kaufman J, Zigler E. The intergenerational transmission of child abuse. In: Cicchetti D, Carlson V (eds). *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* 1989: 129-50.
10. Kirankumar SV, Noorani H, Shivprakash PK, Sinha S. Medical professional perception, attitude, knowledge, and experience about child abuse and neglect in Bagalkot district of north Karnataka: a survey report. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2011;29(3):193-7.
11. Kelly JR, Wood JJ, Gonzales SL, MacDonald V, Waterman J. Effects of mother-son incest and positive perceptions of sexual abuse experiences on the psychosocial adjustment of clinical referred men. *Child Abuse Negl.* 2002;4:425-41.
12. Mitković M. Zlostavljanje u detinjstvu i adolescenciji kao faktor rizika za povećanu sklonost odrasle osobe ka zlostavljanju dece. Beograd: Uprava za rodnu ravnopravnost, Ministarstvo rada i socijalne politike Republike Srbije; 2010.
13. Chan YC, Lam GL, Shae WC. Children's views on child abuse and neglect: findings from an exploratory study with Chinese children in Hong Kong. *Child Abuse Negl* 2011;35(3):162-72.
14. Koso S. (i sar). Predstave i razmišljanja dece o zlostavljanju: kvalitativno istraživanje u sedam opština sa decom i mladima od 10 do 19 godina. Beograd: UNICEF; 2005.
15. Ungar M, Tutty LM, McConnell S, Barter K, Fairholm J. What Canadian youth tell us about disclosing abuse. *Child Abuse Negl.* 2009;33(10):699-708.
16. Pejović Milovančević M, Radosavljev Kirčanski J, Vidojević O, Kalanj D, Minčić T, Stojanović S, Vidosavljević M. The role of mental health service providers in protection from child and adolescent abuse nad neglect – a Serbian example. *Paediatrics Today.* 2013;9(1):72-77.
17. Holden GW, Brown AS, Baldwin AS, Croft Caderao K. Research findings can change attitudes about corporal punishment. *Child Abuse Negl.* In press 2013. Nov 16. pii: S0145-2134(13)00318-9. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.10.013.

Teodora MINIČIĆ, diplomirani psiholog, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Teodora MINCIC, psychologist, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: mincicteodora@hotmail.com

STRESORI U RADNOJ OKOLINI: ZBOG ČEGA SU ONI ZNAČAJNI ZA PSIHIJATRIJU?*

Čedo Savić¹, Karen Belkić^{2,3,4},

¹Poliklinička ambulanta „Grujić“, Banovci Dunav, Srbija

²Odeljenje za onkologiju-patologiju,
Karolinska Institut, Stockholm, Švedska

³Fakultet za globalno zdravlje,

Klarmont Univerzitet za post-diplomske studije, SAD

⁴Institut za unapređenje zdravlja i istraživanje u oblasti prevencije
oboljevanja, Medicinski fakultet Univerziteta Južne Kalifornije, SAD

Apstrakt: Veliki broj empirijskih podataka ukazuje na postojanje veze između izloženosti stresorima na radnom mestu i štetnih posledica po mentalno zdravlje. Neurofiziološki mehanizmi njihovog nastanka su dobro poznati. Smatra se da su poremećaji mentalnog zdravlja do kojih dolazi u radnoj okolini veliki problem javnog zdravlja koji pogađa milione ljudi po ceni ljudskih i ekonomskih posledica. Psihijatar neizbežno sreće veliki broj pacijenata čija je klinička slika u velikoj meri posledica uticaja uslova u radnoj okolini. Pošto je obrazovanje kliničkog psihijatra po pravilu lišeno proučavanja uticaja radne okoline, psihijatrima obično nedostaje potrebna stručnost za uspešno rešavanje zdravstvenih problema vezanih za radnu okolinu. Ovim radom, mi predstavljamo novu kliničku paradigmu koja povezuje psihijatriju i medicinu rada (*“occupational psychiatry”*) gde bi se specijalistima iz psihijatrije ponudila subspecijalizacija iz oblasti medicine rada i medicine stresa. Neki autori su ukazali na neophodnost čvrstog povezivanja službi medicine rada i mentalnog zdravlja. Mi smatramo da bi se to najbolje moglo ostvariti kroz kliničara sa potrebnim transdisciplinarnim znanjem. Ovo je od posebnog značaja zbog toga što je za pacijente sa poremećajima mentalnog zdravlja, uspostavljanje poverenja sa kliničarom, na temeljima empatije, vitalni preduslov uspešne zdravstvene zaštite. Upućivanje pacijenata od jednog lekara do drugog, posebno kada se obelodanjuju često bolne i osetljive teme, predstavlja dodatno opterećenje za takve pacijente. Posmatrajući sopstveno kliničko iskustvo, mi ovde ilustrujemo kako bi mogao psihijatar sa subspecijalizacijom iz oblasti medicine rada da radi u praksi. Primenom indeksa profesionalnih stresora (*“Occupational Stressor Index”*, OSI), koji je naša sopstvena metodologija, pomogli smo pacijentima, uključujući i naše kolege, da se vrate u zdravije radne uslove. Pozitivni efekti svih psihoterapija koje se primenjuju uporedo i pored očiglednih razlika, a ponekad i lekova, pacijenti ponovo dobijaju osećaj da kontrolišu svoj profesionalni život aktivnim i produktivnim učešćem u izvršavanju zadataka radnog mesta. Povratak na posao, pod zdravijim uslovima, može se, prema tome, posmatrati kao sastavni deo uspešne borbe za prevazilaženje demoralizacije.

Ključne reči: profesionalne bolesti, stres, psihološki, opterećenje, izgaranje na poslu

*Ovaj rad je posvećen uspomeni na Profesora Dragoslava Ercegovca.

Uvod

Ovaj rad prikazuje višestruko obrazloženje novog pravca u psihijatriji koji uključuje medicinu rada i medicinu stresa. Naučno obrazloženje se zasniva na epidemiološkim činjenicama i saznanjima iz kognitivnih neuronauka. Takođe, javno zdravstvo sve više naglašava udeo poremećaja mentalnog zdravlja kao posledice delovanja poslovnog okruženja. Autori osvetljavaju svoje kliničko iskustvo u pružanju zaštite pacijentima sa poremećajima mentalnog zdravlja koji su bili ozbiljno izloženi delovanju stresora na radnom mestu. Pružanje pomoći pacijentima sa psihijatrijskim poremećajima da se vrate na posao i da rade u zdravijim uslovima jeste cilj u čijem ostvarenju odgovarajuće edukovan psihijatar može da ima ključnu ulogu.

Podaci o vezi između dejstva stresora na radnom mestu i štetnih mentalnih ishoda

Epidemiološki podaci ukazuju na vezu između izloženosti stresorima na radnom mestu i štetnih mentalnih ishoda. Ovi empirijski činioци su jaki i dosledni, uključujući i veliki broj longitudinalnih studija [1-19]. Meta-analiza longitudinalnih studija koja je obuhvatila skoro 75 000 zaposlenih različitog profila iz nekoliko evropskih zemalja i Kanade pokazala je da su naprezanje na poslu, nesklad između uložениh napora i nagrade, mala sloboda odlučivanja, slaba društvena podrška, visoki psihološki zahtevi, kao i nesigurnost zaposlenja bili činioци pomoću kojih se moglo predvideti loše mentalno zdravlje [2]. Što se tiče konkretnih psihijatrijskih dijagnoza, nekoliko obimnih longitudinalnih studija dokazalo je značajnu povezanost naprezanja na poslu i depresije [3-5]. Jedna studija iz Danskog centralnog registra psihijatrijskih istraživanja, koja je upoređivala 14 166 psihijatrijskih pacijenata sa 58 060 kontrolnih ispitanika, otkrila je da je slaba kontrola posla kod muškaraca povezana sa povećanim rizikom od nastanka anksioznih poremećaja [6]. Velike unakrsne studije sprovedene u Norveškoj [7] i Japanu [8] na zaposlenima iz različitih sektora ukazuju na značajnu povezanost prekovremenog rada sa depresijom, što je utvrđeno primenom bolničke skale anksioznosti i depresije (Hospital Anxiety and Depression Scale), odnosno skale depresije Centra za epidemiološke studije [*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D)]. Povišeni rizik od samoubistva zabeležen je u pojedinim stresnim zanimanjima, naročito među lekarima [9-11] i drugim zdravstvenim strukama [12-14], kod kojih je doprinoseći faktor bio maltretiranje/omalovažavanje na radnom mestu [15-17]. Izgaranje na poslu predstavlja veliki problem kod lekara [18], pogotovo, kod psihijatarā, kod kojih se nasilje i samoubistvo pacijenata navode kao okidački faktor [19].

Saznanja iz kognitivnih neuronauka

Mehanizmi uticaja stresora na poslu na nervni sistem ljudi mogu se prikazati pomoću neurofizioloških metoda, pre svega pomoću kognitivno evociranih potencijala (*Event related potentials-ERP*) kao i kvantitativnom elektroencefalografijom (qEEG) [1,20-22]. Između ostalog, to su: P300 subkomponente koje ukazuju na neproduktivnost vremenskog pritiska [23]. Dalje, do jačanja selektivne pažnje, što se vidi iz amplitude P300, dolazi onda kada se izvršenje zadatka uslovljava materijalnim podsticajima [24]. Pored toga, prekovremeni rad na nečemu što zahteva visoki nivo pažnje imao je za posledicu slabljenje P300 amplitude [25]. Kod zanimanja kao što su vozači gradskog saobraćaja, karakteristično je da uz visok stepen opreznosti stalno izvršavaju "zadatak izbegavanja opasnosti" dolazi do porasta negativnosti elektro-kortikalne aktivnosti u iščekivanju ciljnih imperativnih signala (*Contingent negative variation*, CNV) [20,26]. Napor noćne smene ispoljava se u vidu povećane alfa i teta aktivnosti na poslu [27], kao i poremećaja spavanja u drugom stadijumu i u REM stadijumu (*rapid eye movement sleep*) posle toga [28].

Mada, prema našem saznanju, za sada još nema objavljenih studija o tome na koji način su ERP i qEEG obrasci radnih procesa *direktno* povezani sa poremećajima mentalnog zdravlja, postoje izvesne zapanjujuće sličnosti [1]. Kliničko iskustvo takođe ukazuje na to da stresori na poslu koji utiču na neurofiziološke funkcije, što se vidi na ERP i qEEG merenjima, imaju određenu ulogu u ispitivanim procesima mentalnog zdravlja [1,21,29].

Ljudska i ekonomska cena mentalnih poremećaja nastalih na poslu

Smatra se da su mentalni poremećaji nastali na poslu veliki problem javnog zdravlja koji pogađa milione ljudi, uz ogromnu ljudsku i ekonomsku cenu [30-34]. Profesor Dr Lennart Levi, jedan od osnivača medicine stresa, kaže da su problemi mentalnog zdravlja izazvani stresom na radu jedan od glavnih uzroka oboljevanja i rane smrti u velikom delu razvijenog sveta [35]. Uzimajući u obzir globalne trendove radnog života [36-38], ovi poremećaji će u budućnosti verovatno postati još češći.

Izazov za psihijatra

U svetlu činjenica iznetih u prethodnom tekstu, jasno je da psihijatar sreće mnoge pacijente na čije kliničko stanje u velikoj meri utiču uslovi u kojima rade. Međutim, kao što je slučaj sa većinom specijalnosti koje se ne bave medicinom rada (sa retkim izuzecima kao npr. pulmologija i dermatologija), klinička specijalizacija iz psihijatrije je, u načelu, posvećivala malo pažnje radnom okruženju. Shodno tome, psihijatrima obično nedostaje stručnost potrebna za uspešno rešavanje zdravstvenih problema nastalih na poslu.

Naše iskustvo u pružanju pomoći pacijentima sa poremećajima mentalnog zdravlja koji su izloženi stresorima na radnom mestu

Tokom godina, u različitim kontekstima u više zemalja sveta, autori ovog rada bili su u situacijama da pruže pomoć pacijentima sa poremećajima mentalnog zdravlja koji su bili izloženi jakom dejstvu stresora na radnom mestu. Zbog našeg interesovanja kako za mentalno zdravlje, tako i za radnu okolinu, mi smo se trudili da razvijemo uspešne strategije da pomognemo tim pacijentima da nastave sa radom povratkom na posao pod mnogo zdravijim uslovima. U našem potstupku sa pacijentima sa poremećajima mentalnog zdravlja, mi razmatramo tri neophodna pitanja:

1. Da li je data situacija na poslu opasno stresna?
2. Da li situacija na poslu pacijenta doprinosi mentalnom poremećaju pacijenta i, *ako doprinosi, kako?*
3. Da li bi neke izmene na radnom mestu mogle da pomognu da se pacijentovo kliničko stanje popravi i, *ako bi mogle, kako?*

Ovaj pristup je detaljno obrađen kroz osam kliničkih slučajeva u našoj nedavno objavljenoj knjizi [1].

Metodologija pružanja pomoći pacijentima da se vrate u zdravije radne uslove

Prilikom sprovođenja navedenog kliničkog pristupa u praksi, mi koristimo metodologiju „indeks profesionalnih stresora“ (*Occupational Stressor Index*, OSI) [39,40]. To je jedan sveobuhvatni model opterećenja, koji je razvijen na osnovu rezultata kognitivnih neuronauka. OSI analizira posao u pogledu zahteva mentalnim resursima osobe i načina na koji data osoba kontroliše te zahteve, u skladu sa teorijom regulacije energije [41]. U okviru OSI modela, radna okolina se posmatra kao celina, uključujući i pitanja na nivou zadataka, vremenski raspored obavljanja posla kao i fizičke, hemijske i šire organizacione faktore koji zajedno mogu da doprinesu povećanju ukupnog stresornog opterećenja. Drugim rečima, OSI pruža sveobuhvatnu procenu uslova rada date osobe, zajedno i u skladu sa kliničkim pristupom uzimanja kompletne radne anamneze. Zbir OSI poena je naša smernica za dobijanje odgovora na navedeno pitanje broj 1. Ako je zbir OSI poena veći od 90, onda je svakako situacija na poslu opasno stresna. OSI model, kao i njegovu primenu preko generičkih i specifičnih OSI upitnika razvili su prvenstveno lekari specijalisti [39,40,42,43]. U kliničkoj primeni u mnogim zemljama sveta, OSI se dosledno potvrđuje kao korisno dijagnostičko sredstvo, a takođe i sredstvo za unošenje i primenu izmena na radnom mestu koje su potrebne pacijentima sa poremećajima mentalnog zdravlja nastalim usled stresa. U našim knjigama [1,39], OSI se koristi za procenu radnih uslova pacijenata u svim ispitivanim kliničkim slučajevima, a zatim za prepoznavanje činilaca koji se mogu menjati, a koji bi najviše mogli

uticati na klinički status pacijenata. Sve u svemu, to podrazumeva pronalaženje u praksi najboljih načina za snižavanje zbira OSI poena kao odraza ukupnog opterećenja profesionalnim stresorima. Nakon učinjenih intervencija na radnom mestu, primenom OSI modela, obezbeđuje se odgovarajuće praćenje pacijenta.

Potreba za novom kliničkom paradigmom koja povezuje psihijatriju i medicinu rada -- “occupational psychiatry”

U jednoj nedavnoj publikaciji u časopisu „*British Journal of Psychiatry*“ [44] koja ističe vezu između radne okoline i poremećaja mentalnog zdravlja kao što je depresija, naglašava se neophodnost čvrste povezanosti i saradnje dve službe, medicine rada i mentalnog zdravlja. Za pacijente sa poremećajima mentalnog zdravlja, uspostavljanje poverenja, na temeljima empatije, vitalni je preduslov uspešne zdravstvene zaštite. Upućivanje pacijenata od jednog lekara do drugog, posebno kada se obelodanjuju često bolne i osetljive teme, predstavlja dodatno opterećenje za takve pacijente. Borba protiv demoralizacije bolesnika predstavlja značajan i moćan integralan deo svake terapijske procedure koji treba dobro poznavati. U tom pogledu, od vitalnog značaja je da se uzme u obzir i potencijalna stigma koja okružuje psihijatrijske poremećaje [45]. Ovo je posebno važno kod najtežih manifestacija, kao što je rizik od samoubistva [46,47], a posebno kad se radi o zaposlenju [48,49]. Specijalisti medicine rada nemaju dovoljno znanja iz psihijatrije da mogu da pruže potrebnu pomoć pacijentima sa težim poremećajima mentalnog zdravlja. Prema tome, mi smatramo da bi psihijatar najbolje odgovarao potrebi da se bavi poremećajima mentalnog zdravlja izazvanim na poslu ukoliko bi imao potrebno znanje iz medicine rada i medicine stresa. Ovo poslednje bi se moglo steći subspecijalističkom obukom.

Zaključak

Mi predlažemo novu kliničku paradigmu, “*Occupational psychiatry*“, koja povezuje psihijatriju i medicinu rada. Pacijent bi, u saradnji sa psihijatrom subspecijalistom iz medicine rada mogao da ima dinamičku interakciju u širem organizacionom okruženju. Za to bi bilo neophodno razviti povoljne uslove okruženja kao dela društveno-ekološke strategije [50,51]. S tim ciljem potrebno je da se praksa psihijatrije uz subspecijalizaciju iz medicine rada ugradi u širi okvir, kao što je shematski prikazano na slici 1. Sve u svemu, ova nova klinička paradigma može se posmatrati kao strategija za prevenciju demoralizacije koja se prepoznaje kao zadatak savremene psihijatrije od kritičnog značaja [45,52-56].

WORKPLACE STRESSORS: WHY ARE THEY RELEVANT FOR PSYCHIATRY?

Cedo Savić¹, Karen Belkic,^{2,3,4}

¹Specialist Polyclinic "Grujic", Banovci Dunav

²Department of Oncology/Pathology,
Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

³School of Community & Global Health,
Claremont Graduate University, USA

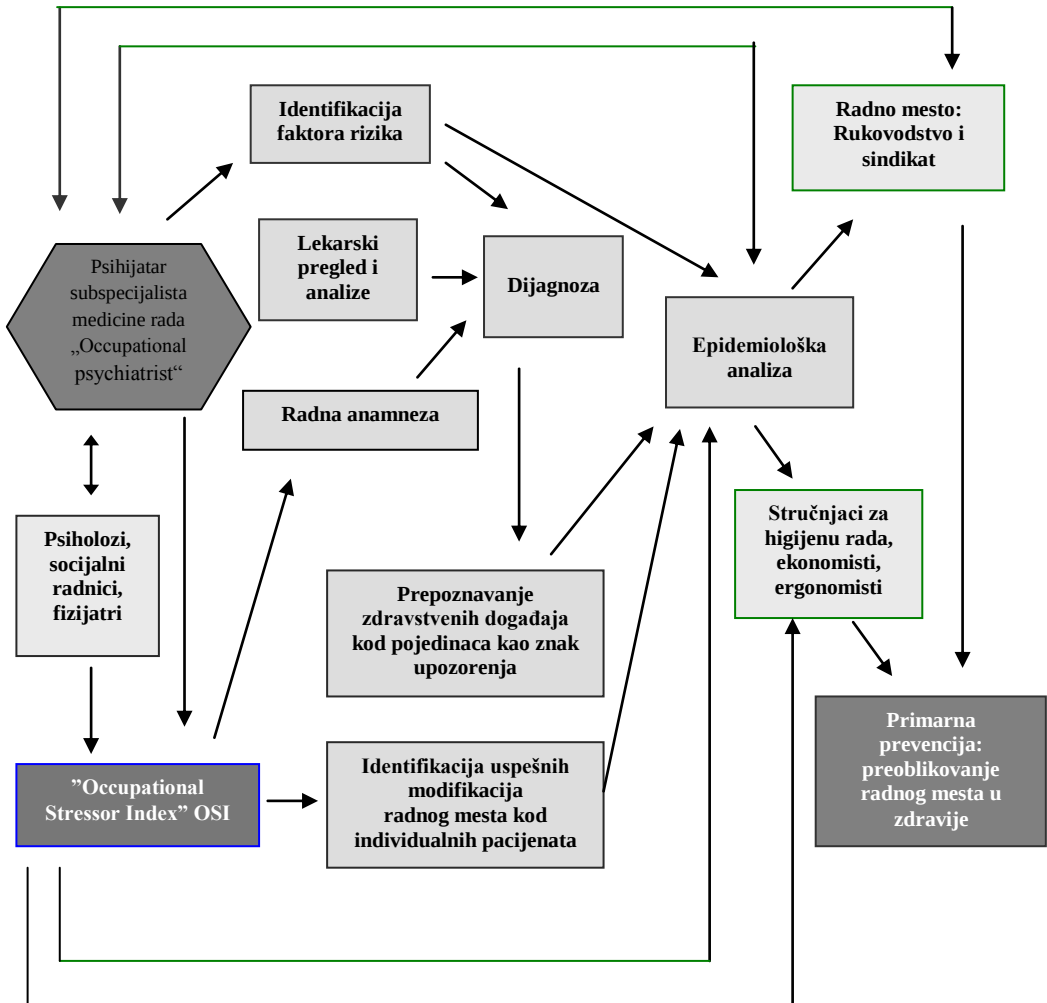
⁴Institute for Health Promotion & Disease Prevention Research,
University of Southern California School of Medicine, USA

This paper is dedicated to the memory of Professor Dragoslav Ercegovac.

Abstract: A large body of empirical evidence links exposure to job stressors with adverse mental health outcomes. The neurophysiological mechanisms by which this occurs are quite well understood. Work-related mental health disorders are recognized as a major public health problem, affecting millions of people with enormous human and economics costs. The psychiatrist inevitably encounters many patients whose clinical state has been profoundly affected by their work conditions. Since clinical training in psychiatry has generally been quite bereft of attention to the work environment, psychiatrists usually lack the needed expertise to effectively handle work-related issues. In this paper, we present a new clinical paradigm called "occupational psychiatry" whereby specialists formally trained in psychiatry would be offered subspecialty training in occupational medicine and stress medicine. Other authors have pointed out the need for integrating occupational and mental health services. We contend that this would best be achieved by an *individual* clinician with the needed multi-faceted expertise. This is especially important since for patients suffering from mental health disorders, the establishment of trust and rapport with the clinician, based upon empathy is a vital prerequisite for effective care. Being shunted from one care-giver to another, especially when disclosing often painful and sensitive topics, is anathema for such patients. Reflective of our own clinical experience, we illustrate how the occupational psychiatrist can function, in practice. Via the Occupational Stressor Index, the OSI, our own methodology, patients including our colleagues have been helped to return to healthier working conditions. Thereby, the patient begins, typically with the aid of psychotherapy and sometimes also medication, to regain a sense of control over his or her working life, returning to productive and active engagement in job tasks. Returning to work, under healthier conditions, can thusly be viewed as an integral part of overcoming demoralization.

Key words (MESH): *occupational disease, stress, psychological, workload, burnout*

Slika 1. Uloga psihijatra subspecijaliste iz medicine rada (“Occupational psychiatrist”) i indeksa profesionalnih stresora (Occupational Stressor Index, OSI) u širem okviru za stvaranje zdravijih uslova na radnim mestima.



Legenda:

Slika je prilagođena dijagramima iz knjige [1]: Belkić K, Savić Č. Job Stressors and Mental Health: A Proactive Clinical Perspective. Singapore: World Scientific Publishers; 2013 kao i iz rada [57]: Fisher J, Belkić K. A public health approach in clinical practice, Occupational Medicine: State of the Art Review. 2000;15:245-53.

Literatura

1. Belkić K, Savić Č. Job Stressors and Mental Health: A Proactive Clinical Perspective. Singapore: World Scientific Publishers; 2013.
2. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32:443-62.
3. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, Landre MF. Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *J Epidemiol Commun Health*. 1998;52:93-100.
4. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Soc Sci Med*. 2002;54:783-98.
5. Grynderup MB, Mors O, Hansen ÅM, Andersen JH, Bonde JP, Kaergaard A, et al. A two-year follow-up study of risk of depression according to work-unit measures of psychological demands and decision latitude. *Scand J Work Environ Health*. 2012;38:527-36.
6. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Burr H, Tüchsen F, Bonde JP. Psychosocial working conditions and the risk of depression and anxiety disorders in the Danish workforce. *BMC Public Health* 2008; 8: 280 doi:10.1186/1471-2458-8-280.
7. Kleppa E, Sanne B, Tell GS. Working overtime is associated with anxiety and depression: the Hordaland Health Study. *J Occup Environ Med*. 2008;50:658-66.
8. Nakata A. Work hours, sleep sufficiency, and prevalence of depression among full-time employees: a community-based cross-sectional study. *J Clin Psychiatry*. 2011;2:605-14.
9. Aasland OG, Ekeberg O, Schweder T. Suicide rates from 1960 to 1989 in Norwegian physicians compared with other educational groups. *Soc Sci Med*. 2001;52:259-65.
10. Hawton K, Agerbo E, Simkin S, Platt B, Mellanby RJ. Risk of suicide in medical and related occupational groups: A national study based on Danish case population-based registers. *J Affective Disorders*. 2011;134:320-6.
11. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161:2295-302.
12. Gunnarsdóttir H, Rafnsson V. Mortality among Icelandic nurses. *Scand J Work Environ Health*. 1995;21:24-9.
13. Petersen M, Burnett C. The suicide mortality of working physicians and dentists. *Occup Med. (London)* 2008;58:25-9.
14. Sancho F, Ruiz C. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int Dental J*. 2010;60:411-8.
15. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1887-94.
16. Fridner A, Belkić K, Marini M, Minucci D, Pavan L, Schenck-Gustafsson K. Recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (The HOUPE Study): Cross-

- sectional associations with work stressors. *Gender Med.* 2009;6:314-28.
17. Fridner A, Belkić K, Minucci D, Pavan L, Marini M, Pingel B, et al. The work environment and recent suicidal thoughts among male university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study). *Gender Med.* 2011;8:269-79.
18. Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w13070.
19. Kumar S, Hatcher S, Huggard P. Burnout in psychiatrists: an etiological model. *Int J Psychiatry Med.* 2005;35:405-16.
20. Savić Č, Belkić K. Centralni Mehanizmi Stresa i Kardiovaskularni Odgovor. Beograd: Savremena Administracija; 1995.
21. Savić Č, Belkić K. Kognitivno Evocirani Potencijali: Klinička Primena u Psihijatriji i Neurologiji. Beograd: Službeni List; 1998.
22. Belkić K, Savić Č. Dehumanization versus humanization of work: Insights from cognitive ergonomics and brain research. *Occup Med State of the Art Reviews.* 2000;15:87-94.
23. Hohnsbein J, Falkenstein M, Hoormann J. Effects of attention and time pressure on P300 subcomponents and implications for mental workload research. *Biol Psychol* 1995;40:73-81.
24. Begleiter H, Porjesz B, Chou CL, Aunon JI. P3 and stimulus incentive value. *Psychophysiology.* 1983;20:95-101.
25. Emdad R, Belkić K, Theorell T, Cizinsky S, Savić Č, Olsson K. Work environment, neurophysiologic and psychophysiology models among professional drivers with and without cardiovascular disease: Seeking an integrative neurocardiologic approach. *Stress Med.* 1997;13:7-21.
26. Belkić K, Savić Č, Djordjević M, Uglješić M, Micković Lj. Event-related potentials in professional city drivers: heightened sensitivity to cognitively relevant visual signals. *Physiol Behav.* 1992;52:423-7.
27. Åkerstedt T, Kecklund G, Gillberg M. Sleep and sleepiness in relation to stress and displaced work hours. *Physiol Behav.* 2007;92:250-5.
28. Åkerstedt T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occup Med.* 2003;53:89-94.
29. Dubrovsky B, Solyom L, Barbas H. Characteristics of the Contingent Negative Variation in patients suffering from specific phobias, *Biol Psychiatry.* 1978;13:531-40.
30. Ahola K, Virtanen M, Honkonen T, Isometsä E, Aromaa A, Lönnqvist J. Common mental disorders and subsequent work disability: A population-based Health 2000 Study. *J Affect Disord.* 2011;134:365-72.
31. Belkić K. Return-to-work in Scandinavia: Experience and insights with a focus on Sweden. In: Talmage JB, Melhorn JM, Hyman MA (eds). *Physician's Guide to Return to Work.* Chicago: American Medical Association Press; 2011. p. 465-72.
32. Guthrie R, Ciccarelli M, Babic A. Work-related stress in Australia: The effects of legislative interventions and the cost of treatment. *Int J Law Psychiatry.* 2010;33:101-15.

33. Pro JD. Working with common psychiatric problems. In: Talmage JB, Melhorn JM and Hyman M (eds). *A Physician's Guide to Return to Work*. Chicago: American Medical Association Press; 2005. p. 305-20.
34. Béjean S, Sultan-Taieb H. Modeling the economic burden of diseases imputable to stress at work. *Eur J Health Econom*. 2005;50:16-23.
35. Levi L. The European Commission's guidance on work-related stress and related initiatives: From words to action. In: Rossi AM, Perrewé PL, Sauter SL (eds). *Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health*. Charlotte: Information Age Publishing. 2006. p. 167-82.
36. Gabriel P, Liimatainen M-R. *Mental Health in the Workplace*. Geneva: International Labor Organization; 2000.
37. Landsbergis P, Cahill J, Schnall PL. The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. *J Occup Health Psychol*. 1999;4:1-23.
38. Shirom A. Job-related burnout: A review of major research foci and challenges. In: Campbell Quick J, Tetrick L, eds. *Handbook of Occupational Health Psychology*, Washington D.C.: American Psychological Association. 2011. p. 223-42.
39. Belkić K. *The Occupational Stress Index: An Approach Derived from Cognitive Ergonomics and Brain Research for Clinical Practice*. Cambridge: Cambridge International Science Publishing; 2003.
40. Belkić K, Savić Č. The occupational stress index: An approach derived from cognitive ergonomics applicable to clinical practice. *Scand J Work Environ Health*, 2008; Suppl 6:169-75.
41. Gaillard AWK. Comparing the concepts of mental load and stress. *Ergonomics* 1993;36:991-1005.
42. Belkić K, Savić C, Theorell T, Cizinsky S. *Work Stressors and Cardiovascular Risk: Assessment for Clinical Practice*. Stress Research Reports. Report Number: 256. Stockholm: National Institute for Psychosocial Factors and Health. Section for Stress Research Karolinska Institute WHO Psychosocial Center; 1995.
43. Savić Č. The physician and stress. *Proc. 17th Medical Meeting in Sombor Medical Society of Vojvodina*. 2002. p. 52-3.
44. Gilbody S, Bower P, Rick J. Better care for depression in the workplace: integrating occupational and mental health services. *Br J Psychiatry*. 2012;200:442-3.
45. Kissane DW, Maj M, Sartorius N. *Depression and Cancer*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.; 2010.
46. Jamison KR. The many stigmas of mental illness. *Lancet* 2006; 367:533-4.
47. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: A review of the literature and personal reflections. *Acad Psychiatry*. 2008;32:136-42.
48. Manning C, White P. Attitudes of employers to the mental ill. *Psychiatr Bull*. 1995;19:541-3.
49. Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P, Hermann B, Penovich P, Scherer A, et al. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. Descriptions and subjective perceptions. *Epilepsy Res*. 2000;41:39-51.

50. Stokols D, Pelletier K, Fielding J. Integration of medical care and worksite health promotion. *JAMA* 1995;273:1136-42.
51. Stokols K, Allen J, Bellingham RL. The social ecology of health promotion: Implications for research and practice. *Am J Health Promot.* 1996;10:247-51.
52. Connor MJ, Walton JA. Demoralization and remoralization: a review of these constructs in the healthcare literature. *Nurs Inq.* 2011;18:2-11.
53. Cherny N. Taxonomy distress: including spiritual suffering and demoralization. *J Support Oncol.* 2010; 8:13-4.
54. Gabel S. Demoralization in mental health organizations: leadership and social support help. *Psychiatr Q.* 2012;83:489-96.
55. Perakis CR. Soul sickness: a frequently missed diagnosis. *J Am Osteopath Assoc.* 2010;110:347-9.
56. Sansone RA, Sansone LA. Demoralization in patients with medical illness. *Psychiatry (Edgmont).* 2010;7:42-5.
57. Fisher J, Belkic K. A public health approach in clinical practice. *Occupational Medicine: State of the Art Review* 2000;15:245-53.

Prim. dr Čedo SAVIĆ, Poliklinička ambulanta “Grujić”, Banovci Dunav, Srbija

Cedo SAVIC, MD, PhD, Primarius, Physician Specialist in Neuropsychiatry, Specialist Polyclinic “Grujić”, Banovci Dunav, Serbia

E-mail: drsavics@yahoo.com

POSTMODERNA I PSIHIJARIJA – PROLEGOMENA

Aleksandar Damjanović^{1,2}, Aleksandra Damjanović³,
Maja Pantović¹, Bojana Dunjic Kostić¹, Maja Ivković^{1,2}

¹Klinika za psihijatriju KCS, Beograd, Srbija

²Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

³PharmaSwiss, Beograd, Srbija

Apstrakt: Rad razmatra uvod u niz teorijskih implikacija koje se odnose na medjusobne relacije postmodernističkih filozofskih tokova i psihijatrije. Postmoderna i istorija, konstruktivističko poimanje prošlosti, istorija postmoderne i ludilo, kao i analiza stvaralaštva Fukoa, Deride, Bodrijara predstavljaju okosnicu autorskog razmatranja ove filozofsko-psihijatrijske prolegomene. Gledajući kroz postmodernističku prizmu autori zaključuju da je evolucija psihijatrijske misli evidentna. Ona jača teorijski, praktično, uvode se nove validne psihoterapijske tehnike, dok se one starije stalno modifikuju. Neslućeni su dometi psihofarmakoterapije, koja više nije samo usmerena na redukciju simptoma već prevashodno na obnavljanje funkcionalnosti i kvaliteta života naših pacijenata. Čini se da upravo jedan ovako moćan i nezaustavljiv evolucionarni tok psihijatrije daje i jasan zalag za buduće pozicioniranje psihijatrije, kao moćne, savremene, interdisciplinarne, perspektivne i nadasve humane medicinske nauke.

Ključne reči: postmoderna, psihijatrija, postpsihijatrija, filozofija, konstruktivizam

Postmoderna i istorija

Izraz postmodernizam prvi je put upotrebljen sedamdesetih godina u arhitekturi. Kristofer Dženks je pisao o neplanskom, pluralističkom pristupu, napuštanju modernističkog sna o čistoj formi zarad okretanja "mnogostrukim jezicima ljudi". Postmodernistički pisci potkopavaju same osnove književnosti umesto da i dalje stvaraju privid spoljašnjeg sveta. Roman preusmerava svoju pažnju na samoga sebe. Pišu se priče koje kao da neprestano podsećaju čitaoca da su smicalice. Fantazija, koja je već decenijama u sponu, uobičajena je forma unutar postmodernizma koja nas podseća da fantastika suočava civilizaciju upravo s onim silama koje mora potčiniti ukoliko želi da opstane. Za razliku od dijalektičkog mišljenja, međutim, postmoderna se oslanja na saznanji skepticizam koji u ekstremnim verzijama poriče mogućnost razlikovanja istine od privida. Na skepticizam se nadovezuje odbacivanje traganja za uzročnim vezama i isticanje opisa kao istraživačkog cilja. Pažnja postmoderne nije usmerena na golu prošlost, nego na nesaglasnost sadašnjice i prošlosti, tj. jezika kojim danas govorimo o prošlosti i same prošlosti. Naprotiv, nastojanje da se eklektički spoje subjektivistička gledanja različitih istorijskih idejnih pravaca (od filozofskog skepticizma i književne kritike do Dirkema, Fukoa i hermeneutike) više pokazuje osnovni epigonski karakter pravca. Važan stav postmoderne je usitnjavanje (fragmentizacija) vremena u serije neprekidne sadašnjice. Fragment kao istraživački prioritet zamenio je celinu: "Malo je lepo". Privilegovano je „decentrirano iskustvo“, njegova jedinstvenost i neponovljivost. Postmoderna uočava kao osnovno iskustvo nepreglednost i neodređenost [1].

Konstruktivističko poimanje prošlosti

Uloga savremenog konstruktivizma može biti jasnija ukoliko se sažeto prikaže njegova radikalna verzija. Radikalni konstruktivizam tvrdi da su sva saznanja više konstruisana nego otkrivena, i da je nemoguće i nepotrebno reći do kog stupnja saznanje odražava ontološku realnost [2]. Ne negira se ontološka stvarnost, već samo to da naše saznanje treba da je odražava. Ontologija i epistemologija nevažni su za naučnika. Konstruktivisti samo tvrde da saznanje ne može biti mereno u skladu sa svojom ontološkom ili metafizičkom realnošću. Dakle, znanje i pamćenje ne odražavaju ontološku stvarnost, već su konstruisani u skladu sa potrebama subjekta koji saznaje ili pamti. Kako se izrazio Ankersmit, postmoderna je anaučna, a ne antinaučna [3]. Čak i ako se ostavi po strani ova gnoseološka ravnodušnost postmoderne, nije teško uočiti njenu razliku od realističkog poimanja nauke. Postmoderna je iz umetnosti i preuzela pojam naracije (pripovesti) za opis naučnog izlaganja. Berlinski istoričar Insa Miler zapaža da postmoderna kritika ne nudi lek protiv zloupotrebe prošlosti. Štaviše, olakšava je svojim relativizmom, a sklonošću ka detalju i odbijanjem velikih istorijskih veza nužno usitnjava prošlost [4].

Iz rečenog su već vidljivi drugačiji istraživački prioriteti nauke. Kod istraživanja prošlosti konstruktivisti ne tragaju za izvorima znanja, niti procenjuju njihovu valjanost, nego žele da se suoče sa različitim oblicima saznanja. U sklopu ovog napora istaknut je i postulat postmoderne: naše poimanje prošlosti takođe je konstruisano i pre svega iskazuje savremene uslove pod kojim ga mi konstruišemo. U stvari, čitava zamisao prošlosti je saznajna i društvena konstrukcija koja ne postoji nigde, izuzev u odnosu prema savremenom iskustvu. Znanje o prošlosti i realna prošlost bitno se razlikuju. Ne osporava se, dakle, prošlost, već mogućnost pouzdanog znanja o prošlosti. Štokholmski antropolog, Kornelius Holtorf, zaključuje da su ontologija i epistemologija suviše: nije važno da li je prošlost postojala ili ne jer ona i ne utiče na naše znanje. Prošlost je konstrukcija sadašnjice [5]. Konstruktivizam se usredsređuje na procese konstrukcije prošlosti, više nego na samu prošlost. Konstrukcija je pojam koji se odnosi i na rezultat i proces sećanja. Bilefeldski psiholog, Barbara Keler, takođe uočava da se istražuju konstrukcije stvarnosti, a ne njihova istinitost [6]. Socijalni psiholozi istražuju društvene sklopove u kojima se sećanja zajedno rekonstruišu, od predrasuda do narativnih struktura. Greške u pamćenju i sećanju psiholozi istražuju u sklopu ličnih i društvenih prilika subjekta koji se seća, a "istinu" ne posmatraju kao apsolut, nego kao vezanost za cilj.

Šta postmoderna duguje psihijatriji i psihologiji i vice versa?

U traganju za smislom, a ne za uzročnošću, postmoderna se oslanja na fenomenologiju i hermeneutiku. Za postmodernu autentična istorija je samo perspektivističko znanje [4]. Istorijskoj nauci se prebacuje linearnost, totalitet i uzročnost jer je, tobože, celovita istorija nemoguća; istorijske priče uvek organizuje pripovedač, pa sadrže momenat čiste proizvoljnosti i relativnosti. Postmodernističko poimanje istorije je okvir konstruktivističkih teorija o pamćenju koje su u disciplinarnom i metodskom pogledu šarolike i eklektičke. Pojačano zanimanje za pamćenje i sećanje nastalo je u sklopu kulturalističkog obrta postmoderne: dekonstrukcija struktura, isticanje procesnog, nepostojanje realnosti izvan teksta, usredsređivanje na zapostavljene aktere itd.

Kod tumačenja pamćenja prisutne su neurobiološka, psihološka i socijalna struja. Danas se i u neurologiji razvijaju modeli koji poimaju pamćenje kao konstruktivnu aktivnost, a ne samo oni koji govore o pamćenju kao skladištenju podataka. Istražuje se funkcionalna elastičnost mozga i isprepletenosti međuneuronskih veza. Psihološki konstruktivisti dodaju tome da sećanje nije golo aktiviranje uskladištenih obaveštenja, nego je aktivna konstrukcija identiteta, biografije, a time stabilnosti, kontinuiteta i doslednosti. Čim se sećamo, tumačimo. Sećanja su uvek ponovna tumačenja i preinačavanja naše prošlosti. Radikalni psihološki konstruktivizam osporava mogućnost spoznaje realnosti nezavisne od posmatrača (epistemički solipizam). Tome nasuprot socijalni konstruktivisti podvlače da je sećanje na prošlost uvek uslovljeno trenutno značajnim strukturama društva. Ne samo

što zaboravljamo, već i stvaramo nova sećanja. Time ispunjavamo praznine i gradimo skladnu celinu iz aspekata prošlosti koje saznajno, emotivno i estetski prerađujemo. Pripovedanjem iznova menjamo sećanja. Dakle, naša vizija prošlosti, a ne prošlost po sebi, jeste okvir našeg sećanja. Kod toga, saznavanje nije lišeno interesa. Vidimo i čujemo ono što želimo da vidimo i čujemo, a saznajemo ono što želimo da saznajemo, pri čemu uvek tražimo saglasna obaveštenja. Italijanski psihijatar Kiompi skrenuo je pažnju da afekti aktiviraju i učvršćuju mišljenje, usmeravaju pažnju na određena osećanja saglasna afektu, stvaraju raspoloženju srodne saznajne hijerarhije, podstiču sećanje saobraženo trenutnom stanju, stvaraju kontinuitet i služe kao reduktori složenosti. To su postulati konstruktivističke teorije učenja – sklonost ka montaži i paradoksu, “rastvaranje dogmi”, promena načina (narracije), ali i okvira izlaganja (žanra), i polifonija koja se pravda relativizmom. Istinu zamenjuje konstrukcija i insceniranje realnosti.

Istorija ludila i postmodernizam

Godine 1985. kao žrtva side umro je najpoznatiji među uticajnim postmodernistima, Mišel Fuko. Njegova raznovrsna istorijska istraživanja (npr. ludila, kaznenih običaja, polnosti) učinila su ga vrlo poznatim. Fuko, tipično postmodernistički, smatra da je Subjekt obmana koju u suštini stvara diskurs, “jastvo” stvoreno na osnovi vladajućih jezičkih uzusa. I tako, umesto teoretskih sagledavanja, on nudi svoj priče koje naziva “arheologijama” znanja, kao da one ne sadrže svoje ideološke ili filozofske pretpostavke. Tema moći bila je jedna od središnjih Fukoovih tema. Pisao je da su važne institucije modernog društva ujedinjene namerom nadziranja. Moderna je moć poput Boga, ona je istovremeno svuda i nigde. Fuko je u razmatranju odnosa između moći i znanja došao do zaključka da su oni nerazmrsivo povezani i da jedno podrazumeva drugo.

Baveći se istorijom ludila, Fuko je detektovao trenutak prestanka komunikacije “normalnih” i “ludih” (ludilo je nekada predstavljalo dodir sa sakralnim); tu “arheologiju ćutnje” pronašao je u klasicizmu. Ludilo postaje doslovno guba poznog srednjeg veka – u bolnice za nekadašnje gubavce zatvaraju se psihički bolesnici. Tamnice kao institucije nastaju u XVII veku najpre da bi društvo držalo pod kontrolom besposličare [7].

Ludilo i besposličarenje (kao oblik nesposobnosti za rad) konvergiraju u jedno novo značenje sa kojim društvo ne ume ništa sem da ga odbaci, ukloni sa horizonta vidljivog, utamniči. U industrijsko doba, država kreira, nadzire i kontroliše docilna, submisivna i pokorna tela. Čuveni Bentamov panoptikon, konstrukcija koja omogućava neprekidno nadgledanje (nikada zapravo nije sagrađen) predstavlja idealnu instituciju kontrole. Po Fukou, strategije posmatranja zatočenika u zatvoru postaju i strategije modernih represivnih društava uopšte, posmatranja, nadziranja, kažnjavanja, klasifikacije na “normalne” i “nenormalne”. Fuko se takođe bavio razvojem medicine kao značajne socijalne prakse koja je u kapitalizmu potisnula svoj primarni klini-

čki prosede sve do trenutka kada lekari postaju nosioci potpune moći/znanja. Tako nastaje mit da lekar vidi skrivene istine, vidi ih penetrirajućim, takozvanim "kliničkim pogledom".

Postmoderna definicija selfa – ili kako prihvatiti Dr Džekila i Mister Hajda kao ravnopravne ličnosti

Postmoderni mentalni poremećaj

U knjizi *Bolest i kultura u postmodernom dobu*, u kojoj izlaže osnove biokulturnog modela, Dejvid Moris prikazuje istorijat "dominantnih bolesti epohe" [8]. Moris pokazuje da je odnos srednjeg veka prema bolesti i zdravlju bio određen pojavom i užasnim širenjem kuge. Analognu ulogu su u kasnijim epohama imali tuberkuloza ili karcinom. Otud bi se moglo zaključiti da su bolesti kroz dobar deo istorije Zapada bile metafore za dominantno stanje duha epohe [9]. Klasična studija o bolesti kao metafori jeste istoimena knjiga Suzan Sontag [10]. Prirodno, Moris postavlja i pitanje koji bi poremećaj predstavljao najbolji odraz postmoderne epohe.

Postmodern self

Ispostavlja se da identitete možemo da menjamo, da mnoštvo identiteta čini jednu ličnost, da se oni slažu, ukrštaju ili sukobljavaju prema nekim spoljnim podsticajima i prema potrebi. Dolazimo do saznanja da su u stvari naši identiteti prolazni, mnogostruki, da zavise od okolnosti i ugla gledanja. Metafora za civilizaciju u kojoj živimo je „šizoidnost” [11], a potpora teorija haosa [12]. Kultura, koja je temeljno razorila tradicionalne vrednosti do najsitnijeg detalja i promovisala ne samo slobodu već i imperativ da se sve preispita, promeni i neprekidno inovira – od državnih uređenja, preko odnosa polova, do naučnih koncepata, filozofskih ideja, umetničkih oblika - susrela se sa odsustvom poretka, oslonca i strukture, do mere da je izgubila mogućnost da pojedincu ponudi smislenu egzistenciju, koja će se oslanjati na "neki viši smisao postojanja". Podaci govore da su neuroza, strah i depresija, poprimili takve razmere u celom svetu da je samo za proteklih deset godina farmaceutska industrija izbacila na tržište toliku količinu psihoaktivnih lekova koja nije ravna onome što je ikada do tada proizvedeno u toj oblasti [13].

Savremeni identiteti formiraju se, razvijaju i održavaju u širokoj mreži socijalnih odnosa, koji su – gotovo svi, a u nekim slučajevima doslovno svi – površni, mnogobrojni, kratkotrajni, emocionalno i moralno beznačajni. U tom svetu "multifrenije" [14] ono što smo nekad nazivali intimnim životom, potpuno je promenilo svoju prirodu. Gergen smatra veoma važnom promenu od življenja u svetu u kojem većinu ljudi s kojima komunicirate lično poznajete – a možete da računate na to da su se vaši preci poznavali i da će se potomci poznavati – do življenja u svetu u kojem komunicirate s neuporedivo više ljudi, mnogo posrednije, tako da mnoge nikad ne sretnete, gotovo nikoga ne upoznate dobro, i stalno koristite tehnološka pomagala koja ubrzavaju komunikaciju. Ovaj drugi svet, nama savremen, po

Gergenovom mišljenju, odlikuje fragmentiranost komunikacije, socijalnih odnosa pojedinačnih ličnosti. Sve zavisi od broja svakodnevnih kontakata i poruka, koji dramatično rastu. Ako ne osećamo nikakvu pripadnost, ne možemo imati stabilan self, ali potpuna posvećenost i vezanost za bilo koju društvenu grupu implikuju neku vrstu nepostojanja selfa [15].

Ponašati se u jednom od ovih svetova na način prilagođen onom drugom može dovesti do velikih problema. Dok su ljudi ranije uz svoje lične identitete vezivali svojstva kao što su čast, postojanost, istrajnost, posvećenost, danas se smatra da problem može predstavljati “nepromenljivost identiteta” (“*identity immutability*”) [16], nesposobnost za brzo prilagođavanje, promenu shvatanja, načela, osobina. Gergen ovaj novi način funkcionisanja naziva “socijalnim kameleonom” i tvrdi da je savremeni čovek “sposoban da govori mnogo moralnih jezika” čime zapravo kategorije moralnosti i moralnog subjekta pokušava da pošalje u istoriju. Potpuno socijalno zasićeni self isto je što i da selfa uopšte nema”, te da “konačni stadijum u ovom prelazu ka postmoderni biva dostignut kad self potpuno nestane u odnosima” [14]. Ovo je vrlo tačan i sažet pregled stanovišta po kojem, slobodnije rečeno, self uopšte ne postoji, pošto “teoretičari postmodernizma i poststrukturalizma odbacuju svako shvatanje selfa koje implikuje postojanje dubljih struktura koje bi mogle biti nužne za orijentaciju i snalaženje selfa u svetu” [16]. Oni, takođe, misle da je self proizvod reifikacije (da on ne postoji kao entitet, da proces pretvaranja zamenice u imenicu nikad nije trebalo da se odigra) [17]. Sve ovo Gergena vodi zaključku da unutar savremenog *selfhood*-a postoji sindrom unutrašnje slomljenosti, koji ne bi trebalo posmatrati kao patološki fenomen. Nazvao ga je *multiphrenia*, da bi njime označio “rascep pojedinca u višestrukost investicija selfa” [14]. Odlazeći samo jedan korak dalje, Sajmon Gotšalk će – u želji da istakne da svet zasićen slikama vodi do zamagljenja granica između subjekta i objekta, te, samim tim, i do nestabilnih ličnih identiteta – ovo stanje nazvati *telephrenia*. Tim terminom je želeo da označi “shizofreniju elektronskog doba” koju pre svega odlikuje “internalizovana bizarna medijska logika” [18].

Jezik i postmoderna

Na postmodernizam je vrlo snažno uticao švajcarski lingvista i filozof Sosir koji je naglasio da značenje ne leži u vezi između izrečenog i onoga na šta se on odnosi, nego u međusobnoj vezi znakova [19]. To sosirovsko verovanje u zatvorenu samoreferentnu prirodu jezika podrazumeva da je sve određeno unutar jezika, što dovodi do odbacivanja čudnovatih ideja kao što su otuđenje, ideologija, tlačenje itd., te zaključka da su jezik i svest zapravo istovetni. Na toj putanji, koja napušta ideju jezika kao ekspresivnog sredstva koje upotrebljava svest, pojavljuje se i vrlo uticajni novofrojdozac, Žak Lakan. On ne smatra samo to da je svest potpuno prožeta jezikom i da je izvan jezika nema, nego da je i „nesvesno uobličeno poput jezika” [20]. Sosir je ustanovio da “jezik nije funkcija govornog subjekta”. Rolan Bart, čija karijera povezuje

strukturalistički period sa poststrukturalističkim, zaključio je da "jezik govori, a ne autor" [21]. Žak Derida, ključna ličnost postmodernističkog etosa, nastupa pretpostavljajući da je veza između reči i sveta proizvoljna. Predmetni svet nema za njega nikakvu ulogu [22]. Postmodernizam postavlja pitanja o komunikaciji i značenju pa kategorija estetskog, na primer, postaje problematičnom. U modernizmu, s njegovim vedrijim verovanjem u reprezentaciju, umetnost i književnost obećavale su barem kakvu-takvu viziju ispunjenja ili razumevanja. Sve do kraja modernizma na "visoku kulturu" gledalo se kao na riznicu moralne i duhovne mudrosti. Čini se da je šezdesetih razvitak modernizma dostigao svoj vrhunac. Strogi kanon modernističkog slikarstva (npr. Rotko, Reinhard) ustupio je mesto pop-artu i njegovom nekritičkom prihvatanju komercijalnog jezika potrošačke kulture.

Derrida, dekonstrukcija i *différance*

Od pojedinačnih postmodernističkih pristupa najuticajnijim se pokazao onaj Žaka Deride, od šezdesetih poznat kao dekonstrukcija. Derida je razvio ideju da jezik nije nevin ili neutralan, nego da počiva na značajnom broju pretpostavki, čime je ukazao na, kako on smatra, u osnovi protivurečnu narav ljudskog diskursa. Derida tvrdi da se jezik neprestano okreće protiv samog sebe, pa raščlanimo li stvar detaljno, ne možemo ni kazati ono što mislimo niti misliti što kažemo [22]. Ali, baš kao i semiotičari pre njega, Derida upućuje podjednako na mogućnost da metoda dekonstrukcije demistifikuje ideološki sadržaj svih tekstova, pri čemu se sve ljudske delatnosti tumače kao da su, u osnovi, tekstovi. Dekonstrukcija na jezik gleda kao na nezavisnu silu u stalnom pokretu, koja onemogućava stabilizovanje značenja ili definitivnu komunikaciju. Tako iznutra stvoreno strujanje on naziva *différance* i upravo to izaziva urušavanje same ideje značenja kao i samoreferentni karakter jezika prema kojoj, nema prostora izvan jezika u kojem bi značenje na ikakav način moglo postojati. Namera i subjekt su poraženi, ne dešifruju se nikakve "unutarnje istine", nego beskonačan niz mogućih značenja koja stvara *différance*, načelo koje obeležava jezik. Neuhvatljivim postaje i značenje unutar jezika zbog Deridine tvrdnje da je jezik metaforičan te da stoga ne može istinu saopštiti direktno. To je ideja koju on preuzima od Ničea, a koja briše granicu između filozofije i književnosti. Derida je razglasio da dekonstrukcija "podstiče potkopavanje svakog kraljevstva" [22].

Kriza reprezentacije

Život je u našem informatičkom vremenu sve više determinisan medijima pa je sve podložniji baratanju znakovima, simbolima, marketingom itd. Naše je doba, kaže Derida, "doba bez prirode" [22]. Žak Lakan, razotkriva barem u većoj meri malignu suštinu reprezentacije [20]. On dopunjuje Frojda i zaključuje da se subjekt, ulaskom u simbolički poredak, to jest u jezik, istovremeno izgrađuje i otuđuje. Iako odbacuje mogućnost povratka u predjezično stanje u kojem bi pogaženo obećanje prisutnosti moglo biti is-

punjeno, uspeo je barem uočiti onaj središnji, paralizujući udar podređivanja neobuzdanih nagona simboličkom svetu, prepuštanja jedinstvenosti jeziku. Lakan je *jouissance* (užitak) proglasio neizrecivim jer se u pravom smislu on može desiti jedino izvan jezika: sreća sadržana u strasti za svetom bez razlomljenosti novcem ili pismom, društvom bez reprezentacije.

U odgovor na čežnju za izgubljenom celovitošću predcivilizacije, postmodernizam kaže da je kultura postala tako bitna za ljudsko postojanje da nije moguće prekopavati po njoj. To nas podseća na Frojda koji je civilizaciju doživljavao pre svega kao potiskivanje slobode i celovitosti, ali koji je, takođe, zaključio da su rad i kultura važniji [23]. Frojd je bio barem toliko pošten da je priznao protivurečnosti ili nepomirljivosti koje proizlazi iz opredeljivanja za paralizujuću narav civilizacije, dok postmodernisti to ne čine.

U Fukoovoj knjizi *Reči i stvari* nailazimo na slavno odbacivanje celokupne "hipoteze o represivnosti" [24]. Frojd nam je kulturu predstavio kao nešto što sputava i dovodi do neuroze; postmodernizam nam poručuje da je kultura jedino što uopšte možemo imati, te da su njeni temelji, ako i postoje, nedostupni našem razumevanju. Postmodernizam je, prema svemu sudeći, ono na čemu ostajemo kad se proces modernizacije dovrši, a priroda zauvek nestane.

Mediji i postmoderna

Postojanje mnoštva televizijskih kanala, kompjutersko surfovanje po sajber-prostoru interneta i igranje video-igara predstavljaju drastičnu novinu u ljudskim životima, donoseći im virtualne doživljaje iz sajber-sveta, iskustvo kakvo ranije generacije nisu mogle ni da zamisle. Prema ovom gledištu, dolazi do nastanke nove ere u kojoj mediji, tehnologija, informacioni procesi i zabava postaju glavni organizacioni princip društva namesto ekonomije. U savremenom svetu pojedinac je prvi put u istoriji izložen neprekidnom protoku slika i zvukova ne samo u domu nego i na javnim mestima, nalazeći se tako u virtualnom svetu medijskih predstava koje, kako će biti pokazano, menjaju percepciju prostora i vremena i dezintegrišu razlike između stvarnosti i medijskih sadržaja. Zbog svega navedenog mediji direktno utiču na oblikovanje dominantnih shvatanja o stvarnosti i vrednostima kojima treba težiti, preko njih se neretko pokušavaju servirati gotova mišljenja o događajima u svetu o kojima većina gledalaca nema osnovnih predznanja.

Žan-Fransoa Liotar

Liotar u *Postmodernom stanju* [25] tematizuje status znanja u informatizovanim društvima. Preobražaj prirode znanja pod uticajem novih tehnologija može dovesti do preispitivanja javne vlasti i njegovog odnosa prema civilnom društvu. Pored toga, postoje loše posledice informatizacije znanja, a to je uniformnost, koja se rađa zato što znanje ostaje samo ono što se može preneti u informativne kvante.

Liotar smatra da, ako tehnologija nastavi da se razvija u pravcu koji je već započeo, čovečanstvo može dobiti još većeg neprijatelja od metanarativa koje je otpisao u *Postmodernom stanju*. Mogućnost preuzimanja vlasti od strane kompjutera, nakon toplotne smrti Sunca, ugasilo bi ljudskost. Ne postoji mogućnost zamene ljudskosti mašinama, jer one teže potpunoj i totalnoj kontroli, što ne ukida samo različitost na kojoj on insistira već i vreme. Predodređena budućnost znači da nismo ljudi, da nestaje čovek, jer iz nepredvidivosti budućih događaja proizilazi preduslov mišljenja [25].

Slučaj virtuelnog ili stvarnog Zalivskog rata – ili, da li je postmoderna realnost. Da li psihijatrija definiše simulakrum ili “pravu realnost”

Bodrijar je svoj članak *Rat u Iraku se nije ni desio* napisao inspirisan vestima na CNN-u tokom Zalivskog rata. [26] Naime, novinari iz studija uključili su novinare, koji direktno izveštavaju sa mesta zbivanja, da bi se videlo kako oni sa ratom zahvaćenog područja gledaju isti taj CNN da bi mogli nešto da kažu o trenutnim zbivanjima. Ovo je moment potpunog apsurda, odvajanja od stvarnog i produkcije hiperrealnosti u kojem vest produkuje vest, takoreći jedini izvor vesti je druga vest. Ono što se dešava jeste da vest, ne samo da produkuje realnost za gledaoce, već i za one koji su na mestu zbivanja onog o čemu se izveštava. Hiperrealna propaganda je ista kao i Hladni rat, još jedan rat koji se nije desio kao sukobljavanje vojnih snaga u stvarnom svetu. Ovim ratom, koji se nije desio, sjajno se poigrao Stenli Kjubrik snimivši tragikomičan film *Dr. Strangelove* (1964), ponudivši još jednu, ovog puta, filmsku perspektivu o sudnjem danu čovečanstva.

Bodrijarovi članci o Zalivskom ratu težili su da dokažu da je rat bio hiperrealan i da se u konvencionalnom smislu nikada nije desio. Argumentaciju za to da se rat nije konvencionalno desio Bodrijar nalazi u činjenici da se rat dešavao kao kompjuterska igra koju su preprogramirali Amerikanci. Šta ovo znači? Da u ratu protiv tehnološki slabog protivnika nije postojao nikakav strah od toga da bi on mogao Amerikancima da uzvрати. Svi ratovi do tada imali su barem trunku spontanosti, koja se ogledala u tome da senešto nepredviđeno moglo desiti. U Zalivskom ratu nije bili spontanosti, to jest, ništa nije bilo nepredviđeno, sve se dešavalo kao na kompjuterskom ekranu gde je pobjeda i predaja protivnika bila unapred isprogramirana. Dakle, događaj nije ni postojao, pošto događaj uključuje barem jedan stepen neizvesnosti i spontanosti. Rat se nije dogodio, prema Bodrijaru, jer nije bilo nikakvog straha da se nešto neće odigrati po planu, koji je unapred zacrtan. Taj nivo unapred određene sigurnosti ratu je oduzeo događajnost. Liotar je o tome pisao u knjizi *Neljudsko*, kao o nepostojanju neizvesnosti koja produkuje predodređenu budućnost [27]. Prema njemu, ovo znači da prestajemo da budemo ljudi, jer nepredvidivosti budućih događaja donosi preduslov mišljenja, jer je cela kultura uronjena u obmanu sa proizvođenjem virtualne realnosti, koja je čista imitacija stvarnosti. Zalivski rat nema ništa zajedničkog s drugim ratovima koji su

vođeni u tradicionalnom duhu. On je rat o sebi, samorefleksivni pokušaj testiranja u cilju provere da li je rat moguć u postmodernom hiperrealnom svetu. Svi događaji tokom rata nalazili su se isprogramirani na kompjuteru, ništa se spontano nije desilo, smatra Bodrijar [26]. Simulakrum kompjuterske i televizijske virtualne realnosti pokrio je i samu realnost Zalivskog rata, ništa više osim kompjuterske predstave i onoga što je video na CNN-u nije mogao da kaže ni komentator koji se nalazio na licu mesta.

Gde je mesto psihijatrije u postmoderni ili gde je mesto postmoderne u psihijatriji?

Kao jednu od velikih slabosti psihijatrije Kecmanović [28] smatra činjenicu da psihijatri “ćutke prelaze preko postojanja nekoliko epistemološki različitih, potpuno legitimnih pristupa”. Psihijatrija i jeste i nije medicinska disciplina. U psihijatriji se „duševno poremećen čovek pojavljuje i kao biće čiji su geni i neurotransmiteri patološki izmenjeni, ali i kao nosilac određenih vrednosti i značenja“. Kako ni na nivou filozofskih teorija ne postoji opšteprihvaćen koncept o odnosu tela, duše i duha, to ni psihijatri nisu u stanju da uspešno razreše dihotomiju biološkog i sredinskog. U nedostatku jedinstvene teorije, psihijatri se priklanjaju nekoj od epistemoloških pozicija. U tome je psihijatrija i jedina disciplina u kojoj potpuno različito i podjednako legitimno funkcioniše nekoliko konceptualnih modela, čemu autor posebno posebnju pažnju.

U tom se smislu umesto ranijeg antipsihijatrijskog koncepta kritike koji je negirao psihijatriju kao nauku Kecmanović se obraća postpsihijatriji, koja je usmerena na “postmodernu dekonstrukciju moderne psihijatrije” i čiji je osnovni zadatak da “ispravi nedostatke moderne psihijatrije”.

Postpsihijatri ističu da je u poslednjih 25 godina došlo do vrlo ozbiljnih promena u svetu, ali i u samoj psihijatriji, a koje se sastoje od toga da:

- je medicinski model postao praktično jedini model u psihijatriji;
- većina psihijatara u pozitivističkom načinu istraživanja vidi izlaz, da je prikupljanje dokaza (evidence-based koncept) dominantno u proceni svega postojećeg u psihijatriji;
- su zdravstveno-osiguravajuće kompanije počele diktirati brojne aspekte rada psihijatara;
- farmaceutska industrija u medicinskom modelu “uzima psihijatre pod svoje”, uz enormno povećanje potrošnje lekova;
- je ukupno ojačala medikalizacija odnosno psihijatrizacija društva, te da se sve veći broj oblika ljudske patnje proglašava duševnim poremećajem, tako da je kod DSM III opisano 265, a u DSM IV čak 357 poremećaja [29,30].

Za razliku od modernizma, koje je “čedo prosvetiteljstva” i zasnovan na racionalizmu, materijalizmu, empirizmu i reducionizmu, postmodernizam osporava ne samo „velike istine” modernizma (naukom naučne metode, pro-

gres i ovladavanje prirodom), nego i „velike priče”. Postmodernisti smatraju da ne postoji istina koja je univerzalna i koja važi za svakog, u svim vremenima [18].

Jedan optimističan zaključak

Definitivno je da su pojedini poslenici psihijatrije skloni “apokaliptičkim” ili nihilističkim interpretacijama dalje sudbine psihijatrijske misli. Oni mogu na jedan zavodljiv nači, ponekad prepun floskula, površnih impresija i pseudozaključaka da iniciraju svoje istomišljenike i stvore jedan kastinski projekt u kome mesto nalaze bilo psihijatri bilo laici koji imaju nedovoljno razvijen kritički intelektualni aparat (u skladu sa Kantovim premisama i metodologijom), a uz to imaju, u krajnjoj liniji, nipodaštavajući stav prema interdisciplinarnosti psihijatrije kao grane medicine. Evidentna je evolucija psihijatrijske misli. Ona jača teorijski, praktično, uvode se nove validne psihoterapijske tehnike, dok se one starije stalno modifikuju. Neslućeni su dometi psihofarmakoterapije, koja više nije samo usmerena na redukciju simptoma već prevashodno na obnavljanje funkcionalnosti i kvaliteta života naših pacijenata. Čini se da upravo jedan ovako moćan i nezaustavljiv evolucioni tok psihijatrije daje i jasan zalog za buduće pozicioniranje psihijatrije, kao moćne, savrmene, interdisciplinarne, perspektivne i nadasve humane medicinske nauke.

POSTMODERNISM AND PSYCHIATRY – PROLEGOMENA

**Aleksandar Damjanovic^{1,2}, Aleksandra Damjanovic³,
Maja Pantovic¹, Bojana Dunjic-Kostic¹, Maja Ivkovic^{1,2}**

¹Psychiatric Clinic KCS, Belgrade, Serbia

²School of Medicine, University of Belgrade, Serbia

³PharmaSwiss, Belgrade, Serbia

Abstract: This is the introduction to a series of theoretical implications which refer to relations of the postmodern philosophic streams and psychiatry. Postmodernism and history, constructivist conception of the past, history of postmodernism and madness, and analysis of the creative work of Foucault, Derrida and Baudrillard present the pillar of authorial consideration of this philosophical-psychiatric prolegomena (introduction). Looking through the lens of postmodernism, the authors conclude that the evolution of psychiatric thought is evident. Psychiatry strengthens through theory, practice, and introduced new and validated psychotherapeutic techniques, while the older ones are constantly modified. The scope of psychopharmacology is unimaginable, which is not only aimed at reducing symptoms but primarily on restoring the functionality and quality of life of our patients. It seems that this powerful and unstoppable evolutionary flow of psychiatry provides a clear pledge for the future positioning of psychiatry, as powerful, sovereign, interdisciplinary, prosperous, and above all human medical science.

Key words: *postmodernism, psychiatry, postpsychiatry, philosophy, constructivism*

Literatura

1. Bodrijar Ž. Simbolička razmena i smrt. Gornji Milanovac: Dečije novine; 1991.
2. Holtorf C. Radical Constructivism – Knowing beyond epistemology. Upsala: Tomsk State University Bulletin; 2009.
3. Ankersmit FR. Historiography and postmodernism. *Hist Theory*. 1989;28:137-53.
4. Becker W. Die postmoderne Geschichtstheorie und die Dokumente. In: Kretschmar R (ed). *Archive und Forschung – Referate des 73.deutschen Archivtags 2002 in Trier*. Siegburg: Schmitt Verlag; 2003. p. 31-55.
5. Holtorf HJM. The Dialogical Self: Toward a Theory of Personal and Cultural Positioning. *Cult Psychol*. 2001;7:243-81.
6. Keller B. Konstruktion. In: Pethes N, Ruchatz J (eds). *Gedächtnis und Erinnerung – Ein interdisziplinäres Lexikon*. Reinbek: Rowohlt; 2001. p. 315-39.
7. Fuko M. Psihijatrijska moć. Novi Sad: Svetovi; 2005.
8. Moris DB. Bolest i kultura u postmodernom dobu. Beograd: Clio; 2008.
9. Dimitrijevic A. Definition, Foundation and Meaning of Illness: Locating Georg Groddeck in the History of Medicine. *Am J Psychoanal*. 2008;68:139-47.
10. Sontag S. Bolest kao metafora. Beograd: Rad; 1983.
11. Deleuze G, Guattari F. What is philosophy? London, New Yourk Verso 1991.
12. Barker C. Making Sense of Cultural Studies. London: Sage; 2002.
13. Whitaker R. Anatomy of an Epidemic: Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry* 2005; 7:1.
14. Gergen KJ. The Saturated Self. Dilemmas of Identity in Contemporary Life. New York: Basic Books; 1991.
15. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York, NY: Free Press; 1961.
16. Fee D. The Broken Dialogue: Mental Illness as Discourse and Experience. In: Fee D (ed). *Pathology and the Postmodern. Mental Illness as Discourse and Experience*. London: Sage Publications Ltd.; 2000. p. 1-17.
17. Glass JM. Shattered Selves. Multiple Personality in a Postmodern World. Ithaca, NY, London: Cornell University Press; 1993.
18. Harré R. Metaphysics and narrative. Singularities and Multiplicities of self. In: Brockmeier J, Carbaugh D (eds). *Narrative and Identity. Studies in Autobiography, Self and Culture*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2001. p. 59-73.
19. Holdcroft D. Saussure: Signs, System, and Arbitrariness. Cambridge: University Press; 1991.

20. Lacan J. The Language of the Self: The Function of Language in Psychoanalysis. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1968.
21. Barthes R. The Rustle of Language. Oxford: Blackwell; 1986.
22. Derrida J. The Post Card: From Socrates to Freud and Beyond. Chicago and London: University of Chicago Press; 1987.
23. Freud S. Civilization and Its Discontents. London: Penguin; 2002.
24. Foucault M. The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences London: Pantheon Books; 1970.
25. Liotar ŽF. Postmoderno stanje. Novi Sad: Bratstvo jedinstvo; 1988.
26. Bodrijar Ž. Savršen zločin. Beograd: Beogradski krug; 1998.
27. Lyotard J. The inhuman: Reflections on time. Cambridge: Polity Press; 1991.
28. Kecmanović D. Psihijatrija u kritičkom ogledalu. Beograd: Službeni Glasnik; 2008.
29. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. 4th ed. American Psychiatric Association, 2000.
30. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-III-TR. 3rd ed. American Psychiatric Association, 1980.

Prof. dr Aleksandar DAMJANOVIĆ, Klinika za psihijatriju KCS, Beograd, Srbija

Prof. Aleksandar DAMJANOVIC, MD, PhD, Psychiatric Clinic KCS, Belgrade, Serbia

E-mail: damal64@yahoo.com

KULTURA U TEORIJI LAVA SEMJONVIČA VIGOTSKOG *

Jovan Mirić

Filozofski fakultet, Beograd

Apstrakt: Teorija Lava Semjonoviča Vigotskog danas je vrlo popularna u razvojnoj i pedagoškoj psihologiji. Ona je popularna i pored toga što sledbenici ovog sovjetskog autora mahom ističu samo njegova osnovna polazišta umesto razrađene razvojno-psihološke teorije. U toj teoriji kulturi je pridata veoma važna uloga, tako da je mnogi nazivaju kulturno-istorijskom teorijom. Nije do kraja, međutim, razjašnjeno kakva je tačno uloga kulture u individualnom psihičkom razvoju. Ovaj rad sadrži upravo to razjašnjavanje, polazeći od pitanja da li kultura ima potpunu ulogu u individualnom razvoju (kako se najčešće misli) ili je uloga kulture još veća. U radu se ispituju princip alomornog razvoja kao i dve postavke (o smeni evolucije istorijom i o učenju koje ide ispred razvoja) jer se u tom principu i u tim postavkama nalazi osnova za zaključak da kultura nije samo ono što podržava ili motiviše razvoj, nego je kultura ono što stvara razvoj. Ova teorija je u nizu opozicija (biološko-kulturno, evoluciono-istorijsko, prirodno-društveno, individualno-kolektivno) mentalnu ontogenezu eksplanatorno bazirala isključujući mogućnost integracije tih činilaca i svodeći razvoj na prenošenje kulture u posed pojedinca, najpre spoljašnji a potom pounutren. U radu se ukazuje i na nekoliko drugih postavki koje stoje u neskladu sa ovakvim polazištima (zadržan klasični pojam razvoja kao niza unutrašnjih kvalitativnih promena, pojam zone narednog razvitka) i pokazuje prava priroda dela L.S. Vigotskog: to delo nije stvarano kao naučna teorija na marksističkim osnovama, nego kao vid idejne borbe u polju razvojne psihologije.

Ključne reči: *kultura, mentalna ontogeneza, učenje, oruđa, zona narednog razvitka, marksizam*

* Ovaj rad je saopšten na međunarodnoj konferenciji „Kultura: u potrazi za novom paradigmom“, održanoj na Filološkom fakultetu u Beogradu 18-19. marta 2013. godine

Uvod

Teorija sovjetskog marksističkog autora Lava Semjonoviča Vigotskog često se označava kao kulturno-istorijska – takvim nazivom se ukazuje na kulturu kao na činilac kojem ova teorija pridaje veliku ulogu u psihičkom razvoju. Ako i priznamo da uloga kulture u ovoj teoriji jeste velika, ipak ne možemo odmah sa sigurnošću da kažemo kakva je, odnosno u čemu se tačno sastoji uloga kulture u individualnom razvoju. Da li se uloga kulture u “mentalnoj ontogenezi” svodi na podršku razvoju, kako se često smatra (i prema čemu se onda kulturni proizvodi nazivaju kulturno-potpornim sredstvima) ili na motivisanje razvoja, ili je uloga kulture kategorijalno drukčija, formativna [1,2].

Vigotski je u polju psihologije delovao oko deset godina, od 1924. godine kada ga je novi upravnik moskovskog instituta za psihologiju Kornilov pozvao da u njemu radi pa do svoje prerane smrti 1934. godine [3]. Za to vreme stvorio je obimno delo, radeći zajedno sa nekolicinom drugova koji su tragali za marksističkom psihologijom. Upravo polazeći od marksizma Lav Semjonovič dospeva u polje razvojne psihologije, jer je put ka psihologiji svesti (a to je svest odraslog čoveka) nužno vodio preko razvoja, tačnije preko istorije razvoja. Sa druge strane, nastojeći da obezbedi istoričnost, društvenu prirodu svesti i materijalizam, Vigotski nalazi rešenje u vidu centralne uloge znaka, u prvom redu govora kao socijalne pojave, koji, po njemu, može da poveže sve te dimenzije svesti. Time jesu izbegnute vulgarne varijante psiholoških rešenja u koje su upadali njegovi idejni saborci u istom polju, ali nisu izbegnute – niti su mogle da budu izbegnute – neke druge zamke i nedostaci.

Teorije L. S. Vigotskog

Vigotski nije uspeo da stvori jednu celovitu i koherentnu teoriju mentalne ontogeneze – stvorio je ili tek naznačio nekoliko teorija [4]. Od svih tih posebnih i odvojenih teorija na prvom mestu treba pomenuti teoriju o razvoju pojedinačnih viših psihičkih funkcija, pošto je ta teorija najrazrađenija od svih. Reč je o teoriji koju obznanjuje čuvena formula: “Svaka funkcija u kulturnom razvoju deteta pojavljuje se na sceni dva puta, na dva plana, prvo – na socijalnom, zatim – na psihološkom, prvo među ljudima kao interpsihička kategorija, zatim unutar deteta kao intrapsihička kategorija” [5]. Upravo će se u teoriji razrađenoj pod ovom formulom najviše izraziti Marksov diktum o svesti kao sveukupnosti društvenih odnosa. U okviru ove teorije posebno mesto ima teorija o razvoju govora i pojmova. Druga je teorija o razvoju međufunkcionalnih sistema – ona je najmanje razrađena, a nametnula se autoru kao pravo rešenje tek u drugoj “petoletki” njegovog delovanja u razvojnoj psihologiji. Treću teoriju predstavlja, zapravo, periodizacija psihičkog razvoja, koja je relativno razrađena ali je ostala nedovršena (nedostaju postavke o dva krizna i tri stabilna perioda razvoja). Četvrta je teorija o razvoju spolja okrenutih viših psihičkih funkcija (pisanje, račun, socijalni govor i crtanje), a

peta, takođe nerazrađena, jeste teorija o razvoju koji počiva na upotrebi oruđa nesimboličke prirode. Među tim teorijama nema ni jedinstvenog rečnika niti zajedničkog skupa temeljnih razvojno-psiholoških postavki. Štaviše, u jednom od još užih područja – razvoju pojmova – Vigotski nije bio kadar da sačini celovitu teoriju, nego je posebno govorio o razvoju eksperimentálnih, a posebno o razvoju naučnih i spontanijh pojmova [6].

Opšte postavke

Važno je navesti nekoliko opštijih postavki Lava Semjonoviča, pošto će nas one najkraćim putem dovesti do osnove na kojoj možemo tačnije odrediti ulogu koju kultura ima u psihičkom razvoju jedinice. Ove opšte postavke natkriljuju svaku od posebnijh teorijh koje smo pobrojali i predstavlja neku vrstu mosta između njih i marksizma kao filozofije. One po prirodi nisu sve psihološke u užem smislu reči, nego tek omogućuju da se sa filozofsko-antropološkog plana pređe na razvojno-psihološki.

Počnimo jednom od glavnijh postavki u ovom korpusu – to je postavka o smeni evolucije istorijom [7]. Vigotski nije imao svoje originalne ideje o evoluciji živog sveta, pa ni o evoluciji oblika psihičke aktivnosti, nego je smatrao da se evolucija do čoveka odvija kao kretanje od instinktivnih oblika ponašanja (koje svaka jedinica prima kao nasleđe vrste), preko uslovljavanja (u Pavlovljevom smislu) do inteligentnog ponašanja (inteligencija kao rešavanje praktičnih problema). Poslednji vid psihičke aktivnosti – inteligentno ponašanje – svojstven je i višim životinjama i čoveku – inteligencija kao zajedničko svojstvo obezbeđuje neku vrstu kontinuiteta evolucije između životinje i čoveka. Uprkos tome, međutim, mora se govoriti o diskontinuitetu, odnosno o smeni. Prvo, Vigotski se sam potrudio da naglasi diskontinuitet, tvrdeći da su “biološko i istorijsko formiranje svake funkcije tako oštro razgraničeni i tako očigledno pripadaju različitim formama evolucije da predstavljaju dva procesa u čistom i izolovanom vidu” [8]. Drugo, diskontinuitet se ogleda i u tome što za životinje i za čoveka važe dva različita principa i dve različite temeljne strukture ponašanja. Životinja je ograničena na princip signalizacije (taj princip je formulisao Ivan Petrovič Pavlov), dok čovek funkcioniše i na principu signifikacije. To će reći da čovek, pored uronjenosti u svet prirodnijh, datijh draži (jedinij koji je dostupan životinji) podleže i stvorenim, veštačkim dražima, pre svega znacima. Shodno tome razlikuju se i temeljne strukture. Struktura celog životinjskog carstva je S-R (stimulus-reakcija) a struktura čovekovog funkcionisanja je S-Zn-R (stimulus-znak-reakcija), u kojoj srednji član, znak, igra odlučujuću ulogu (Vigotski veli da on predstavlja “žiju celog procesa”, [9]). Istovremeno sa tom promenom nastale su i druge. Tamo gde je bila evolucija sada stoji istorija (u vidu promena sistema znakova i oruđa), umesto biologije došla je kultura, umesto pojedinca – društvo. Ako u svakom paru vidimo faktore razvoja i ponašanja, onda vidimo da ih je autor postavio oštro disjunktivno, tako da je jedan sistem

determinacije (biološko-evolucioni) smenio drugim (istorijsko-društvenim i kulturnim) [10].

U teoriji mentalne ontogeneze ova postavka je u nekoj meri izmenjena, a ta izmena je takve prirode da bi se moglo pomisliti kako ovde nemamo diskontinuitet u vidu smene jedne determinacije drugom, nego kontinuitet u vidu interakcije faktora razvoja. Naime, Vigotski tvrdi da u individualnom razvoju novi sistem aktivnosti (kulturni) ne nastaje prosto kad se prvi sistem (biološki) dovrši, nego nastaje dok još traje biološko sazrevanje jedinke. Za razliku od plana evolucije i istorije na kojem jedno prestaje tamo gde počinje drugo, na planu ontogeneze i jedno i drugo neko vreme teku naporedo, zajedno. Ovakvo stanje Lav Semjonovič naziva paradoksom mentalne ontogeneze [11]. Ni na planu ontogeneze, međutim, ne možemo govoriti o kontinuitetu i interakciji: iako se u ontogenezi smena ne događa u vremenu (dva procesa neko vreme teku naporedo), ona se ipak događa u razvojnim faktorima. Drugim rečima, interakcije nema. Na takav zaključak upućuje nas autorovo razlikovanje dvaju *tipova* razvoja, *naturalnog* ili *životinjskog* i *kulturnog*, a to već jasno ukazuje na diskontinuitet. Štaviše, ova dva tipa razvoja podležu dvama sasvim različitim principima, prvi izomorfnom, a drugi alomorfnom principu. O tome će kasnije biti više reči, a sada možemo dodati da trajanje *naturalnog* razvoja uslovljava kulturni razvoj samo na jedan način, naime takav da prvi postepeno (a ne naglo) ustupa mesto drugom. Uostalom, da se i ovde radi o diskontinuitetu reći će i sam autor, koji o *prelasku* sa *naturalnog* razvoja na upotrebu oruđa govori kao o *revoluciji* [12]. Ako *naturalni* tip razvoja izjednačimo sa neurofiziološkim sazrevanjem (i Vigotski kaže da u njegovoj osnovi stoji čisto organski rast, sazrevanje mozga) sa kojim je skopčan princip izomorfnosti, onda je logično da kulturni tip, utemeljen na principu alomorfnosti, izjednačimo sa učenjem [13].

Princip alomorfnosti i njegove posledice

Sada ćemo razmotriti već pomenuti princip alomorfnosti kulturnog tipa razvoja – sa njim još nismo ušli u specifično psihološko polje, budući da nije reč o principu koji objašnjava, nego samo o rukovodstvu za nalaženje objašnjenja. Iako Vigotski nije izričito kazao šta podrazumeva pod alomorfnošću, ipak možemo da otkrijemo šta taj princip znači kada pogledamo šta je izneto kao primer suprotnog principa. Naime, embrionalni razvoj je sasvim suprotan kulturnom, pa otud i principu alomorfnosti, a to je razvoj koji a) teče bezmalo nezavisno od sredine i u kojem b) svaki sledeći stupanj proističe iz prethodnog. Razvoj po alomorfnom principu bi, prema suprotnosti, tekao a) bezmalo nezavisno od sazrevanja i sasvim zavisno od sredine, i to tako da b) naredni stadijum ne proističe iz prethodnog nego nastaje sa druge strane, iz drugog izvora. Tome treba dodati da ovaj princip podrazumeva da se razvoj odvija na nečemu što je van ličnosti, odvojeno od nje, a to su oruđa i znaci kao kulturne tvorevine. Ako naredni stadijum ne

proističe iz prethodnog, neizbežno je da se on izvede ili iz sredine ili iz interakcije sa sredinom, s tim što treba imati u vidu da se interakcija sa sredinom opet svodi na primat sredine. Sve to vodi zaključku da princip alomornosti podrazumeva da se razvoj kroji spolja, preko znakova i oruđa kao kulturnih proizvoda, odnosno da ga kroje ti proizvodi.

Opređenje za princip alomornosti uslovalo je nekoliko posledica u teoretisanju Vigotskog. Na prvom mestu možemo da pomenemo problematičan tretman krupnijih kvalitativnih novina u razvoju, koje i on naziva stadijumima kao i gotovo svi tadašnji psiholozi razvoja. Sa jedne strane nalazimo opise stadijuma, ali ne nalazimo njihova objašnjenja. Recimo, stadijume u razvoju eksperimentalnih pojmova (sinkreti, kompleksi, potencijalni pojmovi i pravi pojmovi) autor opisuje ali ne objašnjava, jer je ćutanje o tome najlakši način da se prikrije slabo mesto. Sa druge strane nalazimo definisanje ili opis stadijuma koji se sastoji u tome da se nikako ne može naredni stadijum izvesti iz prethodnog. Iako se to može pokazati na primeru već navedenih stadijuma u razvoju pojmova, još bolji primer možemo videti u definicijama stadijuma u razvoju viših psihičkih funkcija. Već iz naziva tih stadijuma – prirodni, stadijum naivne psihologije, stadijum spoljašnjeg znaka i stadijum urastanja – vidi se da je svaki od njih definisan sasvim drukčijim osnovnim svojstvom, tako da nema jedne osnovne potke koja ih povezuje. Prirodni stadijum je definisan pripadnošću prvom tipu razvoja (prirodnom), stadijum naivne psihologije definisan je osobenošću dečjeg shvatanja, stadijum spoljašnjeg znaka načinom na koji se koristi znak, a poslednji stadijum – pounutrenjem više funkcije (ili urastanjem deteta u kulturu). Treba dodati i to da korišćenje pojma stadijuma za opis razvoja nikako ne ide zajedno sa određenjem imitacije kao osnovnog mehanizma razvoja, prvo zato što se imitacijom jedna promena ne može učiniti unutrašnjom (može se pounutriti ali to je nešto sasvim drugo), a onda i zato što se putem imitacije ne može preneti onoliko krupna jedinica razvoja koliku stadijum podrazumeva.

Druga posledica principa alomornosti ogleda se u krajnje problematičnom položaju mišljenja u razvoju. Ono počinje svoj razvoj u prirodnom periodu kao instrumentalno mišljenje (kao rešavanje praktičnih problema), a od susreta sa govorom izjednačava se sa značenjem. Ono time, međutim, ne postaje “žiža celog procesa” nego dobija samo pomoćnu ili podređenu ulogu: kakvo je mišljenje na pojedinim uzrastima, to je određeno nivoom u razvoju pojmova (pa imamo sinkretičko, kompleksivno i pojmovno mišljenje), dok nivo razvoja pojmova nije određen mišljenjem. Zapravo se može reći da se mišljenje prema govoru nalazi u poziciji analognoj onoj u kojoj se nalazi prirodni razvoj prema kulturnom: mišljenje (odnosno prirodni razvoj) postepeno ustupa mesto sistemu značenja (odnosno kulturnom razvoju). Drukčije rečeno, govor (sistem znakova) neće odmah (u vidu nagle smene) nego tek postepeno preobraziti mišljenje, a konačni preobražaj

mišljenje će dostići u sistemu naučnih pojmova (kao “idealnoj kulturnoj formi”) koji pruža odrasli u ulozi nastavnika tokom školskog obučavanja.

Razvoj, kultura, revolucija

U istoj ovoj poziciji nalazi se i razvoj prema učenju. To je poslednja postavka koju ćemo razmotriti kako bismo stigli do zaključka o pravoj ulozi kulture u razvoju. Pišući o spontanim i naučnim pojmovima Vigotski odvaja jedan odeljak i posvećuje ga osnovnijem pitanju o odnosu između učenja i razvoja, gde plasira svoju glavnu tezu da učenje ide ispred razvoja i da ono vuče razvoj [14]. Pažljivije čitanje toga odeljka otkriva da je problem odnosa između učenja i razvoja preklapljen sa problemom odnosa između učenja i sazrevanja, štaviše da nema načina da se ta dva različita problema razdvoje. Posebno primenjujući tu svoju tezu na problem obučavanja dece pisanju, on tvrdi da dete počinje da uči pisani govor u trenutku kada funkcije na kojima počiva taj vid govora još nisu ni počele svoj razvoj, te, prema tome, njihov razvoj i počinje i odvija se i dovršava se kroz obuku pisanju, odnosno kroz – učenje. Nećemo ovde zalaziti u analizu brojnih protivrečnosti koje su posejane u ovom tekstu, nego ćemo samo kazati da se i u ovom slučaju vidi ono osnovno: učenje (u vidu usvajanja jednog kulturnog proizvoda kakvo je pismo) *stvara* razvoj (četiri funkcije koje još nisu počele da se razvijaju su apstrahovanje od glasovnosti, apstrahovanje od sagovornika, svesnost i voljnost). Ukratko, učenje (u vidu prenošenja “kulturne forme” jedinki) čini da razvoj pređe rastojanje od 0 (tačka u kojoj razvoja nema, odnosno u kojoj četiri funkcije nisu ni počele svoj razvoj) do 1 (makar minimalni razvojni kvalitet u vidu funkcije, stadijuma i sl.).

Iako ova postavka (o kulturi koja stvara razvoj) nigde nije eksplicitno iskazana (štaviše, naći ćemo tvrdnju da kultura ništa ne stvara), niz drugih eksplicitno iznetih postavki sasvim je u skladu sa njom [15]. Takva je, recimo, postavka da je imitacija glavni mehanizam razvoja, ili postavka da je idealna kulturna forma izvor razvoja, ili da je obučavanje izvor razvoja [16, 17, 18]. Sve te postavke zajedno, kao i svaka pojedinačno, kazuju da kultura stvara razvoj, odnosno, drukčije rečeno, da se razvoj sastoji ni iz čega drugog nego iz niza imitacijom prenetih kulturnih sadržaja u posed pojedinca.

U takvoj teorijskoj zgradi nema mesta za pojam razvoja koji bi upućivao na niz unutrašnjih kvalitativnih promena u vidu stadijuma. Vigotski, međutim, nije odbacio takav pojam razvoja, on ga je zadržao. U skladu sa tim je i njegov pojam zone narednog razvoja, iako u konceptu koji počiva na imitaciji i idealnoj kulturnoj formi kao izvoru nema mesta ni za razvoj ni za naredni razvoj (ali zato ima raznih manevara da se taj pojam ipak obezbedi, [19]. Zašto je onda zadržan takav pojam razvoja?

Mislimo da se na ovo pitanje može odgovoriti tek ako se uzme u obzir spoljašnji društveno-istorijski okvir u kojem je ovo delo stvarano. Taj okvir čini pobeda boljševičke komunističke revolucije u Rusiji i produženje oružane borbe idejnom. Tako imamo grupu idejnih boraca-boljševika koji

nastoje da naprave marksističku psihologiju, pri čemu neki takvu psihologiju vide u bihejviorizmu, drugi u refleksologiji, treći u reaktologiji... Vigotski je takođe borac na tom idejnom psihološkom frontu. Za njega se i lični i partijski zadatak sastoji u osvajanju psihologije za marksizam. On veli da oblast nesvesnog “treba osvojiti za marksizam”, ostavljajući to osvajanje nekome drugom (recimo u polju emocionalnog razvoja) dok on izgara u osvajanju psihologije svesti [20,21]. Njegove stranice vrve od borbenog rečnika. On hoće da obelodani “nedostatke koncepcije buržoaske nauke” i da “iza borbe konkretnih i specijalnih psiholoških hipoteza” otkrije “načelnu borbu različitih filozofskih pogleda na prirodu ljudske svesti” [22,23]. Vigotski u savremenoj psihologiji emocija vidi sliku idejne borbe u kojoj se teorijama nanose “smrtonosni udarci sa svih strana” [24,25]. Najgušće posejan borbeni rečnik nalazimo u programskom tekstu “Istorijski smisao psihološke krize” iz 1927. godine, u kojem vidimo “borbu disciplina”, “borbu između dve psihologije”, “duboko neprijateljstvo metodoloških principa”, “ideje gospodare”, “ideje ideološke agente” i sl. [26]. Za Vigotskog “marksistička psihologija nije škola među školama, već jedina prava psihologija kao nauka; druge psihologije osim nje, ne može biti”, pošto se “radi o celoj psihologiji, u celom njenom obimu, o jedinstvenoj psihologiji koja ne dozvoljava nikakvu drugu” (podvukao LSV) [27].

Osvajanje psihologije za marksizam nije dovelo – niti je moglo dovesti – do koherentne i obuhvatne razvojno-psihološke teorije, nego samo do štiva sa dubokim strukturnim neusklađenostima i sa obiljem površinskih protivurečnosti. Ali pošto je tadašnja razvojna psihologija snažno uključivala pojam razvoja u vidu niza unutrašnjih transformacionih kvalitativnih promena, Vigotski hoće da ga zadrži uprkos tome što što je on sasvim tuđ njegovim postavkama o imitaciji kao mehanizmu i o kulturi kao izvoru razvoja, kao i principu alomorfnosti. Drugim rečima, osvojiti psihologiju za marksizam značilo je i osvojiti njen pojam razvoja, zajedno sa pratećim pojmovima stadijuma i unutrašnje promene; samo osvajanje, pak, ostvarilo se onako kako je jedino bilo moguće – u vidu spoljašnjeg nalepljivanja reči i tvrdnji koje tome pojmu nikako ne pripadaju. Uostalom, njegov osvajački pohod na psihologiju u celini je tekao u istom vidu. On, naime, nije polako gradio i razrađivao celovitu teoriju psihičkog razvoja, brinući se o njenoj unutrašnjoj konzistenciji i saglasnosti sa empirijskim podacima, nego je u tadašnjoj psihologiji uzimao za metu pojedine teorije, posebna rešenja ili probleme i onda je na njih kalemio ovu ili onu Marksovu dogmu: jednom socijalnost (čuvena formula svih viših psihičkih funkcija), drugi put dijalektičnost (periodizacija), treći put istoričnost – a u celini materijalizam.

Ukratko, pošto kultura u teoriji Vigotskog stvara razvoj, a ne samo da ga podstiče ili podržava, tu teoriju bi bilo primerenije zvati kulturalističkom, nego blaže – kulturno (istorijskom).

Zaključak

Širok je raspon oblasti u kojima ćemo danas naći pominjanje Lava Semjonoviča Vigotskog kao izvora ideja. Taj raspon je veliki i unutar psihologije, jer se kreće od razvojne i pedagoške pa do kliničke psihologije i psihoterapije. Izvesna relevantnost ideja Vigotskog prihvata se i van granica psihologije. Pritom ćemo u svakoj od tih oblasti naći onoliko izdanja teorije Vigotskog koliko ima autora koji je uzimaju kao inspiraciju. Za takvu raznolikost shvatanja ove teorije “zasluge” pripadaju njenom tvorcu ne manje nego njegovim epigonima, budući da je on iza sebe ostavio nekoherentno delo prepuno neodređenosti, protivrečnosti, nedoslednosti... Sa druge strane, primenu, kako u ovim teorijskim oblastima tako i u praksi, nalaze pojedinačne ideje ovog sovjetskog autora, a takvoj parcijalnoj primeni, naravno, ne smeta unutrašnja nekoherentnost izvornog učenja. Poštovaoci i sledbenici Vigotskog, pak, nikada neće dati celovitiji prikaz njegovog dela, jer će redovno sakrivati ovu ili onu postavku koja deluje neprikladno, promašeno ili neodrživo. Recimo, ako se daje čuvena formula o prelasku sa socijalnog plana na unutrašnji, redovno se izostavljaju četiri stupnja koja uz tu formulu idu. Ili, mnogo hvaljena i obilno korišćena postavka o zoni narednog razvoja nikad se ne iznosi uz postavku o imitaciji kao glavnom mehanizmu razvoja, iako za marksistu Lava Semjonoviča jedno nije išlo bez drugog. Na drugoj strani, kada se ideje Vigotskog koriste kao osnovna podloga i obrazac za kreiranje teorije u novom razvojno-psihološkom području – kao što je emocionalni razvoj, uzmimo to za primer – dobija se delo takođe prepuno protivrečnosti, nedoslednosti, jednostranosti [28]. Ipak, kad god nailazimo na primenu ove teorije u bilo kojoj oblasti psihologije, uvek vidimo jedno zajedničko jezgro u vidu postavki sa istim varijacijama: kao primat spoljašnjeg nad unutrašnjim, socijalnog nad psihičkim, znaka nad mišljenjem, učenja nad razvojem, kulture nad biologijom.

CULTURE IN THEORY OF LEV SEMENOVICH VYGOTSKY *

Jovan Miric

Faculty of Philosophy,
University of Belgrade, Belgrade, Serbia

Abstract: The theory of Lev Semenovich Vygotsky is quite popular nowadays in the developmental and educational psychology. It is popular in spite of the fact that followers of this Soviet author for the most part emphasize his starting points instead of the elaborate developmental psychological theory. An important role is assigned to culture in this theory, and it is referred to by many as a cultural and historical theory. However, it is yet to be determined what exactly is the role of culture in psychological development of an individual. This report makes a clarification in this respect particularly by starting from the question of whether culture has a supportive role in the individual development (as majority believes) or if the role of culture is even greater. The report examines the principle of alomorphic development and two general assumptions (on evolutionary shift through history and on learning ahead of development), since the principle and two assumptions hold the basis for the conclusion that culture is not merely something that supports or motivates the development, but that the culture creates it. This theory in its series of oppositions (biological-cultural, evolutionary-historical, natural-social, individual-collective) based its mental ontogenesis in an explanatory manner by excluding the option of integration of such factors and by bringing down the development to a transfer of culture into the possession of an individual, firstly external, and afterwards internalised. Several other assumptions are suggested in the report which are not in harmony with such starting points (retained classical concept of development as a series of internal qualitative changes, and the concept of zone of proximal development) and the true nature of Vygotskian work was not created as a scientific theory on Marxist grounds, but a form of an ideological struggle in the field of developmental psychology.

Key words: *culture, mental ontogenesis, learning, tools, zone of proximal development, Marxism*

*This paper was presented at the International conference "Culture: In Search of a New Paradigm", held at the Faculty of Philology, Belgrade, 18-19 March 2013.

Literatura

1. Plut D. Udžbenik kao kulturno-potporni sistem. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2003.
2. Leontjev AN. O stvaralačkom putu LS Vigotskog. U: Vigotski LS. Sabrana dela. Tom I. Pitanja teorije i istorije psihologije. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1996:9-33.
3. Petrovsky A. Psychology in the Soviet Union. A Historical Outline. Moscow: Progres Publishers; 1990.
4. Mirić J. Vigotski koji jeste. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2012:40.
5. Выготский Л.С. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 3: Проблемы развития психики, 1983: 145.
6. Vigotski L. Mišljenje i govor. Beograd: Nolit; 1977
7. Vigotski L. Istorijski razvoj ponašanja čoveka. Psihologija. 1972; 1-2:77-84.
8. Выготский ЛС. Собрание сочинений Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 6: Научное наследство, 1984:57.
9. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 3: Проблемы развития психики, 1983:116.
10. Mirić J. Alomorfni razvoj – vrhovna postavka teorije Vigotskog. Psihologija. 2003;36:437-50.
11. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 3: Проблемы развития психики, 1983:25.
12. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 3: Проблемы развития психики, 1983:268.
13. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 3: Проблемы развития психики, 1983:206
14. Vigotski L. Mišljenje i govor. Beograd: Nolit; 1977:227-62.
15. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 3: Проблемы развития психики, 1983:125.
16. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 3: Проблемы развития психики, 1983:131 и 143.
17. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 4: Детская психология, 1984:356.
18. Vigotski L. Mišljenje i govor. Beograd: Nolit; 1977:198.
19. Mirić J. Vigotski koji jeste. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2012:104-6.
20. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 1: Вопросы теории и истории психологии, 1982:334.
21. Mirić J. Model poučavanja Holodinskog i Fridlmajera: prikaz i kritika jedne savremene teorije emocionalnog razvoja. Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja. 2010, 42:7-26.
22. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 4: Детская психология, 1984:319.
23. Выготский ЛС. Собрание сочинений Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 6: Научное наследство, 1984:172.
24. Выготский ЛС. Собрание сочинений Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 6: Научное наследство, 1984:217.
25. Выготский ЛС. Собрание сочинений Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 6: Научное наследство, 1984:159.

26. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 1: Вопросы теории и истории психологии, 1982:291-436.
27. Выготский ЛС. Собрание сочинений. Москва: Педагогика; 1982-1984. Том 1: Вопросы теории и истории психологии, 1982:291-435.
28. Holodynski M. & Friedlmeier W. Development of emotions and their regulation: An internalizing model. New York: Springer; 2005.

Prof. Jovan MIRIĆ, Filozofski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Beograd, Srbija

Jovan MIRIC, Faculty of Philosophy, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

E-mail: jovmiric@gmail.com

KLINIČKA VALIDNOST ČETVRTOG IZDANJA VEKSLEROVE SKALE INTELIGENCIJE ZA DECU

Teodora Matić, Olivera Branković

Odeljenju za psihologiju,
Filozofski fakultet u Beogradu, Beograd, Srbija

Apstrakt: U radu je u osnovnim crtama opisana poslednja revizija Vekslerove skale inteligencije za decu, WISC-IV (*Wechsler intelligence scale for children-IV*) i dat je pregled najvažnijih nalaza vezanih za kliničku validnost instrumenta kada je reč o lakoj i umerenoj mentalnoj retardaciji, različitim poremećajima čitanja, pisanja, govora, učenja i pažnje, autizmu, Aspergerovom sindromu, otvorenim i zatvorenim povredama glave i motornim oštećenjima. Osim toga, izneti su i nalazi vezani za mogućnost izrade profila karakterističnih za različite poremećaje. Autori zaključuju da WISC-IV može biti koristan instrument u istraživanjima i kliničkoj praksi i zalažu se za njegovu standardizaciju i izradu normi za populaciju dece u Srbiji.

Ključne reči: Vekslerove skale, merenje inteligencije, dijagnostičke tehnike i procedure, poremećaj pažnje sa hiperaktivnošću, poremećaji učenja, jezički poremećaj.

Uvod

Vekserova skala inteligencije za decu, WISC (Wechsler intelligence scale for children) predstavlja jedan od mnogih testova inteligencije koje je razvio Dejvid Veksler, a čija je najnovija revizija, WISC-IV, objavljena 2003. godine [1]. Prvo izdanje skale sadržalo je dva skora – skor verbalne i skor neverbalne inteligencije. Ova dva skora, kao i ukupni IQ skor (Full Scale IQ, u daljem tekstu FSIQ), predstavljali su devijacione skorove zasnovane na normama dobijenim standardizacijom na deci istog uzrasta [2]. Ova podela zadržana je i kod naredne dve revizije instrumenta (WISC-R i WISC-III), ali je u najnovijoj verziji instrumenta, WISC-IV, ona napuštena i zamenjena podelom na četiri skora [3]. To su indeksi: Verbalnog shvatanja (VRI), koji sadrži zadatke Sličnosti, Rečnik, Shvatanje, Informacije i Verbalno rasuđivanje; Perceptivnog rasuđivanja (PRI), koji sadrži zadatke Slaganje kocaka, Slikovno poimanje, Neverbalno rasuđivanje i Dopunjavanje slika; Radne memorije (RMI), koji sadrži zadatke Ponavljanje brojeva, Pamćenje nizova slika i brojeva i Aritmetika; i Brzine obrade informacije (BPI), koji sadrži zadatke Šifra, Prepoznavanje simbola i Precrtavanje [4,5].

Pregled nalaza

Prethodne verzije testa pokazale su kliničku validnost za čitav niz poremećaja [6,7,8,9,10], a već se pojavljuju i istraživanja koja se bave validnošću najnovije revizije. U ovim istraživanjima, uglavnom se polazilo od pretpostavke da će postojati razlike u skorovima dece iz kontrolne i kliničke grupe. Posmatrane su razlike aritmetičkih sredina kompozitnih skorova (FSIQ, VRI, PRI, RMI i BPI) dece iz kontrolne i eksperimentalne grupe. Sledi kratki pregled tih istraživanja, grupisan prema dijagnostičkim kategorijama.

Deca sa *lakom mentalnom retardacijom* imaju opseg kompozitnih skorova od 60.5 (FSIQ) do 73.0 (PRI), i svi njihovi skorovi su značajno niži od korenspondentnih kompozitnih skorova za decu normalnih sposobnosti. Kompozitni skorovi za decu sa *umerenom mentalnom retardacijom* su još niži, pri čemu je opseg skorova od 46.4 (FSIQ) do 58.2 (BPI). Sve razlike kompozitnih skorova između kliničke i kontrolne grupe su velike. Varijabilitet učinka je veoma mali, za obe grupe dece, sa manjim varijabilitetom kompozitnih skorova za grupu dece sa umerenom mentalnom retardacijom.

Deca sa *poremećajima čitanja*, pri poređenju sa kontrolnom grupom, imaju niže skorove za sve indekse, sa posebno velikom razlikom na RMI. Ovo je u skladu sa istraživanjima koja ukazuju na vezu između učinka u čitanju i teškoća sa zadacima koji zahtevaju auditornu radnu memoriju. Deca sa *poremećajem ekspresije čitanja i pisanja* takođe, u poređenju sa kontrolnom grupom, imaju značajno niže kompozitne skorove, pri čemu se veličina razlika kreće od srednje do velike. Obe kliničke grupe dece (sa poremećajima čitanja i poremećajem ekspresije čitanja i pisanja) imaju posebno velike razlike u kompozitnim skorovima na RMI u odnosu na kontrolnu grupu. Skorovi

dece sa *matematičkim poremećajem* su značajno niži u odnosu na kontrolnu grupu za sve indekse sem BPI. Najveća razlika je na skorovima na PRI, primarno zbog diferencijalnog učinka na zadatku Grupisanja slika, koji zahteva fluidno rezonovanje apstraktnim verbalnim konceptima.

Kod dece sa dijagnozom *poremećaja pažnje sa hiperaktivnošću* nađene su umerene razlike kompozitnih skorova za BPI, kao i male razlike za RMI i VRI. Na nivou zadataka, najveće razlike su nađene u Aritmetici i Šifri. Ovakvi rezultati su konzistentni sa istraživanjima koja ukazuju da deca sa poremećajem pažnje obično postižu skorove opšte inteligencije bliske normalnim, ali je njihov učinak na zadacima brzine procesiranja i radne memorije lošiji nego na zadacima verbalnih i perceptivnih sposobnosti [11].

Deca sa *dvojnomo dijagnozom poremećaja učenja i poremećaja pažnje* generalno imaju niže skorove nego deca iz kontrolne grupe. Razlike kompozitnih skorova su velike za RMI i BPI, dok su umerene za VRI i PRI. Takođe, velike razlike dobijene u učinku na zadacima Aritmetika i Raspon brojeva sugerisu povezanost deficita pažnje i egzekutivne kontrole radne memorije sa brzinom procesiranja. Istraživanje, koje je ispitivalo kliničku validnost španske verzije WISC-IV (kliničku grupu su činila deca sa neuropsihološkim poremećajima učenja, pažnje i epilepsijom), je potvrdilo razliku u skorovima između kontrolne i kliničke grupe na španskom uzorku. Rezultati su pokazali da deca sa neuropsihološkim poremećajima imaju niže skorove na RMI i BPI od kontrolne grupe, kao i da najniže skorove imaju na BPI, na zadacima Šifra i Traženje simbola. Iako dobijeni indeksni skorovi i skorovi na zadacima kliničke grupe nisu bili niski kao skorovi grupe dece sa strukturalnim moždanim povredama, pokazalo se da je BPI koristan pri identifikovanju dece sa moždanim disfunkcijama [12].

Kod dece sa *poremećajem ekspresije govora* nađene su velike razlike kompozitnih skorova za VRI i RMI, dok su na nivou zadataka nađene velike razlike u Razumevanju, Informacijama i Aritmetici u odnosu na kontrolnu grupu. Ovi nalazi su u skladu sa istraživanjima koja sugerisu da deca sa ovim poremećajem i na školskom uzrastu nastavljaju da imaju probleme i poteškoće sa zadacima koji zahtevaju verbalno rezonovanje, izvlačenje zaključaka i sekvencijalno rezonovanje. Za decu sa *poremećajem ekspresije i receptivnim poremećajem govora* nađene su razlike kompozitnih skorova na svim nivoima poređenja sa kontrolnom grupom, sa najvećom razlikom na VRI. Ovo je konzistentno sa nalazima da starija deca sa ovim poremećajem pretežno imaju globalni deficit u kognitivnom funkcionisanju i da imaju relativno bolji učinak na neverbalnim nego na verbalnim zadacima.

Prilikom poređenja dece sa *otvorenim povredama glave* i dece iz kontrolne grupe najveće razlike u kompozitnim skorovima su nađene za BPI i PRI. Iako razlika skorova za RMI i FSIQ nije bila statistički značajna, autori smatraju da se, s obzirom na veličinu uzorka (N=16), može smatrati umerenom. Nije bilo razlika u skorovima među grupama na VRI, što zajedno sa velikim razlikama nađenim na zadacima Prepoznavanje Simbola i Slaganje

kocaka ide u prilog nalazima koji sugerišu da je manji uticaj traumatske povrede mozga na verbalne sposobnosti u odnosu na ostale kognitivne sposobnosti zahvaćene povredom. Osetljivost ova dva zadatka na moždana oštećenja potvrđena je i na verziji testa za odrasle [13]. Slični efekti su nađeni i za decu sa *zatvorenim povredama glave*: najveća razlika između grupa je bila na PRI, dok su umerene razlike nađene na VRI i RMI.

Deca sa *autizmom* imaju niže kompozitne skorove od kontrolne grupe, pri čemu su razlike velike. Ovi rezultati su u skladu sa prethodnim istraživanjima koja su pokazala da kod dece sa autizmom postoji niži nivo opšteg kognitivnog funkcionisanja u poređenju sa decom bez pervazivnih razvojih poremećaja. Osim ovoga, ranija istraživanja su pokazala i da deca sa autizmom imaju bolji učinak na zadatku Slaganje kocaka u odnosu na druge zadatke.

Kod dece sa *Aspergerovim sindromom* nađene su velike razlike kompozitnih skorova između grupa za PRI i umerene razlike za RMI. Na nivou zadataka, primećeno je da klinička grupa ima bolje učinke na randomiziranoj nego na struktuiranoj slici Precrtavanja. Kao zanimljivost, izdvaja se i da je učinak ove grupe značajno bolji na Sličnostima nego na Grupisanju slika.

Postoje velike razlike prosečnih skorova između grupa za BPI i umerene razlike za PRI kod dece sa *motornim oštećenjima*. Na nivou zadataka, nađena je velika razlika između grupa za zadatke Šifra, Traženje Simbola, Precrtavanje i Aritmetika. Uopšte, rezultati ove studije su konzistentni sa nalazima koji sugerišu da deca sa zastojem u motornom razvoju imaju uglavnom niže skorove na svim zadacima izvođenja Vekslerove skale inteligencije, u poređenju sa kontrolnom grupom [11].

Pored kliničke validnosti, ispitivani su profili karakteristični za određene poremećaje. Za WISC-III utvrđeni su profili karakteristični za različite poremećaje, dok za WISC-IV takvi profili nisu u potpunosti razrađeni, ali preliminarna ispitivanja pokazala su rezultate konzistentne onima za WISC-III. Za decu sa *zatvorenim povredama glave*, najniži prosečni skorovi su na neverbalnim zadacima. Za decu sa *poremećajima učenja, poremećajem pažnje i autizmom*, najniži prosečni indeksni skorovi su RMI i BPI, pri čemu je skor za Šifru niži od skora za Traženje Simbola. Deca sa autizmom imaju najniži skor na zadatku Shvatanje od svih VRI zadataka. Utvrđeno je i da deca sa poremećajem pažnje najniži skor imaju na RMI ili BPI.

Ispitivana je i prognostička validnost za određene podgrupe kliničkog uzorka. Tako je, na uzorku od 678 dece sa *poremećajem pažnje*, utvrđeno da RMI i VRI imaju višu korelaciju sa čitanjem, pisanjem i matematikom nego BPI i PRI, koji su kod sve dece bili i najniži. Kao najbolji prediktori *poremećaja učenja u oblasti čitanja* pokazali su se RMI i BPI skorovi, zajedno sa zadatkom Shvatanje. Pomoću diskriminacione analize 67% dece sa poremećajem učenja bilo je na taj način tačno identifikovano. Rezultati su bili slični za poremećaje učenja u drugim akademskim oblastima. Prisustvo

ili odsustvo specifičnih *poremećaja učenja u oblasti pisanja, čitanja i matematike* mogli su se predvideti i do 70% tačnosti korišćenjem indeksnih skorova, pri čemu je utvrđeno da su u svim akademskim oblastima kognitivni prediktori postignuća isti, mada je predikcija ovim prediktorima bolja za čitanje i matematiku nego za pisanje. Utvrđeno je da je FSIQ najbolji pojedinačni prediktor postignuća u čitanju, matematici i pisanju. RMI i VRI indeksi i zadaci su, uopšteno govoreći, moćniji prediktori akademskog postignuća od BPI indeksa i zadataka i oni, kada se radi o oblastima shvatanja pročitnog, čitanja reči, pisanja i matematike, imaju znatno višu korelaciju sa skorovima postignuća od BPI i PRI indeksa. Kada se u obzir uzmu samo indeksni skorovi, pokazuje se da sposobnosti koje meri RMI imaju velikog uticaja kako na stepen akademskog postignuća, tako i na diskrepancu između sposobnosti i postignuća ili poremećaje učenja. RMI u kombinaciji sa VRI u najvećoj meri određuje stepen postignuća, dok RMI u kombinaciji sa BPI u najvećoj meri određuje diskrepancu između sposobnosti i postignuća i poremećaje učenja. Ovo je i očekivano, jer je akademsko postignuće bliskije povezano sa verbalnom nego sa neverbalnom inteligencijom. Ovi rezultati ukazuju na to da postoji značajna razlika između niskog postignuća i poremećaja učenja. Nisko postignuće karakterišu niske verbalne sposobnosti, dok poremećaje učenja karakterišu specifične neurokognitivne slabosti u oblasti pažnje, brzine izvođenja i grafomotornih veština, na šta ukazuju niski BPI i RMI skorovi i zadatak Šifra. Kao što je već pomenuto, za decu sa poremećajem pažnje, najniži skrovi su indeksni skorovi su BPI i RMI. Ovakav profil je vrlo indikativan za poremećaj pažnje i u takvim slučajevima uvek treba primeniti obuhvatnu evaluaciju radi utvrđivanja postojanja ovog deficita. U slučaju kada nijedan od ova dva indeksna skora nije najniži u odnosu na ostale skorove deteta, poremećaj pažnje je vrlo malo verovatan [14].

Zaključak

Najnovije izdanje Vekslerovog testa inteligencije za decu za koje postoje norme za naše područje jeste REVISK, adaptirana verzija drugog izdanja njegove skale WISC-R iz 1974. godine, koja je za naše područje standardizovao Mikloš Biro u istraživanju izvršenom između 1981. i 1986. godine [15]. Zbog zasterelosti normi, ali i zbog novih značajnih promena uvedenih u četvrtoj reviziji skale, autori smatraju da bi i kliničari i istraživači u oblasti dečije neuropsihologije imali velike koristi od ove verzije instrumenta prilagođene i standardizovane za naše područje. Mada nikada ne može zameniti kliničko rasuđivanje, već mu može biti samo dopuna, iz navedenih nalaza jasno je da WISC-IV može poslužiti kao veoma korisna alatka u kliničkom radu.

CLINICAL VALIDITY OF WECHLER INTELLIGENCE SCALE FOR CHILDREN FOURTH EDITION

Teodora Matic, Olivera Brankovic

Department of Psychology, University of Belgrade, Serbia

Abstract: This article describes the latest edition of Wechsler intelligence scale for children, WISC-IV, in general terms and contains a review of the most important findings regarding clinical validity of this instrument when it comes to mild and moderate mental retardation, difficulties in learning and attention disorders, autism, Asperger syndrome, open and closed head injuries and motor impairment. It also contains findings regarding the possibility of constructing profiles typical for different disorders. Authors conclude that WISC-IV can be a useful instrument in research and clinical practice and advocate its standardization and construction of norms for Serbian population.

Key words: *Wechsler scales, measurement of intelligence, diagnostic techniques and procedures, attention deficit disorder with hyperactivity, learning disorders, language disorders*

Literatura

1. Ryan JJ, Glass LA, Brown CN. Administration time estimates for Wechsler intelligence scale for children-IV subtests, composites, and short forms. *J Clin Psychol.* 2007;63(4):309-18.
2. Littell WM. The Wechsler intelligence scale for children: review of a decade of research. *Psychol Bull.* 1960;57(2):132-56.
3. Keith TZ, Fine JG, Taub GE, Reynolds MR, Kranzler GH. (2006). Higher order, multisample, confirmatory factor analysis of the Wechsler intelligence scale for children – fourth edition: what does it measure? *School Psych Rev.* 2006;35(1):108-27.
4. Williams PE, Weiss LG, Rolfhus E. WISC-IV technical report #1 theoretical model and test blueprint. The Psychological Corporation, Harcourt Assessment Company; 2003.
5. Watkins MW. Structure of the Wechsler intelligence scale for children – fourth edition among a national sample of referred students. *Psychol Assess.* 2010;22(4):782-7.
6. Lyon MA. A comparison between WISC-III and WISC-R scores for learning disabilities reevaluation. *J Learn Disabil.* 1995; 28(4):253-5.
7. Riccio CA, Hynd GW. Measurable biological substrates to verbal-performance differences in Wechsler scores. *Sch Psychol Q.* 2000;15(4):386-99.
8. Bowers TG, Risser MG, Suchanec JF, Tinker DE, Ramer JS, Domoto M. A developmental index using the Wechsler intelligence scale for children: implications for the diagnosis and nature of ADHD. *J Learn Disabil.* 1992;25(3):179-85.
9. Koyama T, Inada N, Hiromi T, Hiroshi K. Predicting children with pervasive developmental disorders using the Wechsler intelligence scale for children – third edition. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;62:476-8.
10. Elleen H. The usefulness of Wechsler intelligence scale for children – third edition and the Wisconsin card sorting test in diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder. Ph. D Dissertation, Biola University; 1996.
11. Williams PE, Weiss LG, Rolfhus E. WISC-IV technical report #3 clinical validity. The Psychological Corporation, Harcourt Assessment Company; 2003.
12. San Miguel Montes LE, Allen DN, Puente AE, Neblina C. Validity of the WISC-IV Spanish for a clinically referred sample of hispanic children. *Psychol Assess.* 2010;22(2):465-9.
13. Jovanović V. Neuropsihološke funkcije koje meri Vekslerov test inteligencije. *Psihijat dan.* 2010;42(2):107-26.
14. Mayes SD, Calhoun SL. Wechsler intelligence scale for children–third and – fourth edition predictors of academic achievement in

children with attention – deficit/hyperactivity disorder. Sch Psychol Q. 2007;22(2):234-49.

15. Biro M. Priručnik za REVISK (Tom I). Beograd: Savez društava psihologa Srbije; 1987.

Teodora MATIĆ, Odeljenju za psihologiju, Filozofski fakultet u Beogradu, Beograd, Srbija

Teodora MATIĆ, Department of Psychology, University of Belgrade, Serbia

E-mail: teodoramtc@gmail.com

ACTING OUT U ADOLESCENCIJI – OD IZAZOVA DO KOMORBIDITETA: PRIKAZ SLUČAJA

Zagorka Bradić i Sabina Jahović

Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Apstrakt: Kada se razmatra acting out tokom adolescencije, neophodno je uzeti u obzir različita značenja ovog čina, koja idu od zdravih potreba adolescenta za sopstvenim prostorom i granicama, do ponavljanja traumatskih iskustava koja na nasilan način narušavaju telesne i prostorno - vremenske granice. Iskustvo nam pokazuje da je acting out karakteristika adolescencije, kao što je igranje karakteristika detinjstva ili komunikacija putem jezika karakteristika odraslog doba. Suočen sa telom koje se rasteže, menja i raste u svim pravcima, baš kao i njegov um - adolescent više nije onaj koji je bio. Njegovim psihičkim životom dominira doživljaj neizvesnosti i nemogućnosti kontrole, dok slika tela postaje difuzna. Uhvaćen između zavisnosti i nezavisnosti, idealizacije i devaluacije, ambivalentno oscilujući između najekstremnijih osećanja, adolescent proživljava krizu identiteta. Primitivni nagoni i sa njima povezane fantazije, pojačane do krajnjih granica, mobilisu se i prazne kroz acting out, suprostavljajući se stanju dezintegracije. Na taj način adolescent postiže kompromis između onipotentnih fantazija i privremeno oslabljenog ega. U radu ćemo se baviti zajedničkim karakteristikama acting out reagovanja tokom adolescencije, karakteristikama adolescenata koji ga ispoljavaju, ograničenjima psihijatrijske nozologije sa kojima nas suočavaju, teškoćama i, iznad svega, kompleksnošću psihodinamskog pristupa, posebno u okviru striktnog terapijskog setinga u institucijama, u čemu je Dnevna bolnica za adolescente Instituta za mentalno zdravlje pozitivan izuzetak. Primerom iz kliničke prakse ilustrovaćemo kako je telo depresivnog adolescenta sa poremećajem ponašanja, kroz acting out bilo ugroženo ozbiljnom somatskom bolešću i kako je druga somatska bolest kod istog adolescenta bila *acting out* i razlog prekida terapije u trenutku prorade patologije vezivanja i konflikta zavisnosti i autonomije.

Ključne reči: *adolescencija, acting out, poremećaj ponašanja, ljudsko telo, zavisnost, lična autonomija, kriza identiteta*

Uvod

Iskustvo nam pokazuje da je acting out ili čin odigravanja, karakteristika adolescencije, baš kao što je igra karakteristika detinjstva ili komunikacija putem jezika karakteristika odraslog doba. Adolescencija je izgrađena na subkulturi zasnovanoj na telesnim elementima, akciji i omnipotentnim fantazijama. Identifikacijom, simboli tokom adolescencije često imaju direktnu agresivnu ili seksualnu prirodu. Po Lauferovom modelu telo zauzima posebnu poziciju u razvoju, bilo da on teče normalno ili patološki [1]. Patologija se izražava najviše kroz telo, koje je glavna meta destruktivnih napada [2].

Ponašanje adolescenata koji se češće izražavaju odigravanjem pa umesto da misle, radije čine, sagledava se kao rizično. Za adolescente, upuštanje u rizik je izazov koji direktno i indirektno utiče na fizički, psihološki, seksualni, društveni i kulturološki aspekt njihovog razvoja [3]. Kada normalno traganje adolescenata za identitetom kroz rizik ode u pogrešnom smeru, govorimo o vrsti acting out-a koji, zbog svojih karakteristika, može ugroziti nečiji život. Takav acting out u potrazi za trenutnim zadovoljstvom napušta put odricanja, čime suspenduje prostorno-vremenske parametre reprezentacije. Mogućnost čekanja koja je neophodna da se generiše iluzija, postaje nekontrolisana i javlja se motorno praznjenje [4].

Ako je adolescentni proces definisan kao rad subjektiviteta i umetnost “postajanja svojim” [5], kao identifikacioni rad [6] ili kao rad na identitetu [7], tada acting out postaje, kroz prinudu, prepreka upravo adolescentovom formiranju sebe samog, suprotstavljajući se radu reprezentacije.

Acting out i poremećaj ponašanja su fenomeni koje možemo smatrati tipičnim za adolescenciju. Nije neuobičajeno naći različite poremećaje ponašanja istovremeno ili sukcesivno kod istog adolescenta. U većini slučajeva nemoguće je svrstati ova ponašanja ni pod jedno specifično psihijatrijsko poglavlje, jer prelaze granice poznatih dijagnostičkih kategorija [8]. Zašto baš adolescenti prekoračuju ove granice? Waddell ukazuje na ulogu narcizma u adolescentnom razvoju i koristi pojam “adolescentna organizacija” kao deo razvojnog procesa, pre nego dijagnostičku kategoriju kao indikatora patologije odraslih, podvlačeći neophodnost uzdržavanja od preranog dijagnostikovanja teškoća u adolescenciji [9]. Psihopatologija adolescenata odraz je razvojnog sloma, njegovog preuranjenog završetka i nemogućnosti nalažanja izlaza, stoga se ne može odnositi na termine koji su u upotrebi u klasičnoj psihijatrijskoj nozologiji [1]. Acting out ogoljava ne samo ograničenja psihijatrijske nozologije, već i teškoće i, iznad svega, kompleksnost psihodinamskog pristupa, posebno u okviru striktnog setinga psihijatrijskih ustanova, u čemu je Dnevna bolnica za adolescente Instituta za mentalno zdravlje, pozitivan izuzetak. Zajedničke karakteristike adolescenata sa poremećajem ponašanja, sklonih acting out-u, koji se leče u ovoj Dnevnoj bolnici prilagođenoj njihovim potrebama, ogledaju se u načinu na koji se

odnose prema drugima. Svi oni ambivalentno osciluju između žudnje za drugim i sopstvenom autonomijom, podjednako ne tolerišu samoću ali ni bliskost, dok su na stavove i mišljenja drugih osetljivi do hipersenzitivnosti. Imaju ogromne teškoće u regulisanju odnosa i pronalaženju optimalne distance, što rezultuje strasnim, idealizujućim vezivanjem za druge, potom njihovim hostilnim odbacivanjem. Naizmenično su preplavljeni strahom od separacije i strahom od intruzije, prezahtevni prema terapeutu i za njih značajnim osobama, lako povodljivi, skloni da protivreče i uporno odbijaju promenu. Ekstremno su osetljivi na zainteresovanost terapeuta i osoblja za njih, uvereni da ishod tretmana zavisi od toga koliko terapeut veruje u njih i nove metode koje koristi, dok na rutinsko lečenje reaguju loše [10]. U svim slučajevima, bez izuzetka, sabotiraju sami sebe napadima na sopstveno telo, na svoja postignuća ili unutrašnje rezerve, lišavajući se tako sopstvenog potencijala i onoga što su nekada visko vrednovali.

Prikaz slučaja

Luka* je dvadesetogodišnji student, dve godine u psihoterapijskom tretmanu koji je u dva navrata prekidao, razboleivši se od ozbiljnih somatskih bolesti koje su zahtevale urgentno medicinsko zbrinjavanje. Njegovo lečenje započelo je kombinovanjem farmakoterapije, psihoanalitičke psihoterapije i “milieu” terapije u Dnevnoj bolnici za adolescente, u koju je primljen zbog teške depresivne epizode i suicidalnosti.

Luku smo postepeno upoznawali (ZB) i često sagledavali kao spoj nespojivog. Iz jasnog i zapuštenog stanja, kada je mucao i govorio teškim južnjačkim akcentom, brzo se transformisao u doteranog mladića feminiziranih manira, koji je govorio tečno, pokazujući odlično znanje stranih jezika, uzimajući aktivno učešće u art terapiji i psihodramskim radionicama. U individualnoj seansi vispren, duhovit, zavodljiv, birao je reči i bio “dobro vaspitan”, dok bi u sledećem trenutku skliznuo u teatralnost, obezvređivanje, cinizam, nezainteresovanost i prazninu. Zatim bi danima govorio jezikom polimorfnih somatskih simptoma, precizno opisujući glavobolje, koje su se smenjivale sa stomaćnim i gastičnim smetnjama. Pokušaji preuzimanja kontrole nad terapijom bili su stalna pretnja našem odnosu, a razumela sam ih kao posledicu nepoverenja i straha od bliskosti, koje sam interpretirala. U grupnoj terapiji često se ponašao kao koterapeut, što je povremeno izazivalo ljutnju drugih adolescenata, dok je u ekspresivnim terapijama, zahvaljujući svojoj kreativnosti i dramatičnosti sa kojom je umeo da se našali na svoj račun, bio bolje prihvaćen. Za Dnevnu bolnicu govorio je da je „armatura“ za koju može da se uhvati da ne potone, kada je sam. Rastuću napetost tokom terapijskog vikenda, rešavao je zloupotrebom anksiolitika do kojih je dolazio na samo njemu poznat način. Lutao je noću,

*ime je promenjeno a pacijent je dao dozvolu da se publikuje ovaj prikaz

kombinovao alkohol sa lekovima i hodao najprometnijom ulicom ne obazirući se na automobile. Oslobođao se napetosti samopovređivanjem, što je redovno prethodilo i izlasku na ispite. Uprkos tome, funkcionisao je bolje - iz Dnevne bolnice svakodnevno je išao na fakultet, družio se sa kolegama i tri meseca kasnije, pred kraj hospitalizacije, uspostavio prvu homoseksualnu vezu, koju je pažljivo najavio plašeći se prezira i odbacivanja.

Psihoterapija je nastavljena u dispanzerskim uslovima, jedanput sedmično (ZB). Usledio je miran period, obeležen Lukinim akademskim uspehom, naznakama emotivne vezanosti za partnera sa kojim je imao prvi seksualni odnos. Majka, za koju je bio snažno vezan, bila je prisutna u sadržaju seansi i u realnosti, naročito u stanjima Lukine rastuće napetosti i straha od neuspeha na ispitima.

A onda je usledio nagli prekid. Nije došao na zakazanu seansu i nije se javio. Pojavio se posle tri meseca i saopštio da se razboleo od sifilisa, koji mu je preneo partner. Govorio je bez ikakvih emocija, ravnodušno, mehanički. Problem je najpre podelio sa majkom, što je unelo buru u njihov blizak odnos. Bio je iznenađen njenom reakcijom, osećao se iznevereno i odbačeno. Rekla sam kako se pita da li ću ga i ja izneveriti i odbaciti. Odgovorio je da više nikome ne veruje. Na sledećoj seansi bio je ljut, besan i pun očajanja zbog majčinog neprihvatanja njegove seksualnosti. Prvi put je govorio o konfliktnim porodičnim odnosima, očevom višestrukom, neuspešnom lečenju alkoholizma i kliničkoj depresiji mlađe sestre. Dva puta je pokušao samoubistvo presecanjem vena, potom trovanjem majčinim lekovima. Optuživao je majku za osujećenje pri izboru fakulteta i neostverene želje, obezvređivao svoje dotadašnje uspehe, osećao se zbunjeno, pogubljeno, raspadnuto, nesposobno da nastavi studiranje. Plašio se svog besa, jake želje da se uništi i tako osveti roditeljima, učestalo je zloupotrebljavao anksiolitike i ponovo potražio utočište u Dnevnoj bolnici za adolescente, u želji da opet postane "samo student".

Tokom ponovne hospitalizacije Luka je sve češće mogao da ne odigrava svoje loše delove van terapije već da ih donosi u seansi i govori o njima, integracija splittinga bila je uspešnija. Manje idealizujući bolnicu i terapeuta, napredovao je brže a terapijski odnos bio je sve čvršći. Povremeno se žalio na glavobolju i često povraćao. Govorio je često o majci koja mu nedostaje. Prorađivali smo konflikt zavisnosti i autonomije. Posle nekoliko nedelja redovnog dolaženja, nije se pojavio u Dnevnoj bolnici, kratko telefonom saopštivši da ima stomachne tegobe zbog trovanja hranom. Sutradan nije došao i nije se javljao. Bili smo ostavljeni u neverici i brizi, prepušteni čekanju.

Usledio je drugi prekid terapije koji je trajao tri meseca. Luka se potom vratio i kao da nije odsustvovao, nastavio da opisuje stanje akutnog kolitisa sa kojim je završio životno ugrožen u bolnici. Za razliku od prethodne bolesti, sifilisa, sadašnja bolest bila je slična majčinoj - ulceroznom kolitisu i o njoj je govorio sa mnogo detalja, skoro likujuć. Rekla sam kako mi uvek

govori o nečemu što je opasno i ugrožava njegov život, mnogo kasnije, kada sve prođe, kao da nije u stanju da nađe vezu sa sopstvenim osećanjima, niti da ih podeli sa mnom. Govorila sam o strahu od bliskosti i strahu od promena koji ga vraća nazad, kao i o potrebi da se čak i nesvesnim izborom bolesti vrati u jedno sa majkom. Odgovorio je da to razume, izražavajući spremnost da nastavi psihoterapiju.

Diskusija

Šta može pomoći da razumemo Luku i njemu slične adolescente, koji u odsustvu simbolizacije, sa terapeutom i svetom oko sebe mogu da komuniciraju samo acting out-om i poremećajem ponašanja? Na koji način adolescencija sve ovo pokreće?

Srebrna nit koja povezuje opisane fenomene sadržana je u konceptu zavisnosti [8]. U adolescenciji se efekti zavisnosti, seksualizacije adolescentnog tela i odnosa, ponovo aktiviranog Edipovog kompleksa, ujedinjuju i potenciraju traumatske efekte svakog faktora ponaosob, uzajamno se pojačavajući. Adolescenti poput Luke suočavaju se sa paradoksalnom situacijom kada ih njihova afektivna zavisnost stavlja u kontradiktornost sa potrebom za potvrđivanjem sopstvene autonomije - što su im odnosi sa drugima potrebni, čine se nepodnošljivim. Ova situacija vodi ih negiranju sopstvenih potreba i pogoršavanju svoje zavisnosti zaustavljanjem procesa internalizacije koji je neophodan kako bi se postigla identifikacija. Ovaj proces ima tendenciju da se samoodržava i pogoršava, kreirajući začarani krug. Kada osećate da njihovom identitetu prete relacione potrebe, ovakvi adolescenti odbrambeno reaguju acting out-om i poremećajem ponašanja, koji tako igraju važnu ulogu u unutrašnjoj ravnoteži, regulišući distancu u njihovim odnosima sa drugima [11].

U Lukinom slučaju, izazov konačnog uspostavljanja seksualnog identiteta završio je somatskom bolešću - sifilisom, koji ga je acting out-om izbacio iz terapije i sa puta autonomije vratio u krivicom opterećenu, zavisnost od majke. Drugi pokušaj separacije i vraćanja na put autonomije kroz terapiju koja je bila samo njegova, opet je prekinut acting out-om i novom somatskom bolešću, kolitisom, koja je svojim karakteristikama upućivala na ponovno stapanje sa majkom. Tako su acting out i poremećaj ponašanja Luku sa puta izazova i autonomije, odveli u slepu ulicu zavisnosti i komorbideta sa ozbiljnim somatskim bolestima.

Zaključak

Acting out je privilegovano sredstvo ekspresije u adolescenciji, ali i jedan od najtežih terapijskih zadataka. On uvek predstavlja napad na terapijski seting i osoblje, koje brine o adolescentima a prema kojem se oni ophode kao prema stvarima, ne vodeći računa o njihovim željama i osećanjima, zbog čega je rad sa njima izuzetno težak i provokativan.

Paradoksalno je da adolescenti, poput Luke, skoro uvek reaguju acting out-om kada stvari počnu da idu na bolje u terapijskom smislu, naročito kad postanu otvoreniji i bliskiji sa terapeutom i drugima, što očigledno remeti njihovu dotadašnju ravnotežu.

U težoj situaciji, acting out može dovesti ovakve adolescente u rizik da raskinu sa realnošću. Tada za njih spoljašnji svet izgleda kao odraz u ogledalu njihove unutrašnje realnosti, koju sa svim svojim pretnjama i konfliktima doživljavaju kao spoljašnju. Kada ih unutrašnja realnost preplavi, mogu reagovati acting out-om koji ima čudnu osobinu vraćanja nagona na samog sebe. Vraćanje je određeno mržnjom usmerenom prema objektima, u prikazanom slučaju prema figuri majke, iako je tokom manifestacije acting out-a, adolescent taj koji trpi agresiju samopovređivanja. Ovakvo učestalo acting out reagovanje kondenzuje nasilno iskustvo potresne agresivnosti, koja će, zajedno sa dodatnom krivicom, oblikovati sliku užasom preplavljenog adolescenta koji može ugroziti svoj i tuđ život.

Prikazom Lukinog terapijskog procesa, pokazano je i potvrđeno, kako najveći problem u tretmanu adolescenata sa učestalim acting out reagovanjem, predstavljaju prejaka osećanja koja oni ne mogu mentalizovati, zbog čega je usmerenost na mentalizovanje ključna komponenta u psihoterapijskom radu. Terapeut mora stalno da bude usmeren na um adolescenta i njegov doživljaj sebe i drugih osoba, mora da povezuje postupke adolescenta sa osećanjima i da ispituje koja to osećanja stoje u osnovi interakcije, a ne da sa adolescentom analizira logiku dijaloga.

U kliničkoj praksi, tretman ovakvih adolescenata trebalo bi da bude kombinacija individualne psihoterapije, grupne terapije sa implicitnim mentalizovanjem i ekspresivnih psihoterapija kao što je psihodrama, sa stalnim rizikom napada na seting, sve dok odnosi u terapiji i van nje ne postanu manje haotični, a acting out prestane da bude dominantan način kojim se premošćuje psihička realnost. Nakon ovog napornog dela terapijskog procesa koji traje oko dve godine, tretman treba nastaviti individualno ili u grupi toliko dugo dok adolescent, sada mlad čovek, ne bude u stanju da radi i voli.

ACTING OUT IN ADOLESCENCE – FROM CHALLENGE TO COMORBIDITY

Zagorka Bradic and Sabina Jahovic

Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

Abstract: When considering acting out in adolescence, it is necessary to take into account the meanings of this act which goes from healthy adolescents' needs for their own space to the repetition of traumatic experiences which violently disturb bodily and spatial-temporal boundaries. Our experience shows us that acting out is a characteristic of the adolescence, as playing is a characteristic of the childhood or language of the adulthood. Confronted with a body that stretches changes and grows in all directions just like his mind – adolescent is no longer the one he used to be. His psychic life is dominated by the experience of uncertainty and inability to control, while the body image becomes diffuse. Caught between dependence and independence, idealization and devaluation, ambivalently oscillating between the most extreme feelings, the adolescent experiences the crisis of identity. Primitive instincts and related fantasies, reinforced to the extreme, are mobilized and discharged through acting out, confronting the state of disintegration. In that way the adolescent obtains compromise between omnipotent fantasies and temporarily weakened ego. In this paper we will deal with common characteristics of acting out reactions during adolescence, characteristics of adolescents that display it, restrictions of psychiatric nosology, difficulties and, above all, the complexity of psycho-dynamic approach, especially within the strict therapy setting in institution, with the Day Hospital for Adolescents at the Institute for Mental Health as a positive exception. A case from clinical practice will illustrate how the body of a depressive adolescent with conduct disorder, through acting out, was in danger by serious somatic illness, and how the other somatic illness within the same adolescent was a form of acting out and the reason for interrupting the therapy at the moment when binding pathology and conflict of dependency and autonomy started to function.

Key words: *adolescence, acting out, conduct disorder, human body, dependency, personal autonomy, identity crisis*

Literatura

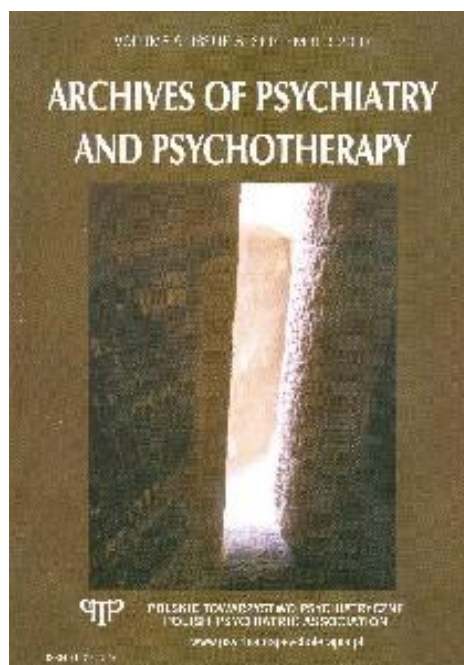
1. Laufer M, Laufer ME. Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic view. 3th ed. London: Karnac Books; 2002.
2. Perret-Catipovic M, Ladame F. Adolescence and psychoanalysis: the story of the history. In: Perret-Catipovic M, Ladame F, editors. Adolescence and psychoanalysis. London: Karnac Books; 1998. p. 1-17.
3. Bradić Z. Odrastanje, romansa visokog rizika. U: Ćurčić V, urednik. Drama jedne mladosti. Beograd: IP "Žarko Albulj"; 2001. str. 75-83.
4. Etchegoyen RH. The Fundamentals of psychoanalytic technique. Revised edition. London: Karnac Books; 2005.
5. Cahn R. The process of becoming-a-subject in adolescence. In: Perret-Catipovic M, Ladame F, editors. Adolescence and psychoanalysis. London: Karnac Books; 1998. p. 149-59.
6. Kestemberg E. Identity and identification in adolescents. In: Kestemberg E, editor. Adolescence laid bare. Paris: Presses Universitaires de France; 1999. p. 7-96.
7. Blos P. The second individuation process of adolescence. In: Perret-Catipovic M, Ladame F, editors. Adolescence and psychoanalysis. London: Karnac Books; 1998. p. 77-103.
8. Jeammet P. Links between internal and external reality in devising a therapeutic setting for adolescents who present with serious conduct disorders. In: Anastasopoulos D, Laylou-Lignos E, Waddell M, editors. Psychoanalytic psychotherapy of the severely disturbed adolescent. London: Karnac Books for EFPP; 1999. p. 25-57.
9. Waddell M. Narcissism: An adolescent disorder? J Child Psychother. 2006;32(1):21-34.
10. Young L, Lowe F. The Young people's consultation services: a model of engagement. In: Lemma A, editor. Contemporary developments in adult and young adult therapy. London: Karnac Books; 2012. p. 89-110.
11. Flechner S. On aggressiveness and violence in adolescence. Int J Psychoanal. 2005;86:1391-403.

Dr Zagorka BRADIĆ, psihijatar, subspecijalista psihoterapije, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Zagorka BRADIC, MD, psychiatrist, subspecialist psychotherapy, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: zaga.bradic@gmail.com

ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY



Quarterly, indexed in EMBASE/ExcerptaMedica, PsycINFO, EBSCO, Index Copernicus, PBL/GBL, DOAJ, CrossRef/DOI, Cochrane Library, SCOPUS, 7 points MNiSW

NEWSLETTER

We have the pleasure to inform You about the new issue of **Archives of Psychiatry and Psychotherapy** available at www.archivespp.pl
You can also find there the previous issues of the journal.

THE CONTENT OF THE No 4/2013

5 The many faces of empathy, between phenomenology and neuroscience
Massimiliano Aragona, Georgios D. Kotzalidis, Antonella Puzzella

13 Effect of metabolic abnormalities on cognitive performance and clinical
symptoms in schizophrenia Adam Wysokiński, Małgorzata Dzienniak, Iwona
Kłoszewska

27 A family member suicide causes “broken heart syndrome” – two cases of the
tako-tsubo cardiomyopathy
Agata Salska, Izabela Plesiewicz, Marzenna Zielińska, Krzysztof Chiziński

31 Generation changes of Polish adolescents self-image (cohorts 1987 versus
2001) Renata Modrzejewska, Wanda Badura-Madej

39 Trends of attempted suicide in Albanian children and adolescents
Vuksan Kola, Ermira Kola, Eliziana Petrela, Edmond Zaimi

45 The study comparing parenting style of children with ADHD and normal
children Mahboobeh Firouzkouhi Moghaddam, Marzeyeh Assareh,
Amirhossein Heidaripoor, Raheleh Eslami Rad, Masoud Pishjoo

51 Early maladaptive schemas as predictor of adolescents runaway
Kazem Khorramdel, Abbas Abolghasemi, Tayebe Rakhshani,
Sobhan Pour Nikdast, Saeid Rajabi

61 Trichotillomania in a 7 year old girl – Letter to the Editors
Mathew Nguyen, Shalini Tharani

We invite you not only to be readers, but also to submit your papers through
our electronic system: <http://www.editorialsystem.com/app/login/>

If you wish to subscribe printed journal go to:
<http://www.archivespp.pl/Subscribe.html>

You can contact us sending e-mail: archives@psychiatriapolska.pl

**We wish all our Authors, Readers, Reviewers, and our Publication Team a Merry
Christmas and a Happy and Healthy New Year.**

**Thank You for the whole year of cooperation and stay up with us sharing
knowledge, interests and experiences in the coming 2014!**



POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHIATRYCZNE
POLISH PSYCHIATRIC ASSOCIATION

www.archivespp.pl

ISSN 1509-2046

KALENDAR KONGRESA

2014.

WPA Regional Congress – “Addressing Mental Health Needs in the Alps-Adria-Danube Region: Stigma, Community Based Care, Stress and Suicidality”

April 9-12, 2014, Ljubljana, Slovenia

<http://www.wpaljubljana2014.org/>

E-mail: wpaljubljana2014@guarant.cz

6th International Congress on Psychopharmacology & 2nd International Symposium on Child and Adolescent Psychopharmacology (6th ICP - 2nd ISCAP) of TURKISH ASSOCIATION FOR PSYCHOPHARMACOLOGY

April 16-20, 2014, Antalya, Turkey

<http://www.psychopharmacology2014.org/>

E-mail: secreteriat@psychopharmacology2014.org

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

April 28-30, 2014, Berlin, Germany

Email: isad@kenes.com

XXIII European Stroke Conference

May 6-9, 2014, Nice, France

www.eurostroke.eu

E-mail: esc@congrex-switzerland.com

4th International Conference “Evidence Based Decision Making in Central Eastern Europe Health Care”, Pharmacoeconomics Section of the Pharmaceutical Association of Serbia (SFE SFUS)

May 15-16, 2014, Belgrade, Hotel Zira

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

Joint Congress Istanbul 2014

May 31 - June 3, 2014, Istanbul, Turkey

Abstract deadline: 8 January 2014

www.jointCongressofEuropeanNeurology.org

1st International Review of Psychiatry (InterΨ2014)
Organized by The International Society on Neurobiology and Psychopharmacology (ISNP)

Co-organized by the Institute of Mental Health, the Serbian Psychiatric Association and Psychiatric Association of Eastern Europe and the Balkans
June 5-7, 2014, Belgrade, Serbia
<http://www.psychiatry.gr>

WPA Thematic Conference – Neurobiology and Complex Treatment of Psychiatric Disorders and Addiction

June 5-7, 2014, Warsaw, Poland
www.wpatcwarsaw2014.com
E-mail: wpatcwarsaw2014@guarant.cz

2nd Eurasian Regional Congress of Biological Psychiatry in Bursa

June 5-8, 2014, Bursa, Turkey
<http://www.eurasianbiologicalpsychiatry-bursa2014.org/>
E-mail: burkonturizm@euromsg.net
E-mail: kongre@burkon.com

54th INPC Congress

June 18-22, 2014, Pula, Croatia
www.pula-cong.com

29th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology

June 22-26, 2014, Vancouver, Canada
www.cinp2014.com

Royal College of Psychiatrist's International Congress 2014

June 24-27, 2014, London, UK
The deadline for abstract submission – **07 March 2014**
<http://www.rcpsych.ac.uk/traininpsychiatry/eventsandcourses/internationalcongress2013.aspx>
Email: ljohnson@rcpsych.ac.uk

The first international Health Services Research: Evidence-based practice conference

July 1-3, 2014, London, UK
<http://www.health-services-research.com/conference>
nick.moss@biomedcentral.com

15th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour (ESSSB15)

August 27-30, 2014, Tallinn, Estonia
www.esssb15.org
www.suicidology.ee

XVI World Congress of Psychiatry – Focusing on Access, Quality and Humane Care

September 14-18, 2014, Madrid, Spain

<http://www.wpamadrid2014.com/>

E-mail: secretariat@wpamadrid2014.com

27th ECNP Congress

October 18-22, 2014, Berlin, Germany

www.ECNP-CONGRESS.EU

E-mail: berlin2014@ecnp.eu

2nd Joint WPA-INA-HSRPS International Psychiatric Congress

October 30 – November 2, 2014, Athens, Greece

www.erasmus.gr

E-mail: info@psych-relatedsciences.org

World Psychiatric Association Regional Congress 2014 – Yin and Yang of Mental Health in Asia Balancing polarities

December 12-14, 2014, Hong Kong, China

<http://www.wpa2014hongkong.org/scientific-info/overview.html>

E-mail: wpa2014@hkam.org.hk

2015.

28th ECNP Congress

August 29 – 1 September 2015, Amsterdam, Netherlands

www.ecnp-congress.eu/submitproposal2015

4th International Congress on Neurobiology, Psychopharmacology & Treatment Guidance

May 27-31, 2015, Thessaloniki, Greece

www.psychiatry.gr

4th WACP Congress 2015 – Global Challenges & Cultural Psychiatry – Natural Disasters, Conflict, Insecurity, Migration and Spirituality

October 30 – November 1, 2015, Puerto Vallarta, Jalisco, Mexico

www.4wacpcongress.org

2016.**22nd International Association for Child & Adolescent Psychiatry and Allied Professions**

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

<http://http://www.iacapap2016.org/>

WPA SCIENTIFIC MEETINGS REPORT**2013.****WPA REGIONAL CONGRESS (Zone 9)**

April 10-13, 2013, Bucharest, Romania

Dr. Dan Prelipceanu - prelipceanudan@yahoo.com

Eliot Sorel - esorel@gmail.com

WPA THEMATIC CONFERENCE (Zone 8)

Third Thematic Conference on Legal and Forensic Psychiatry

June 12-14, 2013, Madrid, Spain

Dr. Alfredo Calcedo Barba

alfredoclacedo@gmail.com

WPA INTERNATIONAL CONGRESS (Zone 8)

June 19-23 2013, Istanbul, Turkey

Dr. Levent Kuey

kueyl@superonline.com

WPA CO-SPONSORED MEETING (Zone 8)

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

29 June to 3 July 2013, Lisbon, Portugal

www.wasp2013.com

WPA REGIONAL CONGRESS (Zone 3)

“WPA Regional Congress and XXIII APM National Congress”

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

www.psiquiatriasapm.org.mx

WPA CO-SPONSORED MEETING (Zone 7)

The International Society on the Study of Personality Disorders (ISSPD),
XIII International Congress on Disorders of Personality - Bridging personality
and psychopathology: The person behind the illness
September 16-19 2013, Copenhagen, Denmark
www.isspd2013.com

WPA Thematic Congress (Zone 18)

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

WPA International Congress (Zone 8)

Future Psychiatry: Challenges and Opportunities
October 27-30, 2013, Vienna, Austria
www.wpaic2013.org

2014.

WPA Regional Meeting (Zone 14)

February 6-8, 2014, Kampala, Uganda
Uganda Psychiatric Association
Dr. Fred Kigozi
E-mail: buthosp@infocom.co.ug; fredkigozi@yahoo.com

29th CINP World Congress of Neuropsychopharmacology

June 22-26, 2014, Vancouver, Canada
www.cinp2014.com
cinp@northernnetworking.co.uk

UPUTSTVA SARADNICIMA

PSIHIJATRIJA DANAS je zvanični časopis Udruženja psihijatara Srbije. Izlazi dva puta godišnje i objavljuje pregledne i istraživačke radove, prikaze slučajeva, prikaze knjiga i pisma uredniku.

Pregledni radovi treba da budu napisani od strane samo jednog autora, osim ako drugi autor nije psihijatar. Oni treba da sadrže i sopstvene rezultate koji su već objavljeni, i ne smeju imati više od 7500 reči.

Istraživački radovi moraju se zasnivati na istraživačkom protokolu i sadržavati statističku procenu nalaza. Ne smeju imati više od 3000 reči.

Prikazi 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.

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

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

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

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

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

Priprema rukopisa

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

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

Širi apstrakt (do 300 reči) treba dati na drugoj, zasebnoj stranici. Apstrakt treba da sadrži glavne činjenice iz rada, kao i 3-6 ključnih reči. U izboru ključnih reči koristiti *Medical Subject Headings – MeSH* (<http://gateway.nlm.nih.gov>).

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

Fusnote nisu dozvoljene u člancima.

Tabele, grafikone i slike priložiti na posebnim listovima papira (na kraju fajla), sa odgovarajućim naslovom, arapskim brojem (Tabela 1) i u tekstu označiti njihovo mesto. Izbegavati vertikalne i horizontalne linije u tabelama.

Skraćenice koristiti samo kad je neophodno i za svaku navesti pun termin pri

prvom navođenju u tekstu. Korišćene skraćenice u tabeli i grafikonu treba objasniti u legendi.

Zahvalnica: Navesti sve one koji su doprineli stvaranju rada a ne ispunjavaju merila za autorstvo (npr. tehnička pomoć, pomoć u pisanju rada i sl.). Takođe navesti finansijsku i materijalnu pomoć (sponzorstvo, stipendije, oprema, lekovi itd.).

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

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

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

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

Primeri:

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

2) *Poglavlje u knjizi:* Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein

B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

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

4) *Disertacija:* Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

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

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

Dostavljanje radova na disketi

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

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

Direktor – Director
Prof. dr Dušica Lečić-Toševski

Tehnički urednici – Technical Editors

Ivana Gavrilović
Jelena Kaličanin

Štampa – Print
DOSIJE, Beograd

INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS

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

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

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

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

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

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

Book reviews contain critical reviews of selected books.

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

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

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

Paper manuscript and all attachments should be submitted by e-mail: psihijatrica.danas@imh.org.rs.

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

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

Arrangement

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

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

Abstract (up to 300 words) should be sent on a separate, second page. It should include main facts from the paper, as well as 3-6 key words, selected based on *Medical Subject Headings – MeSH* (<http://gateway.nlm.nih.gov>).

Text should be divided into sections (e.g., for research papers: Introduction, Method, Results, Discussion). Results ap-

pearing in the tables should not be reported again in detail in the text.

Footnotes are not allowed in articles.

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

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

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

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

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

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

Examples:

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

2) *Book chapter:* Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer.* New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

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

4) *Dissertation:* Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

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

6) *Electronic journal article:* Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs [Internet].* 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from:

<http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>.

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

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