

PSIHIJATRIJA DANAS

Časopis Udruženja psihijatara Srbije

UDC 616.89
ISSN-0350-2538



PSIHIJAT. DAN.
2014/XLVI/2/139-238/BEOGRAD

PSYCHIATRY TODAY
Official Journal of the Serbian Psychiatric Association

UDK 616.89

ISSN-0350-2538

PSIHIJARIJA DANAS

INSTITUT
ZA MENTALNO ZDRAVLJE

PSYCHIATRY
TODAY

INSTITUTE
OF MENTAL HEALTH

PSIHIJAT. DAN.
2014/XLVI/2/139-238/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. Išpanović-Radojković (Beograd), V. Jerotić (Beograd),
M. Jašović-Gašić (Beograd), A. Knežević (Novi Sad),
V. S. Kostić (Beograd), Z. Lopičić (Beograd), Ž. Martinović (Beograd),
M. Munjiza (Beograd), J. E. Mezzich (New York), M. Pejović (Beograd),
D. Petrović (Beograd), M. Pines (London), M. Popović (Beograd),
S. Priebe (London), M. Preradović (Beograd), M. Riba (Ann Arbor),
G. Rudolf (Heidelberg), N. Sartorius (Geneva), V. Starčević (New Castle),
N. Tadić (Beograd), I. Timotijević (Beograd), S. Varvin (Oslo), M. Vincent (Paris),
V. Šušić (Beograd), D. Švrakić (St. Louis)

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

e-mail: imz@imh.org.rs

Website: www.imh.org.rs

PSIHIJARIJA DANAS

GODINA 46

BEOGRAD

BROJ 2, 2014

SADRŽAJ**ISTRAŽIVAČKI RADOVI**

- Psihosocijalna, multidisciplinarna i edukativna podrška roditeljima dece i adolescenata tokom lečenja na odeljenjima pedijatrijskih hematookologija u Srbiji
/T. Klikovac 139
- Konstrukcija i karakteristike upitnika za procenu mehanizama odbrane – MOD
/T. Džamonja-Ignjatović, M. Divac-Jovanović, M. Milanović, M. Dimitrijević 155
- Mental health issues among medical students in Serbia – challenges and perspectives
/D. Lecic-Tosevski, S. Draganic-Gajic, M. Pejovic-Milovancevic, M. Kostic, O. Vukovic 173
- Opažena stigmatizacija, samopoštovanje i socijalno poređenje osoba sa mentalnom retardacijom
/I. Stanković, I. Milačić-Vidojević 187
- Struktura i korelati stavova studenata, budućih pomagača, prema osobama s oštećenjem sluha
/M. Glintić, N. Hanak, M. Milanović, I. Milačić-Vidojević, N. Dragojević 201

PRIKAZ SLUČAJA

- Hannibal Lecter: studija slučaja fiktivnog lika
/S. Repišti 215

Obaveštenja

- Kalendar kongresa 231
- Uputstva saradnicima 235

PSYCHIATRY TODAY

YEAR 46	BELGRADE	NUMBER 2, 2014
---------	----------	----------------

CONTENTS**RESEARCH ARTICLES**

- Psychosocial, multidisciplinary and educational support to parents of children and adolescents during treatment at the departments of pediatric hemato-oncology in Serbia
/T. Klikovac 139
- Construction and characteristics of questionnaire for the assessment of defense mechanisms – MOD
/T. Dzamonja-Ignjatovic, M. Divac Jovanovic, M. Milanovic, M. Dimitrijevic 155
- Mental health issues among medical students in Serbia – challenges and perspectives
/D. Lecic-Tosevski, S. Draganic-Gajic, M. Pejovic-Milovancevic, M. Kostic, O. Vukovic. 173
- Percieved stigma, self-esteem and social comparison of people with intellectual disability
/I. Stankovic, I. Milacic-Vidojevic 187
- Correlates of future helping professionals attitudes towards persons with hearing impairments
/M. Glintic, N. Hanak, M. Milanovic, I. Milacic-Vidojevic, N. Dragojevic 201

GENERAL ARTICLES

- Hannibal Lecter: a case study of a fictional character
/S. Repisti 215

Announcements

- List of congresses..... 231
- Instruction to contributors 237

PSIHOSOCIJALNA, MULTIDISCIPLINARNA I EDUKATIVNA PODRŠKA RODITELJIMA DECE I ADOLESCENATA TOKOM LEČENJA NA ODELJENJIMA PEDIJATRIJSKIH HEMATOONKOLOGIJA U SRBIJI¹

Tamara Klikovac

Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Služba pedijatrijske onkologije,
Filozofski fakultet Univerzitet u Beogradu, Odeljenje za psihologiju

Apstrakt: Rad predstavlja pregled i detaljnu analizu prve od dve faze multidisciplinarnog rada sa roditeljima dece i adolescenata koji su oboleli od različitih malignih bolesti i koji su se u periodu od januara 2011. do juna 2012. godine nalazili u procesu kombinovanog onkološkog lečenja na Odeljenjima pedijatrijskih onkologija u Srbiji. Projekat NURDORA „Šoljica razgovora“ je program psiho-socijalne pomoći, multidisciplinarne i edukativne podrške roditeljima dece i mladih koji su oboleli od različitih malignih bolesti tokom trajanja lečenja na odeljenjima pedijatrijskih hemato-onkologija. Program je koncipiran tako da multidisciplinarni tim, jedanput nedeljno na odeljenjima održava edukativna predavanja ili radionice. U jednom ciklusu predavanja – radionica, koji čini 6 radionica, predavači su bili stručnjaci iz različitih oblasti kao i po jedan predstavnik roditelja čije je dete izlečeno: lekar, psiholog, medicinska sestra, nutricionista i socijalni radnik. Program je realizovan u dve faze. U prvoj fazi projekta (trajanje januara 2011. godine do juna 2011. godine) program je realizovan samo na Odeljenju pedijatrijske onkologije, Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije (u daljem tekstu skr. IORS) u Beogradu i na Odeljenju hemato-onkologije Univerzitetske dečije klinike u Beogradu (u daljem tekstu skr. UDK). U prvoj fazi održano je 48 radionica kroz koje je prošlo je ukupno 195 roditelja. Prema statističkoj analizi evaluacionih listova koje su nakon svake radionice anonimno popunjavali roditelji-učesnici, prosečna zbirna ocena svih radionica je odlična i iznosi 4.84. U drugoj fazi (trajanje od novembra 2011. god. do juna 2012. god.) program radionica se proširuje i organizuje i na Odeljenjima pedijatrijskih hematoonkologija dečijih bolnica u gradovima Novi Sad i Niš. Kroz radionice u drugoj fazi održano je ukupno 104 radionice kroz koje je prošlo 505 roditelja. Prosečna zbirna ocena svih radionica je 4.84.

Cljučne reči: pedijatrijska psihoonkologija, psihosocijalna podrška, multidisciplinarni pristup, roditelji dece obolele od malignih bolesti

¹ Ovaj članak je deo projekta Nacionalnog Udruženja dece obolele od raka (u daljem tekstu skr. NURDOR) koji je u saradnji sa autorom ovog članka osmišljen i realizovan u dve faze: prva faza je trajala od januara 2011. godine do juna 2011. godine; druga faza je trajala od novembra 2011. godine do juna 2012. godine. Naziv navedenog projekta je „Šoljica razgovora“.

Uvod

Psiho-onkologija i pedijatrijska psiho-onkologija su discipline koje u Srbiji nisu još uvek dovoljno razvijene i prepoznate kao važan i potreban deo kombinovanog onkološkog lečenja. U razvijenim zemljama Evrope i sveta navedene discipline su, za razliku od Srbije, veoma razvijene, kako na bazičnom nivou različitih empirijskih istraživanja i publikovanja rezultata istraživanja tako i na praktičnom nivou pružanja adekvatne psihološke podrške i psihoterapijske pomoći deci, adolescentima, odraslim onkološkim pacijentima i članovima njihovih porodica tokom svih faza onkološkog lečenja [1].

Preporuke SIOP-a (*International Society of Pediatric Oncology*) a posebno preporuke od 1991 godine kada je formiran „*Working Committee on Psycho-social Issues in Pediatric Oncology*“, su usmerene na to da psiho-socijalna procena i podrška neizostavno moraju da budu sastavni deo kombinovanog onkološkog lečenja deteta i porodice tokom svih faza zahtevnog lečenja i nakon lečenja u periodu rehabilitacije i resocijalizacije lečenog deteta i cele porodice [2].

Osnivanje radne grupe za psiho-socijalne aspekte u pedijatrijskoj onkologiji je rezultiralo sa jedne strane, obavezom da se organizuju multidisciplinarni timovi na odeljenjima pedijatrijskih onkologija a sa druge strane vodičima dobre prakse u multidisciplinarnom pristupu kompleksnoj problematici koja se odnosi na malignu bolest i kombinovano onkološko lečenje deteta. Pomenuta radna grupa ponudila je 10 vodiča tačnije preporuka dobre prakse koji se odnose na različite psiho-socijalne aspekte kombinovanog onkološkog lečenja. To su:

1. Adekvatna komunikacija dijagnoze maligne bolesti deteta i protokol za saopštavanje dijagnoze i loših vesti roditeljima
2. Preporuke za stvaranje terapijske alijanse između porodice obolelog deteta i medicinskog osoblja i psiho-socijalnog tima
3. Škola u bolnici i nastavak školovanja dece po završetku lečenja
4. Praćenja braće i sestara obolelog deteta
5. Briga o deci po završetku lečenja i za dugoročno praćenje
6. Preporuke za palijativno zbrinjavanje dece i adolescenata i rad sa porodicom nakon gubitka deteta
7. Prevencija, rano otkrivanje i tretiranje burn-out sindroma tj. sindroma izgaranja kod (ne) medicinskog osoblja
8. Preporuke za situacije kada dete i porodica odbijaju terapije i napuštaju lečenje
9. Preporuke za informativni pristanak na lečenje i dugoročne posledice koje lečenje može da ima
10. Preporuke za alternativne načine lečenja [3,4,5].

Od momenta postavljanja dijagnoze maligne bolesti kod deteta ili adolescenta veoma je bitno da porodica i zdravstveni tim (koji čine medi-

cinski i psiho-socijalni tim) uspostave odnos saradnje i da uz povezivanje sa drugim institucijama sistema, udruženjima roditelja, volonterima i zajednicom u celini, generišu i pokrenu sve raspoložive resurse koji mogu da pomognu u izlečenju obolelog deteta i vraćanju u normalne životne tokove [1].

Važnost terapijske alijanse i multidisciplinarnog pristupa u svim fazama kombinovanog onkološkog lečenja posebno se ističe u svim vodičima dobre prakse SIOP-a [3,4]. Činjenica je da naš zdravstveni sistem a posebno onaj segment koji se odnosi na onkološku praksu, još uvek nema na nacionalnom nivou razvijen pristup iz domena psiho-onkologije i pedijatrijske psiho-onkologije posebno [6]. Osnovna ideja programa „Šoljica razgovora“ je bila da se prvi put na odeljenjima pedijatrijskih hemato-onkologija u našoj sredini roditeljima obolele dece ponudi multidisciplinarni pristup tokom hospitalizacije dece, a po ugledu na evropske i svetske standarde i važne preporuke SIOP-a [2,3,4].

Uzimajući u obzir koliko je snažan distress postavljanje dijagnoze maligne bolesti i početak i tok onkološkog lečenja (za dete, za roditelje i porodicu u celini), bavljenje psiho-socijalnim potrebama iziskuje multidisciplinarni pristup različitih stručnjaka: socijalnih radnika, psihologa, dečijih psihijataru i psihoterapeuta, specijalista za rehabilitaciju [5,7]. Istraživanja su pokazala da većina dece i mladih tokom onkološkog lečenja ne pokazuje psihopatološke manifestacije [8] ali su roditelji obolele dece od početka lečenja dece, tokom lečenja i po završetku lečenja u visokom riziku za razvoj različitih psiholoških poremećaja [9].

U našoj sredini multi-disciplinarni timovi u javnim zdravstvenim centrima, klinikama i institutima su pre retkost nego standard koji se sreće u zemljama širom Evrope i sveta [10]. U okviru pet kliničkih centara širom Srbije, a u specijalizovanim klinikama za onkologiju, posebno, veoma sporo i sa brojnim otporima se formiraju multidisciplinarni timovi koji uključuju stručnjake humanističkih nauka [6]. Poslednjih par godina multidisciplinarni timovi koji se bave odraslim onkološkom pacijentima (koje čini psiholozi, socijalni radnik i stručnjaci za rehabilitaciju) formiraju se na Nacionalnom Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije i na onkološkom Institutu u Novom Sadu [1].

Program NURDORA „Šoljica razgovora“ namenjen je roditeljima obolele dece tokom hospitalizacije i predstavlja prvi program psiho-socijalne podrške koji je nevladina organizacija sproveda u državnoj bolnici tj. na odeljenjima pedijatrijskih hemato-onkologija. Umrežavanje vladinog i nevladinog sektora u javnom zdravstvenom sistemu Srbije nije praksa i upravo primer navedenog programa pokazuje koliko se tradicionalni zdravstveni sistem u Srbiji sporo i veoma teško menja [11].

U našoj zemlji postoji 5 pedijatrijskih hemato-onkoloških odeljenja, tri u Beogradu i po jedno odeljenje u gradovima Novi Sad i Niš. Praksa uključivanja psihologa u zdravstveni tim je najduža na Odeljenju pedijatrijske onkologije IORS-a (13 godina), a na ostalim tek od pre par godina [1]. Međutim, po jedan psiholog na svakom odeljenju ne predstavlja multidisciplinarni

linarni tim, uzimajući u obzir preporuke SIOP-a. Multidisciplinarni tim čine medicinski tim (lekari različitih specijalnosti – pedijatri, hirurzi, ortopedi, anesteziolozi, dečiji psihijatri, nutricionisti, edukovane medicinske sestre) i nemedicinski tim – psiholozi, socijalni radnici, duhovnici, etičari). U svetu postoje i zanimanja i specijalizacije koje su neophodne na odeljenjima pedijatrijskih onkologija. S obzirom da u našoj zemlji ne postoje teško ih je prevesti u izvornom nazivu a to su zanimanja: „specijalista za život i razvoj deteta“, „terapeut igrom“ i „terapeut koji koristi domaće životinje“ [5].

Epidemiološki podaci ukazuju da u Srbiji godišnje od različitih malignih bolesti oboli oko 200 – 400 dece i adolescenata. S obzirom da u našoj zemlji ne postoji Nacionalni registar za evidentiranje novoobolele dece i adolescenata od različitih malignih oboljenja kao i za praćenje stope preživljavanja u zavisnosti od lokalizacije bolesti, podaci koje navodimo su ad hoc procene pedijatrijskih onkologa. Precizni podaci zbog nedostatka navedenog registra za našu zemlju ne postoje [1].

Osnovna ideja programa „Šoljica razgovora“ bila je da različiti stručnjaci, u manje formalnoj atmosferi, bez „belog mantila“, uz kafu ili čaj, sede sa roditeljima i odgovaraju na njihova pitanja iz domena za koji su kompetentni, uz mogućnost da ono što roditelji smatraju bitnim održe i u formi kraćeg predavanja.

Rezultati prve faze projekta „Šoljica razgovora“

U prvoj fazi projekta koja je trajala 6. meseci (od januara 2011 godine do juna 2011. godine) program je realizovan na dva odeljenja u Beogradu na kojima se leče deca koja su obolela od različitih malignih bolesti, na Odeljenju pedijatrijske onkologije, IORS-a i na Odeljenju hemato-onkologije – Univerzitetska dečja klinika (UDK). U prvoj fazi projekta održano je ukupno 48 tematskih radionica. Kroz sve cikluse predavanja – radionica u prvoj fazi prošlo je ukupno 195 roditelja. 118 roditelja je prisustvovalo predavanjima-radionicama na Odeljenju pedijatrijske onkologije na IORS-u a 77 na Odeljenju hemato-onkologije na UDK. Prema statističkoj analizi evaluacionih listova koje su nakon svake radionice anonimno popunjavali roditelji-učesnici, prosečna zbirna ocena svih radionica je odlična i iznosi 4.84.

Statistička analiza koja je urađena na osnovu evaluacionih listova koje su roditelji anonimno popunjavali nakon svakog predavanja-radionice kao i pregled komentara i sugestija roditelja, svakako predstavljaju dobar putokaz kako dalje u vezi sa organizovanjem i pružanjem psiho-socijalne podrške roditeljima i deci u bolnicama.

Podaci dobijeni statističkom obradom evaluacionih listova biće prikazani u okviru nekoliko kategorija (opšti podaci, ocene radionica, ocene voditelja radionica, procene praktične vrednosti radionica i odgovori na otvorena pitanja šta se roditeljima najviše dopalo kao i njihovi komentari i sugestije).

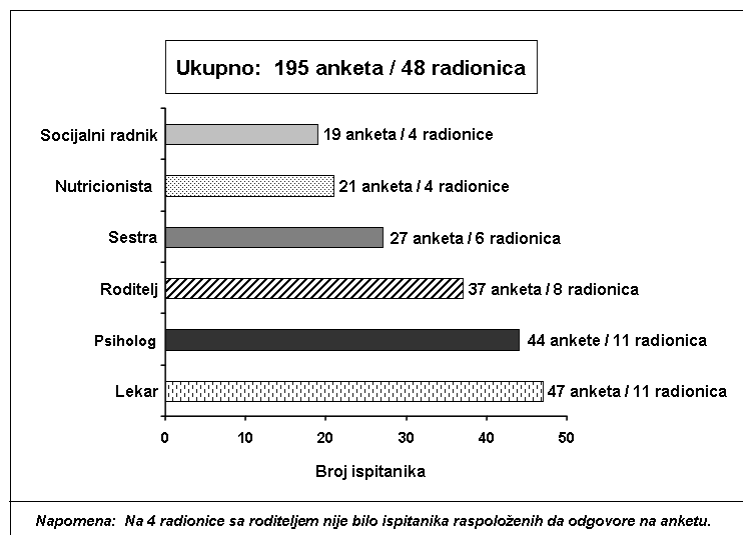
Opšti podaci

Statističkom analizom obrađeno je ukupno 195 evaluacionih listova koje su roditelji popunjavali nakon svake održane radionice. U Tabeli 1. prikazana je procentualna zastupljenost po navedenim ustanovama i veći je broj roditelja (N=118) koji su prošli kroz radionice na odeljenju pedijatrijske onkologije IORS-a u poređenju sa brojem roditelja koji su prošli radionice na odeljenju hemato-onkologije UDK (N=77).

Tabela 1. Podaci o ispitanicima u odnosu na zdravstvene ustanove

Ustanova	N	%
ORS	118	60.51
UDK	77	39.49
Ukupno	195	100.00

U prvoj fazi realizacije programa „Šoljica razgovora”, realizovano je ukupno 48 radionica sa različitim profilima stručnjaka koji su bili voditelji radionica. Frekvencije ispitanika raspoloženih za popunjavanje upitnika u odnosu na stručnjake koji su vodili radionice kao i broj održanih radionica prema svakom članu multidisciplinarnog tima, prikazani su na Grafikonu 1.



Grafikon 1. Učestalost ispitanika u odnosu na stručnjake koji su vodili radionice i ukupan broj održanih radionica prema svakom stručnjaku

Iz Grafikona 1. može se videti da je najveći broj roditelja obolele dece prisustvovao radionicama koje si vodili lekari (N=47), zatim psiholozi (N=44) i roditelji (N=37). Lekari i psiholozi su održali najveći broj radionica (po 11 ukupno 22 radionice).

Ocene radionica

U evaluacionim listovima, roditelji su ocenjivali radionice petostepenom skalom (5-odličan, 4-vrlo dobar, 3-dobar, 2-dovoljan, 1-nedovoljan). Ukupno 189 (96.92%) od ukupno 195 roditelja koji su bili učesnici radionica, ocenilo je radionice. Prosečna ocena iznosi 4.84 (standardna devijacija: 0.45) dok je medijana ocena 5 (opseg: 2-5). U Tabeli 2. može se videti da je najveći procenat roditelja (84.1%) radionice ocenilo kao odlične. Nedovoljnih ocena nije bilo a samo jedna ocena od celog uzorka je bila 2 (dovoljno), što ukazuje da su najvećem procentu roditelja ponuđene radionice bile korisne.

Tabela 2. Deskriptivni podaci o ocenama radionica

Ocena radionice	N	%
Odličan (5)	164	84.1
Vrlo dobar (4)	21	10.77
Dobar (3)	3	1.54
Dovoljan (2)	1	0.51
Nedovoljan (1)	-	-
Bez ocene	6	3.08
Ukupno	195	100

U Tabeli 3. prikazani su učestalost i procentualna zastupljenost kategorija ocena radionica u odnosu na stručnjake koji su ih vodili. Najveći procenat roditelja (91.89%) je odličnom ocenom ocenio upravo radionice podrške koje su vodili roditelji čija su deca uspešno završila lečenje. Radionice koje su realizovali lekari i medicinske sestre takođe su u visokom procentu procenjene kao odlične.

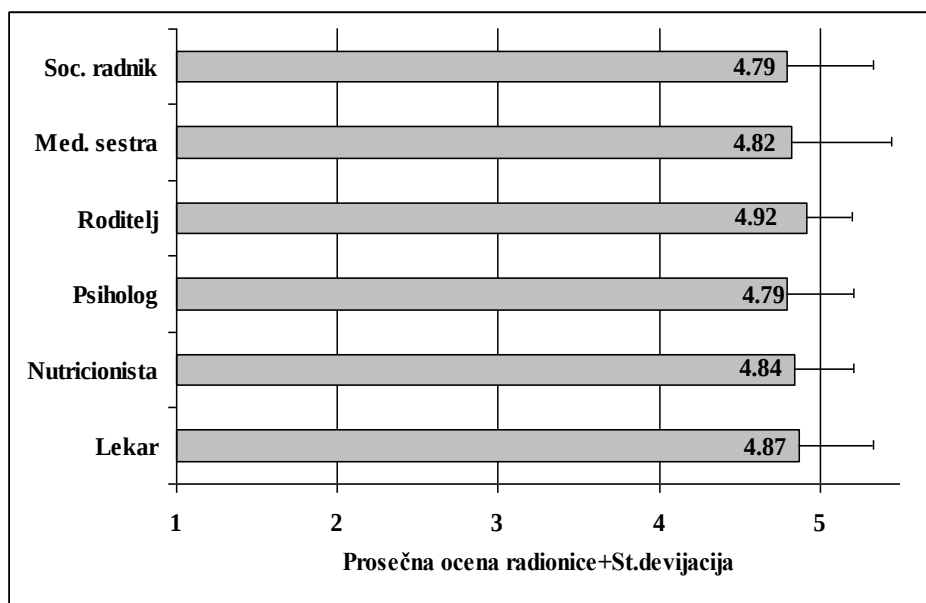
Tabela 3. Učestalost i procentualna zastupljenost kategorija ocena radionica u odnosu stručnjake voditelje radionica

Ocena/voditelj	Lekar	Nutricionista	Psiholog	Roditelj	Med. sestra	Soc. radnik	Ukupno
Odličan (5)	41(87.23%)	16(76.19%)	33(75%)	34(91.89%)	24(88.89%)	16(84.31%)	164(84.1%)
Vrlo dobar (4)	2(4.26%)	3(14.29%)	9(20.45%)	3(8.11%)	2(7.41%)	2(10.53%)	21(10.77%)
Dobar (3)	2(4.26%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(5.26%)	3(1.54%)
Dovoljan (2)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(3.7%)	0(0%)	1(0.51%)
Nedovoljan (1)	-	-	-	-	-	-	-
Bez ocene	2(4.26%)	2(9.52%)	2(4.55%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	6(3.08%)
Total	47(100%)	21(100%)	44(100%)	37(100%)	27(100%)	19(100%)	195(100%)

Deskriptivni podaci o ocenama radionica u odnosu na različite stručnjake koji su ih realizovali prikazani su u Tabeli 4 i na grafikonu 2 iz kojih se može videti da su najveću prosečnu ocenu dobili roditelj voditelji radionica (4.92), zatim lekari (4.87) i nutricionisti (4.84).

Tabela 4. Deskriptivni podaci o ocenama radionica u odnosu na stručnjake koji su ih vodili

	N	Prosek (stand. dev)	Medijana (opseg)
Lekar	45	4.87 (0.46)	5 (3 - 5)
Nutricionista	19	4.84 (0.37)	5 (4 - 5)
Psiholog	42	4.79 (0.42)	5 (4 - 5)
Roditelj	37	4.92 (0.28)	5 (4 - 5)
Medicinska sestra	27	4.82 (0.62)	5 (2 - 5)
Socijalni radnik	19	4.79 (0.54)	5 (3 - 5)

**Grafikon 2.** Prosečne ocene radionica u odnosu na različite stručnjake koji su ih vodili

Analiza dobijenih podataka pokazuje da ne postoje statistički značajne razlike u visinama ocena radionica u odnosu na različite stručnjake koji su vodili tj. realizovali (*Kruskal Wallis Test*; $\chi^2_5=3.98$; $p=0.55$). Testiranjem razlika između odgovarajućih parova, dobijeni rezultati prikazani su u Tabeli 5.

Tabela 5. Rezultati testiranja ocena radionica u odnosu na parove stručnjaka koji su vodili radionice

Parovi	Exact Wilcoxon rank sum test	
	W	p*
Lekar vs Nutricionista	454	0.663691
Lekar vs Psiholog	1054.5	0.135566
Lekar vs Roditelj	823	0.782489
Lekar vs Medicinska sestra	621	0.864757
Lekar vs Socijalni radnik	456	0.63713
Nutricionista vs Psiholog	421.5	0.737388
Nutricionista vs Roditelj	324.5	0.652164
Nutricionista vs Medicinska sestra	246	0.893203
Nutricionista vs Socijalni radnik	182	1.000000
Psiholog vs Roditelj	673.5	0.124583
Psiholog vs Medicinska sestra	513	0.341788
Psiholog vs Socijalni radnik	381	0.737388
Roditelj vs Medicinska sestra	516	0.745368
Roditelj vs Socijalni radnik	380	0.493705
Medicinska sestra vs Socijalni radnik	268	0.747247

* Bonferroni corection: $\alpha_1=0.05/15=0.0033$

Ocene voditelja radionica

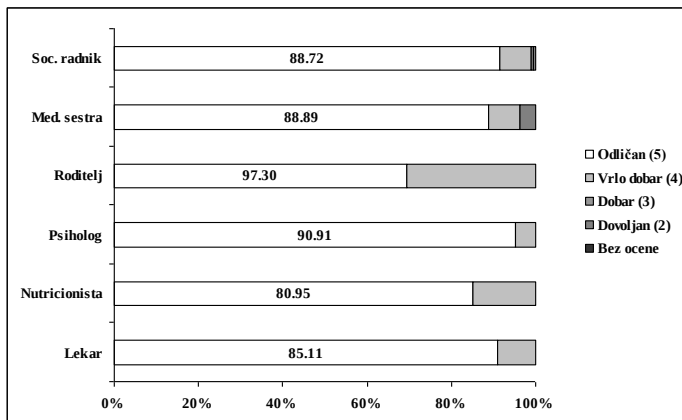
Roditelji su voditelje radionica ocenjivali ocenama na petostepenoj skali (5-odličan, 4-vrlo dobar, 3-dobar, 2-dovoljan, 1-nedovoljan). 189 (96.92%) od ukupno 195 roditelja koji su bili učesnici radionica, ocenilo je različite stručnjake kao voditelje radionica (6 evaluacionih listova je bilo bez ocene). Prosečna ocena iznosi 4.90 (standardna devijacija: 0.37) dok je medijana ocena 5 (opseg: 2-5). U Tabeli 6 prikazane su procentualne zastupljenosti kategorija ocena. Najveći broj i procenat roditelja 173 (88.72%) dao je odličnu ocenu za sve radionice.

Tabela 6. Deskriptivni podaci o ocenama voditelja radionica

Ocena voditelja	N	%
Odličan (5)	173	88.72
Vrlo dobar (4)	14	7.18
Dobar (3)	1	0.51
Dovoljan (2)	1	0.51
Nedovoljan (1)	-	-
Bez ocene	6	3.08
Ukupno	195	100

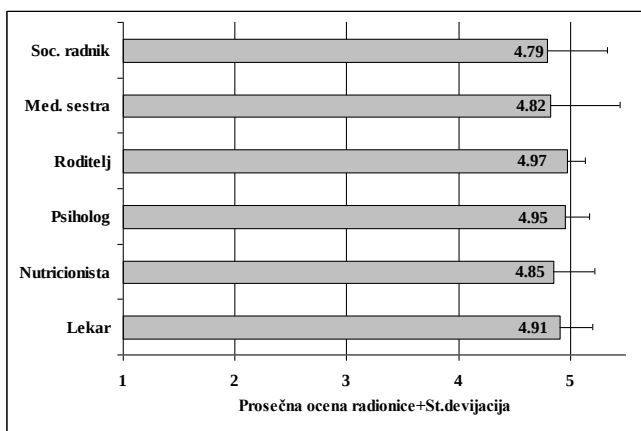
Frekvencije i procentualne zastupljenosti kategorija ocena voditelja radionica prikazane su na grafikonu 3. (najveći procenat roditelja različitim stručnjacima voditeljima radionica dao je odličnu ocenu - 97.30% roditelja je

roditelje voditelje radionica ocenilo odličnom ocenom; 90.91% roditelja je psihologe kao voditelje radionica ocenilo odličnom ocenom; 88.89% roditelja je medicinske sestre ocenilo odličnom ocenom; 88.72% je socijalne radnike ocenilo odličnom ocenom; 85.11% roditelja je lekare ocenilo odličnom ocenom).



Grafikon 3. Procentualna zastupljenost kategorija ocena voditelja u odnosu na stručnjake koji su ih vodili

Deskriptivni podaci o ocenama radionica u odnosu na stručnjake koji su ih vodili prikazani su na grafikonu 4. (najveću prosečnu ocenu ima roditelj voditelj radionica 4.97, zatim psiholog 4.95, lekar 4.91).



Grafikon 4. Prosečne ocene voditelja radionica

Analiza dobijenih podataka je pokazala da ne postoji statistički značajna razlika u ocenama različitih voditelja radionica (*Kruskal Wallis Test*; $\chi^2_5=5.091$; $p=0.40$). Testiranjem razlika između odgovarajućih parova, dobijeni rezultati prikazani su u Tabeli 7.

Tabela 7. Rezultati testiranja ocena voditelja u odnosu na stručnjake koji su ih vodili

Parovi	Exact Wilcoxon rank sum test	
	W	p*
Lekar vs Nutricionista	466	0.667843
Lekar vs Psiholog	884	0.676615
Lekar vs Roditelj	762	0.368856
Lekar vs Medicinska sestra	608	0.829386
Lekar vs Socijalni radnik	448	0.528486
Nutricionista vs Psiholog	377	0.316984
Nutricionista vs Roditelj	324.5	0.119048
Nutricionista vs Medicinska sestra	261	1.000000
Nutricionista vs Socijalni radnik	193	0.830710
Psiholog vs Roditelj	761	1.000000
Psiholog vs Medicinska sestra	604	0.282916
Psiholog vs Socijalni radnik	444	0.256452
Roditelj vs Medicinska sestra	542	0.259317
Roditelj vs Socijalni radnik	398	0.083764
Medicinska sestra vs Socijalni radnik	268	0.747247

* Bonferroni corection: $\alpha_1=0.05/15=0.0033$

Procene praktične vrednosti radionica

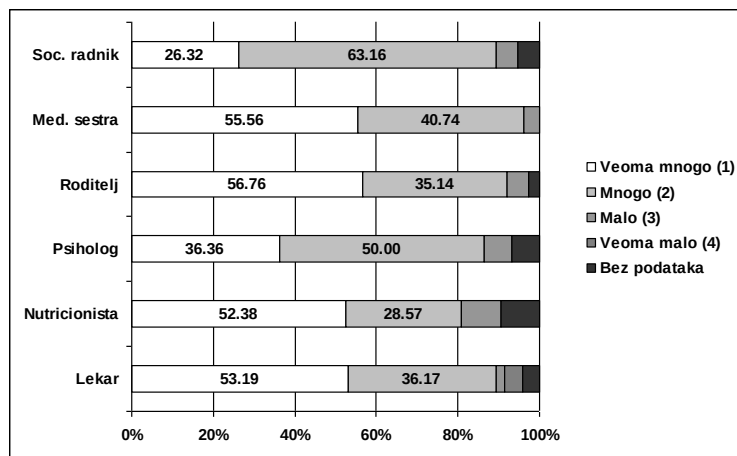
Praktična vrednost radionica merena je četvorostepenom skalom (1-veoma mnogo, 2-mnogo, 3-malo, 4-veoma malo). Ukupno 186 (95.38%) od 195 roditelja je ocenilo radionice sa aspekta korisnosti koje su imali od radionica. Prosečna ocena iznosi 1.57 (standardna devijacija: 0.65) dok je medijana ocena 1.5 (opseg: 1-4). U Tabeli 8 prikazane su procentualne zastupljenosti kategorija ocena.

Tabela 8. Deskriptivni podaci o ocenama radionica

Korisnost radionica	N	%
Veoma mnogo – 1	93	47.69
Mnogo – 2	81	41.54
Malo – 3	10	5.13
Veoma malo – 4	2	1.03
Bez podataka	9	4.62
Total	195	100

Frekvencije i procentualne zastupljenosti kategorija veština voditelja i praktične vrednosti u odnosu na različite stručnjake koji su vodili radionice prikazane su grafikonom 5. Najveći broj odgovora je u kategorijama veoma mnogo i mnogo. Procentualne razlike u stepenu korisnosti radionica koje su vodili različiti stručnjaci su minimalne (na primer: 56.76% roditelja je ocenilo da su im radionice koje su vodili roditelji izlečene dece veoma mnogo koristile; 55.56% roditelja je ocenilo da su radionice koje su vodile

medicinske sestre veoma mnogo koristile; 53.19% roditelja je ocenilo da su radionice koje su vodili lekari veoma mnogo koristile).



Grafikon 5. Procentualna zastupljenost kategorija veština voditelja i praktične vrednosti radionica

Deskriptivni podaci o korisnosti radionica u odnosu na stručnjake koji su ih vodila prikazane su u Tabeli 9. iz koje se može videti da najveću prosečnu ocenu imaju roditelji voditelji radionica (4.97), psiholozi (4.95) i lekari (4.91).

Tabela 9. Deskriptivni podaci o veštinama i koristi radionica u odnosu na lica koja su ih vodila

	N	Prosek (stand.dev)	Medijana (opseg)
Lekar	45	4.91 (0.29)	5 (4 - 5)
Nutricionista	19	4.85 (0.37)	5 (4 - 5)
Psiholog	41	4.95 (0.22)	5 (4 - 5)
Roditelj	36	4.97 (0.16)	5 (4 - 5)
Med. sestra	27	4.82 (0.62)	5 (2 - 5)
Soc. radnik	18	4.79 (0.54)	5 (3 - 5)

Kao što se i očekivalo prema malim procentualnim razlikama u oceni praktične vrednosti radionica, nije se pokazala statistički značajna razlika u visinama ocena korisnosti radionica u odnosu na stručnjake koji su ih vodili (*Kruskal Wallis Test*; $\chi^2_5=6.526$; $p=0.26$).

Najviše mi se dopalo, komentari, sugestije

U evaluacionom listu roditeljima su ponuđeni i odgovori na otvorena pitanja kao na primer: Šta Vam se najviše dopalo? Napišite Vaše komentare i sugestije. Ukupno 160 (82.05%) roditelja je odgovorilo na pitanje „Najviše mi se dopalo?” i spisak nekih odgovora je dat u Prilogu 1.

Prilog 1.

Najviše mi se dopalo, komentari i sugestije roditelja

Afirmativne misli; Celokupan program; Sva predavanja su jako dobra; Da su potrebe dece i roditelja prioritet; Deo koji se odnosi na higijenu usne duplje; Deo o hrani i higijeni usta; Dobra komunikacija sa psihologom i navođenja rešenja spornih situacija iz iskustva drugih pacijenata i roditelja; Dopao mi se ceo tok radionice, celokupna radionica; Energija i želja roditelja, koju sam video i osetio, da prevaziđu i pobede bolest deteta; Informacije za svoje dete; Iskren razgovor; Iskustvo roditelja kao stimulans za istrajnost; Iskustvo roditelja, pozitivna energija, saveti; Izgradnja dnevne bolnice; Iznošenje ličnih iskustava; Kako ostati hrabar i verovati u bolje sutra; Kako prebroditi krizu; Kako se ponašati na održavanju; Ulivanje nade i poverenja u ozdravljenje bez posledica i dalji normalan život; Komunikacija i prenos informacija; Komunikacija; Korisni saveti vezani za ishranu pacijenata; Lična iskustva roditelja; Mogu da kažem da sam sa ovim naučila mnogo toga, jer nam je pojašnjeno (svidelo se to mama ili ne). Sve; Način izlaganja; Način objašnjavanja, od svega po malo; Način predavanja; Najviše mi se dopalo kako dalje da se izbori sa tom bolešću; Neželjena dejstva hemoterapije; Nije mi se dopala tema radionice; Najčešće komplikacije kod zračne terapije; O ishrani; O komplikacijama lečenja; O ponašanju adolescenata tokom lečenja i posle lečenja; Obaveštenje o socijalnoj zaštiti i prava; Objašnjenje bolesti mog deteta; Obrada katetera; Odličan savet kako socijalno pomoći svom detetu; Odnos roditelj-dete i obrnuto; Opušten razgovor; Organizovanje udruženja i u Crnoj Gori; Otvoreni razgovor sa doktorom; Otvorenost razgovora; Pitanja roditelja; Podizanje samopouzdanja; Podrška i predlozi roditeljima; Podrška roditeljima; Ponašanje prema bolesnoj deci i samo raspoloženje deteta; Potpuno objašnjenje za sva prava mog deteta; Pozitivna energija roditelja; Predavanja su super i dopada mi se sve; Predavanje o tome kako se izboriti i nastaviti dalje; Predavanje o zračenju i o zračnom polju; Priča o iskustvima drugih. Kad i gde su i šta potrebno radili radi dobijanja brzih rezultata; Priča o materijalnoj pomoći; Priča roditelja čije se dete izlečilo; Pristup roditeljima; Problemi sa adolescentima; Rad NURDOR-a; Razgovor i razmena iskustava; Razgovor o bolesti dece i njihova iskustva. Iskustva roditelja bolesne dece; Razgovor o podršci; Razgovor o posledici zračenja; Razgovor roditelja sa psihologom o svojim problemima bolesti; Razgovor sa doktoricom; Razmena mišljenja; Razmenjeno iskustvo koje mi uliva nadu i koje je od velikog značaja; Razni razgovori; Razumevanje; Samo to predavanje, mada kod dijagnoze mog deteta nije uključeno; Samopomoć- tehnike; Saveti o ishrani dece; Saveti o nezi deteta; Saveti od psihologa za dalje lečenje deteta, za oporavak kod kuće, savet za psihički oporavak roditelja nakon lečenja; Spremnost da se čuje mišljenje roditelja; Sve mi je bilo interesantno zato što sam jako malo znao; Sve; Psihologija deteta u toku lečenja, okruženje; Svi psihološki detalji; Sviđa mi se razgovor jer smo svi slobodni; Tema ishrane; U vezi očuvanja i jačanja prirodnog imuniteta; Upućivanje roditelja u

nepoznanice; Usmeren na komunikaciju u porodicu; Veoma mi se sviđa način rada sa bolesnom decom, kako treba prići i ponašati se sa decom obolelom od raka.; Zavisno je od pitanja roditelja.

Zaključak

Na osnovu analize prvog sprovedenog multidisciplinarnog rada sa roditeljima dece i adolescenata koji su oboleli od raka, a koji su u vreme sprovođenja programa „Šoljica razgovora” bili hospitalizovani zbog kombinovanog onkološkog lečenja dece, može se zaključiti da je ponuđeni program, koji je činilo nekoliko serija radionica koje su vodili stručnjaci različitih profila (lekar, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, nutricionista, roditelj koji je prošao kroz iskustvo lečenja maligne bolesti deteta) kvalitetan model koji pruža informativnu (medicinski aspekti i aspekti vezani za ishranu), psihološku i socijalnu podršku roditeljima tokom trajanja onkološkog lečenja deteta. Na osnovu ocena roditelja (zbirni prosek svih ocena i konačna ocena je 4.84) ali i na osnovu komentara i sugestija roditelja (Prilog 1) očigledno je da se ponuđeni model multidisciplinarnog pristupa pokazao korisnim u praksi. S obzirom da je program „Šoljica razgovora” prvi program koji je na odeljenjima pedijatrijskih hemato-onkologija organizovan od strane nevladinog sektora i roditeljskog udruženja NURDOR, preporuka je da se evaluacije nastave ali i da se razvijaju novi specifičniji programi bazirani na analizi specifičnih potreba roditelja i dece tokom trajanja onkološkog lečenja. Važno je naglasiti da je navedeni program od značaja za svakodnevnu kliničku praksu i da može da predstavlja model rada i za druga odeljenja na kojima se leče deca obolela od različitih hroničnih i retkih bolesti.

Grupe za roditelje mogu da se formiraju prema vrsti maligne bolesti koju deca imaju (na primer, grupe roditelja čija deca imaju koštane tumore, leukemije, tumore centralnog nervnog sistema itd.), prema uzrastu deteta i opšte grupe na odeljenjima na kojima roditelji mogu da izraze različita osećanja (bespomoćnost, benadežnost, ljutnju, bes, krivicu, tugu). Na pedijatrijskim onkološkim odeljenjima širom sveta postoji praksa da se često organizuju susreti sa roditeljima-volonterima čija su se deca (iz)lečila, koji dobrovoljno dolaze i sa roditeljima čija su deca aktuelno na lečenju, uz kafu, čaj, razgovaraju o različitim temama (ali uvek u saradnji i uz superviziju socijalnog radnika ili psihologa odeljenja) [12]. “Problem-solving skills training” (PSST) je primer tematskih grupa koje se na odeljenjima pedijatrijskih hemato onkologija širom sveta organizuju za majke obolele dece, s ciljem da nauče tehnike rešavanja problema kako bi se postiglo smanjenje negativnog afektiviteta (osećanja bespomoćnosti i pesimizma), depresivnosti i anksioznosti (13).

PSYCHOSOCIAL, MULTIDISCIPLINARY AND EDUCATIONAL SUPPORT TO PARENTS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS DURING TREATMENT AT THE DEPARTMENTS OF PEDIATRIC HEMATOONCOLOGY IN SERBIA

Tamara Klikovac

Institute for Oncology and Radiology of Serbia,
Department of Pediatric Oncology,
Faculty of Philosophy, Department of Psychology,
University of Belgrade

Abstract: This article represents a review and a detail analysis of the first phase of multidisciplinary work with parents of children and adolescents suffering from malignant diseases who were subjected to combination of oncology treatment at the pediatric oncology wards in Serbia, starting from January 2011 until June 2012. Project of NURDOR "A cup of conversation" is a program of psychosocial multidisciplinary and educational support to parents of children and young people who are suffering from various malignant diseases during the course of their treatment at the pediatric hematology-oncology departments. In a series of lectures – composed of 6 workshops, lecturers are experts from various fields: doctor, psychologist, nurse, nutritionist and social worker as well as one parent whose child was cured. The program was implemented in two phases. In the first phase, (duration from January 2011 until June 2011) program was implemented only at two wards, at the Department of Pediatric Oncology, Institute of Oncology and Radiology of Serbia (hereinafter IORS) in Belgrade and the Department of hemato-oncology, University Pediatric Hospital in Belgrade (hereinafter UPH). In the first phase of the project there were 48 thematic workshops and we worked with a total of 195 parents. According to statistical analysis of evaluation forms that were filled out after each workshop anonymously by the parents – participants, the average cumulative score of all workshops was excellent (4.84). In the second phase of the project (duration from November 2011 until June 2012) program of multidisciplinary workshops was expanded and organized into departments and pediatric hematooncology children's hospitals in the cities of Novi Sad and Niš. In the second phase a total of 104 workshops held and 505 parents were included. Average cumulative score of all workshops was 4.84

Key words: *pediatric psychooncology, psychosocial support, multidisciplinary approach, parents of the children suffering from malignant diseases*

Literatura

1. Klikovac T. Psihološke reakcije dece i adolescenata na malignu bolest i lečenje – procena i podrška, Odbranjena doktorska teza, Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet; 2013.
2. Masera G, Spinnetta JJ. Psycho-social issues in Pediatric Oncology. Med Pediatr Oncol Suppl. 1993;21:627-9.
3. Masera G, Spinnetta JJ, Jankovic M. Guidelines for a Therapeutic Alliance Between Families and Staff: A report of the SIOP Working Committee on Psycho-social Issues in Pediatric Oncology. Med Pediatr Oncol Suppl. 1998;30:183-6.
4. Jankovic M, Spinetta JJ, Masera G. Communicating with the sick and dying child; An invitation to listening – A report of the SIOP Working Committee on psychosocial issues in pediatric oncology. Pediatr Blood Cancer. 2008;50:1077-88.
5. Quick References for Pediatric Oncology Clinicians: The Psychiatric and Psychological Dimensions of Pediatric Cancer Symptom Management American Cancer Society; 2009.
6. Klikovac T. Attitude to Psycho-Oncology and Palliative care in Serbia today. Asia-Pac J Clin Oncol. 2012;8:237-8.
7. Kreidler S, Ben-Arush MW, Martin A. Pediatric Psycho-oncology – psychosocial aspects and clinical interventions. 2nd ed. Oxford, Ltd. John Wiley and Sons; 2012.
8. Patenaude AF, Kupst MJ. Psychosocial functioning in pediatric cancer. J Pediatr Psychol. 2005;30:9-27.
9. Pai AL, Greenly RN, Lewandowski A. A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. J Fam Psychol. 2007;21:407-15.
10. Klikovac T. Psiho-onkologija u Srbiji – kratak istorijat malih koraka učinjenih do sada i težak početak organizovanog i sistematičnog razvoja. Bilt hematol. 2007;35:45.
11. Klikovac T, Steinhorn DM. Development of integrated, holistic pediatric palliative care in Serbia: creation of psychosocial support groups. Abstract book of the 1st European Congress on Pediatric Palliative Care 2012;64:23.
12. Wiener L, Hersh S, Kazak A. Psychiatric and Psycho-social support for the child and family. In: Pizzo AP, Poplack DG (eds). Principles and Practice of Pediatric Oncology, Usa: Williams and Wilkins; 2006.pp.1414-46.
13. D’Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving Therapy: A social Competence Approach to Clinical intervention, 2nd ed. New York: Springer; 1999.

Dr sci Tamara KLIKOVAC, psiholog, porodični psihoterapeut, Služba pedijatrijske onkologije, Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Osnivački predsednik Srpske Asocijacije za psihoonkologiju, Filozofski fakultet Beograd, Katedra za kliničku psihologiju

Tamara KLIKOVAC, PhD, psychologist, couple and family psychotherapist, Pediatric Oncology Department, Institute for Oncology and Radiology of Serbia, Founding President of the Serbian Association for Psychooncology, Faculty of Philosophy, Department of Psychology, University of Belgrade

E-mail: klikovact@ncrc.ac.rs, tklikova@f.bg.ac.rs

Zahvalnica:

Zahvaljujem se svim roditeljima koji su prisustvovali radionicama, svim stručnjacima voditeljima radionica i NURDORU za logističku i tehničku podršku u organizaciji radionica.

KONSTRUKCIJA I KARAKTERISTIKE UPITNIKA ZA PROCENU MEHANIZAMA ODBRANE – MOD¹

**Tamara Džamonja-Ignjatović¹,
Mirjana Divac-Jovanović², Marko Milanović³, Milica Dimitrijević⁴**

¹Fakultet političkih nauka, Odeljenje za socijalnu politiku i socijalni rad,
Univerzitet u Beogradu

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

³Centar za istraživanja i socijalni razvoj IDEAS, Beograd
Dom zdravlja, Užice

Abstrakt: Mehanizmi odbrane su psihološki konstrukti od ključnog značaja za procenu ličnosti i planiranje psihoterapijskog procesa. U njihovoj proceni uglavnom se oslanjamo na naturalističke izvore procene i projektivne tehnike, dok upitnici kao samoopisne tehnike kao izvor procene za nesvesne procese kao što su mehanizmi odbrane, naizgled nije pogodan metod. U radu se prikazuju dosadašnji rezultati u procesu konstrukcije upitnika za procenu mehanizama odbrane, skraćeno nazvanog MOD (Mehanizmi Odrane), koji predstavlja pokušaj jasnije konceptualizacije i operacionalizacije ovih konstrukata, kroz različite bihevioralne i emocionalne manifestacije, lične stavove i uverenja, obrasce interpersonalnih odnosa i fidbek okoline. Ciljevi istraživanja su obuhvatali proveru metrijskih karakteristika upitnika MOD, ispitivanje faktorske strukture subskala i upitnika u celini i njegovu praktična validnost u razlikovanju ispitanika iz kliničke i nekliničke populacije. Upitnik ima 110 ajtema na koje se odgovara na 5-stepenoj skali Likertovog tipa i obuhvata procenu 20 mehanizama odbrane. Uzorak je činilo 194 ispitanika oba pola, od toga 136 studenata psihologije i socijalnog rada i 58 pacijenata kliničke nepsihotične populacije. Rezultati su pokazali da se pouzdanost skala varira zavisno od subskale u rasponu od visoke do nezadovoljavajuće (Cronbach alpha .82- .35), mada je za najveći broj subskala oko .65-.70. Iz većine mehanizama odbrane izdvojena je jedna glavna komponenta, dok su iz približno trećine subskala izdvojene dve glavne komponente. Analiza strukture zrelih mehanizama odbrane jasno je izdvojila četiri faktora koji odgovaraju pretpostavljenim mehanizmima odbrane, dok na nivou tzv. neurotskih i nezrelih mehanizama nisu dobijene čiste solucije. Upitnik je potvrdio da uspešno diferencira klinički od nekliničkog uzorka, na osnovu statistički značajno viših skorova na zrelih, i nižih skorova na nezrelim mehanizama, dok se grupe značajno ne razlikuju na osnovu neurotskih mehanizama. Može zaključiti da upitnik MOD ima potencijal da kroz dodatnu doradu jednog broja skala, postane korisno dijagnostičko sredstvo za procenu ličnosti.

Ključne reči: mehanizmi odbrane, procena ličnosti, upitnik MOD

¹Rad je nastao u okviru naučno-istraživačkog projekta Temperament i struktura poremećaja ličnosti (evidencioni broj projekta: ON 175013), koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije.

Uvod

Mehanizmi odbrane su jedan od psiholoških konstrukata koji su od ključnog značaja za procenu ličnosti i planiranje psihoterapijskog procesa, s obzirom da predstavljaju načine na koje osoba reaguje i brani se u susretu sa emocionalnim problemima. Može se reći da je razumevanje i procena mehanizama odbrane od centralnog značaja za istraživanja i klasifikaciju psihopatoloških fenomena, te su bili uključeni i u DSM-III-R [1]. Koncept odbrambenih mehanizama predstavlja jedan od najznačajnijih doprinosa psihoanalize. Njihove manifestacije u ponašanju se mogu posmatrati u uslovima kliničkog ispitivanja i u svakodnevnom životu, što je jedan od razloga prihvatanja ovog koncepta i od strane terapeuta izvan striktno psihoanalitičke paradigme. Iako je koncept zadržao dosta kontroverznosti, procena mehanizama odbrane široko je prihvaćena kao izuzetno važan deo kliničke procene. Mnogi terapeuti smatraju da im je informacija o dominantnim mehanizmima odbrane, koje klijent koristi, ključni faktor u proceni nivoa funkcionisanja ličnosti, odnosno u odlučivanju o tome, koji nivo, dubina i format terapije je preferiran, odnosno koja će terapijska sredstva, kada i na koji način upotrebiti u određenom slučaju [2].

Definicija mehanizama odbrane

Komitet radne grupe za Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja predložio je definiciju mehanizama odbrane koja podrazumeva da su mehanizmi odbrane obrasci osećanja, misli ili ponašanja koji su relativno nenamerni, automatski i nastaju kao reakcija na percepciju psihičke opasnosti [1]. Služe tome da se sakriju ili ublaže konflikti ili stresovi koji mogu izazvati anksioznost. Neki od mehanizama odbrane, poput projekcije, cepanja i acting-outa su gotovo uvek neadaptivni, a drugi poput potiskivanja, prigušivanja ili negacije mogu biti i adaptivni i neadaptivni u zavisnosti od njihove frekventnosti, fleksibilnosti i konteksta u kojima se javljaju.

Mehanizmi odbrane se mogu odrediti kao sredstva kojima se ego služi da bi izbegao spoljašnju ili unutrašnju opasnost po integritet ličnosti, da bi razrešio neprijatni konflikt koji je praćen neprihvatljivim emocijama i impulsima i da bi zaštitio samopoštovanje. Mehanizmi odbrane su odgovor ega na pokušaj nagonskih impulsa da prodru u svest ili u ponašanje pojedinca, što bi izazvalo strah, osećanje krivice ili stid. Budući da osoba ne može da „pobegne“ od svojih nagona i emocija, preostaju joj mehanizmi odbrane kao načini rešavanja neprijatne situacije [3] redukcije anksioznosti ili zaštite samopoštovanja [4,5]. Obzirom da su fiksacije i regresije deo normalnog toka razvoja svake ličnosti, koja se bori sa neizbežnim traumama, mehanizmi odbrane predstavljaju neizostavan deo ličnosti, koji zapravo „diriguje“ psihodinamikom i odgovoran je za dominantni stil i nivo na kome ličnost funkcioniše.

Dijagnostika mehanizama odbrane

Po definiciji mehanizmi odbrane su teorijski konstrukti, nesvesni fenomenio kojima samo posredno možemo zaključivati, posmatrajući specifična verbalna i neverbalna ponašanja i sadržaje komunikacije. Mogu se prepoznati po nekim karakteristikama individue: ponašanja su rigidna, teško ih je kontrolisati (javljaju se „automatski”), osoba ih doživljava kao neminovne („to je jače od mene”), javlja se anksioznost kada je odbrambena reakcija blokirana, često postoji nepodudarnost između verbalnog sadržaja i facijalne ekspresije i gestova i sl. [6]

Iako je značaj mehanizama odbrane odavno prepoznat i prihvaćen i izvan granica psihoanalitičkog terapijskog modaliteta i dalje su prisutni problemi u određenju vrste i broja mehanizama odbrane, u definisanju granica između ovog fenomena prema drugim adaptivnim mehanizmima, kao što su strategije prevladavanja (coping strategije), ili prema slomu odbrana (npr. disocijaciji), pitanja određenja kriterijuma za razlikovanje mehanizama odbrane prema njihovom nivou zrelosti (zreli, nezreli, neurotski), kao i pitanja specifičnih konfiguracija mehanizama koji određuju različite tipove (adaptacije) ličnosti.

Vrste mehanizama odbrane

O tome koliko mehanizama odbrane postoji nema saglasnosti čak i kod teoretičara bliske orijentacije. Sigmund Frojd [7] je definisao 17 mehanizama odbrane, među kojima su regresija, potiskivanje, reaktivna formacija, izolacija, poništavanje, projekcija, introjekcija, okretanje protiv sebe, okretanje u suprotno, racionalizacija, itd., dok je Ana Frojd toj listi kasnije dodala intelektualizaciju i identifikaciju [8]. Razni teoretičari su predlagali mnoge druge tipove odbrana, kao što su kompenzacija, fantazija, idealizacija, substitucija, somatizacija, acting-out, sublimacija, magijsko mišljenje, aske-tizam, negacija, cepanje, ali i dalje postoji zahtev za jednom pouzdanom nomenklaturom.

Bond i saradnici [9] opisali su 24 mehanizma, uključujući inhibiciju, pseudoaltruizam i prijanjanje (*clinging*). Peri je u svojoj DMRS skali (*Defense Mechanism Rating Scale*, 1990) proširio listu na 28 mehanizama, podelivši ih u nekoliko grupa i dodavši neke mehanizme, koji nisu bili uvršteni u DSM-III-R: udruživanje (*affiliation*), anticipaciju, samoposmatranje, hipohondrijazu. [4] Kulminaciju ovog neprestanog procesa proširivanja liste mehanizama odbrane predstavlja rad Blekmena [10] koji govori o čak 101 odbrani dajući kratke definicije svake u skladu sa razvojnim periodom prvog pojavljivanja i referencama autora.

Nivoi mehanizama odbrane

Mehanizme odbrane je moguće podeliti ili razvrstati prema više kriterijuma. Odavno je prepoznata i prihvaćena ideja o hijerarhiji odbrana, tako da ako se uzme u obzir kriterijum zrelosti, mehanizmi odbrane se mogu podeliti na primitivne tj. nezrele, neurotične i zrele [4]. Smatra se da se razvojno, u

detinjstvu češće koriste manje zreli mehanizmi odbrane nego zreli [11]. Vejlant je u svojoj kvantitativnoj studiji pokazao da je korišćenje nezrelih odbrana u negativnoj korelaciji sa dobrom regulacijom funkcionisanja odraslih osoba, dok pozitivno korelira sa stepenom patologije [12]. Vejlantovi nalazi su konzistentni sa opšteprihvaćenim kliničkim stanovištem da često korišćenje nezrelih odbrana može da ugrozi psihološko i socijalno funkcionisanje. Prema ovom autoru, najprimitivnije („narcističke”) odbrane su negacija, projekcija i distorzija.

Karakterni poremećaji (ili poremećaji ličnosti, Axis II DSM klasifikacije) korespondiraju sa „nezrelim” mehanizmima koji dovode do rigidnosti u funkcionisanju ličnosti i distorzije afektivne komponente inter-personalnih odnosa i tu spadaju: fantazija, hipohondrija, acting-out, pasivna-agresija projekcija, negacija, kao i rascep (splitting) [4]. U „neurotične” odbrane spadaju intelektualizacija, racionalizacija, reaktivna formacija, regresija, izolacija, potiskivanje, poništavanje, pomeranje. Na vrhu teorijske hijerarhije nalaze se „zrele” odbrane, gde spadaju sublimacija, supresija, altruizam, anticipacija i humor. Ova podela je uslovna i relativna, naime, smatra se da se zrelost i uspešnost mehanizama odbrane može posmatrati na dimenziji, gde svaki pojedinac koristi pretežno mehanizme određenog nivoa zrelosti, što ne znači da ne može da koristi povremeno i neke mehanizme van svog dominantnog nivoa funkcionisanja. Emocionalno zdravi odrasli pojedinci, upotrebljavaju pretežno zrele mehanizme odbrane, koji obezbeđuju optimalan uspeh u relacijama tokom života.

Kada su zreli mehanizmi odbrane u pitanju, mnogi autori prave distinkciju između njih i mehanizama prevladavanja (tzv. *coping mehanizama*). Han [13] opisuje 20 adaptivnih stilova koje deli na grupu „zdravih” (*coping*) adaptivnih stilova i grupu odbrambenih (patoloških) stilova. Karakteristično je da i jedni i drugi mehanizmi bivaju pokrenuti usled psihološke neravnoteže i da predstavljaju adaptacione procese. Međutim, svrha mehanizama prevladavanja je da smanje negativan afekat, da što brže moguće povrate ravnotežu, da reše problem ili barem upravljaju problemom. Mehanizmi prevladavanja su, za razliku od mehanizama odbrane svesni fenomeni. Oni ukazuju na to da pojedinac svesno pokušava da reši problem, najčešće umanjujući negativan afekat, dok zreli mehanizmi odbrane predstavljaju automatski i uglavnom nesvestan manevar Ega [14].

Upotreba mehanizama prevladavanja dominantno je situaciono određena, dok je upotreba odbrambenih mehanizama pretežno zavisna od personalnih dispozicija. Takođe, korišćenje mehanizama odbrane se vezuje za psihopatologiju, dok mehanizmi prevladavanja predstavljaju sastavni deo normalnog psihološkog funkcionisanja. Ipak, nisu svi mehanizmi odbrane vezani isključivo za psihopatološka stanja, pogotovo imajući u vidu njihov razvojni aspekt i adaptivni značaj zrelih mehanizama u specifičnim situacijama, kao što ni svi „coping” mehanizmi nisu adaptivni. Zreli mehanizmi odbrane kao i

strategije prevladavanja usmerene na emocije, zapravo predstavljaju adaptivne reakcije povezane sa psihološkim distresom.

Vejlantovi su pokazali da su nezrele odbrane u pozitivnoj vezi sa stepenom mentalne patologije, a u negativnoj sa dobrom regulacijom i adekvatnim funkcionisanjem odraslih osoba. Kako ovi autori smatraju, kod karakternih poremećaja dominiraju nezreli mehanizmi odbrane, kao što su shizoidna fantazija, hipohondrija, acting-out, pasivna agresija. Neurotične osobe se brane intelektualizacijom, potiskivanjem, pomeranjem, reaktivnom forma-cijom, disocijacijom. Istraživanjem je takođe pokazano da je emocionalna usklađenost u detinjstvu povezana sa prisustvom zrelih odbrana u odraslom dobu [15].

Jasno je da se radi o veoma složenom fenomenu i da postoje teškoće u preciznom definisanju kriterijuma ponašanja koja imaju odbrambeni kvalitet. Postoje i znatna preklapanja u značenju mnogih odbrana, neki mehanizmi su veoma povezani među sobom, kao što su reaktivna formacija i poništavanje, ili negacija i projekcija [6], što otežava određenje jasne koncepcije kada je u pitanju njihova procena, pogotovo preko svesnih aspekata ličnosti, kao što je slučaj kod upotrebe samoopisa, tj. upitnika.

Metode procene mehanizama odbrane

Procena mehanizama odbrane je prvobitno bila vezana isključivo za psihoanalitički terapijski proces, u kome se kroz analizu transfera i kontra-transfera dolazilo do podataka o dominantnim mehanizmima odbrane [16]. Mek Kalouh [17] predlaže tehniku psihobiografije, prema kojoj se odbrane identifikuju kombinacijom biografije, autobiografije, subjektivnih simptoma i/ili kreativnih produkata osobe. I danas se u proceni mehanizama odbrane kliničari uglavnom oslanjaju na naturalističke izvore procene kao što su intervju, opservacija, biografski podaci ili na projektivne tehnike, prvenstveno Roršahov test i Test tematske apercepcije, akoje takođe potiču iz psihoanalitičkog kruga [18,19]. Ima pokušaja da se identifikuju transakcioni obrasci karakteristični za pojedine mehanizme odbrane. Tako autori operacionalno definišu nekoliko tipova transakcija koje su karakteristične za mehanizam splittinga kao što su lančano redefinisanje projektivnog tipa, pozivanje u simbiozu, brze smene u ulogama žrtve i persekutora, smenjivanje pasivnih ponašanja tipa acting-out i otkazivanja itd. [20]. Može se reći da rad na razvoju validne i pouzdane procene mehanizama odbrane traje više decenija i da još uvek ne postoji potpuno zadovoljavajuće rešenje [4].

Retki su upitnici i koji su ponudili odgovarajuću operacionalizaciju mehanizama odbrane, a time i kvantifikaciju i objektivizaciju procene. To je s jedne strane razumljivo, jer samoprocena kao izvor podataka za nesvesne procese kao što su mehanizmi odbrane, nije pogodan metod. Ipak, takvih pokušaje je bilo, poput DSQ (*Defensive Style Questionnaire*) [9], koji uprkos širokoj upotrebi, zadovoljio samominimalne psihometrijske kriterijume [21,22]. Upravo j nedostatak relativno objektivnog metoda za brzu procene ovog fenomena od

izuzetnog značaja za kliničare gotovo svih orijentacija, je bio jedan od razloga za naše interesovanje za istraživanje ove oblasti.

Konstrukcija upitnika MOD

Pre nego što smo se suočili sa paradoksom samoprocene nesvesnih procesa, suočili smo se sa dilemom koje mehanizme odbrane da uvrstimo u našu listu. Odlučili smo da izaberemo one mehanizme odbrane koji su, prema našem kliničkom iskustvu, najrelevantniji za kliničku, dijagnostičku i psihoterapijsku praksu. Ostali kriterijumi izbora, odnosno selekcije mehanizama odbrane za naš upitnik su bili najveća zastupljenost u različitim klasifikacijama, najmanja nesaglasnost između različitih autora i najveća mogućnost pretvaranja u opservabilne ajteme. Tako je u upitniku zadržano 20 mehanizama odbrane: idealizacija, devaluacija, fantazija, projekcija, somatizacija, acting out, negacija, pasivna agresija, splitting, reaktivna formacija, poništavanje, intelektualizacija, potiskivanje, racionalizacija, izolacija, humor, anticipacija, prigušivanje, sublimacija i altruizam.

Pokušali smo da konstrukciji upitnika, koji treba da predstavlja jasniju konceptualizaciju i operacionalizaciju konstrukta mehanizama odbrane, pristupimo preko različitih parametara, koji bi, svaki ponaosob pokrio po jedan aspekt ovog konstrukta, odnosno, svi zajedno pokrili sve mogućnosti njegovih manifestacija. To je podrazumevalo izbor ajtema koji će, za svaki mehanizam ponaosob obezbediti mogućnost procene bihejvioralnih, emocionalnih, kognitivnih i fenomenoloških manifestacija, ličnih stavova i uverenja, obrasce sopstvenih interpersonalnih odnosa, kao i fidbek okoline, tj. opažanja drugih ljudi u vezi svih ovih manifestacija pojedinca. Na ovaj način nastojali smo da obezbedimo sadržinsku validnost upitnika tako da sadrži uzorak ponašanja, stavova i osećanja koji je reprezentativan za domen konstrukta koji se meri [23]. Ovakav pristup nosi sa sobom i rizik, jer jedan mehanizam odbrane ne mora uvek da se ispolji u svim domenima, pa to može dovesti do niže pouzdanosti skala.

Osnova za sadržaj ajtema su, dakle, bili: obrasci bihejvioralnog i emocionalnog reagovanja koje ispitanik može da prepozna u svom ponašanju, lična uverenja i stavovi, obrasci interpersonalnih odnosa i raport o komentarima drugih ljudi o svim ovim parametrima (ponašanju, emocionalnom reagovanju, stavovima i interpersonalnim odnosima) koje okolina upućuje ispitaniku. Svi ovi sadržaji su ono što ispitanik može lako da prepozna u ličnom iskustvu i bez uvida u njihovo dinamičko značenje. Takođe, kada je u pitanju sadržaj ajtema, nastojali smo da obuhvatimo različite oblike ponašanja, stavove prema sebi, drugim ljudima i pojavama, različite vrste emocija i njihovog načina ispoljavanja (radost, bes, strah, tuga) i različite kontekste odnosno okolnosti, kada je reč o interpersonalnim obrascima. Drugim rečima, pokušali smo da izborom ajtema, pokrijemo što već dijapazon mogućih ispoljavanja nesvesnih mehanizama, vodeći računa o mogućnosti najšire detekcije ovih fenomena, na

način koji je opservabilan i čije manifestacije individua može da prepozna nezavisno od uvida u prirodu svojih odbrana.

Kada se procenjuje pogodnost ajtema nekog instrumenta važno je da sadržaj odgovara postuliranom konstrukt, odnosno očiglednu vezu (face validity) bihejvioralnih indikatoira i mehanizma odbrane, naravno iz ugla profesionalnog procenjivača. Tako smo, osim usaglašavanja autora upitnika u pogledu pogodnosti reprezentacije sadržaja određenog mehanizma odbrane, svaki ajtem proveravali i kroz intersubjektivnu saglasnost nezavisnih procenjivača, iskusnih kliničara. Od četvoro kolega smo tražili da “izmešane” ajteme razvrstaju u definisane kategorije mehanizama odbrane. Na kraju su zadržani oni ajtemi za koje je postignuta potpuna saglasnost, a izbačeni su ili doradeni (pa ponovo provereni) oni ajtemi gde potpuna saglasnost nije postignuta.

Predmet i ciljevi istraživanja

U radu se predstavljaju dosadašnji rezultati u procesu konstrukcije upitnika za procenu mehanizama odbrane, skraćeno nazvanog MOD (Mehanizmi Odbrane), koji predstavlja pokušaj jasnije konceptualizacije i operacionalizacije ovih konstrukata, kroz različite bihejvioralne i emocionalne manifestacije, lične stavove i uverenja, obrasce interpersonalnih odnosa i fidbek okoline.

Ciljevi istraživanja:

1. Provera psihometrijskih karakteristike upitnika MOD
2. Ispitivanje faktorske struktura mehanizama odbrane grupisanih prema kriterijumu nivoa zrelosti u tri grupe – zrele, neurotske i nezrele
3. Ispitivanje praktične validnosti upitnika, odnosno njegove diferencijalne prediktivne validnosti u razlikovanju ispitanika iz kliničke i nekliničke populacije.

Metod istraživanja

Uzorak je činilo 194 ispitanika oba pola, od toga 136 studenata psihologije i socijalnog rada iz Beograda i Učiteljskog fakulteta u Užicu i 58 pacijenata kliničke nepsihotične populacije, koji su se lečili ambulantno ili hospitalno u KBC Užice – Odeljenju za psihijatriju i u Psihijatrijskoj klinici Kliničkog centra u Beogradu i to 37 ispitanika koje su dijagnostikovani kao neurotski poremećaj i 21 ispitanik koji je dijagnostikovao kao poremećaj ličnosti.

Upitnik se sastoji od 104 ajtema na koje se odgovara na 5-stepenoj skali Likertovog tipa i obuhvata procenu 20 mehanizama odbrane koji su grupisani u subskele od 5-6 ajtema.

Struktura upitnika, tipova mehanizama odbrane i pojedinačnih mehanizama odbrane analizirana je pomoću eksplorativne faktorske analize, uz primenu metode glavnih osovina i oblimin rotacije. Za određivanje broja faktora korišćena je paralelna analiza. Pouzdanost originalnih i novodbijenih skala, a na

osnovu kriterijuma navedenih u okviru analiza, procenjena je Kronbah alfa koeficijentom interne konzistencije.

Rezultati i diskusija

1. Psihometrijske karakteristike skala mehanizama odbrane

Rezultati su pokazali da pouzdanost originalnih skala varira u rasponu od visoke do nezadovoljavajuće (Kronbah alfa koeficijent se kreće od .81 do .25), mada je za najveći broj subskala oko .65-.70 (Tabela 1.). S obzirom na relativno mali broj stavki u skalama i visoku heterogenost simptoma, to je relativno zadovoljavajuća pouzdanost, ali svakako da se mora u daljem radu na unapređenju upitnika raditi na rekonceptualizaciji pre svega skala Intelektualizacije i Racionalizacije, a zatim i Potiskivanja i Reaktivne formacije.

Kako se radi o ranoj fazi razvoja upitnika, analiza na nivou skala za cilj ima dublji uvid u karakteristike pojedinačnih stavki i strukturu skala. Početno je postulirana jednodimenzionalna struktura skala. Analizom glavnih komponenti pojedinačnih skala izdvojene su jedna ili dve glavne komponente.

U skladu sa početnim pretpostavkama jednofaktorsko rešenje dobijeno je za sledeće skale: devaluacija, fantaziranje, projekcija, somatizacija, splitting, humor, anticipacija, altruizam (Tabela 1). Nijedna skala neurotskih mehanizama odbrane nema pretpostavljenu strukturu, kao ni idealizacija, acting out, negacija, pasivna agresija iz grupe primitivnih mehanizama, i prigušivanje i sublimacija iz grupe zrelih mehanizama. Intelektualizacija, koja ima najslabiju pouzdanost ima čak tri izdvojene glavne komponente, te je u ovoj fazi konstrukcije upitnika nepogodna za kliničku procenu.

Tabela 1. Prikaz strukture i pouzdanosti originalnih skala

	Broj faktora	Procenat objašnjene varijanse	Kronbahova alfa	Broj stavki
Nezreli mehanizmi				
Idealizacija	2	50.5%	.58	6
Devaluacija	1	44.8%	.68	5
Fantazija	1	57.4%	.81	5
Projekcija	1	35.6%	.62	6
Somatizacija	1	50.2%	.74	5
Acting out	2	67.0%	.74	6
Negacija	2	55.8%	.49	5
Pasivna agresija	2	48.4%	.52	6
Spliting	1	38.0%	.58	5
Neurotski mehanizmi				
Reaktivna formacija	2	56.1%	.48	5
Poništavanje	2	57.3%	.53	5
Intelektualizacija	3	69.3%	.25	5
Potiskivanje	2	54.3%	.43	5
Racionalizacija	2	54.3%	.32	5
Izolacija	2	60.0%	.61	5
Zreli mehanizmi				
Humor	1	47.8%	.72	5
Anticipacija	1	45.2%	.69	5
Prigušivanje	2	54.4%	.50	5
Sublimacija	2	57.0%	.56	5
Altruizam	1	45.2%	.69	5

Početna ideja u konstrukciji upitnika je bila da minimalni broj stavki reprezentuje što širi spektar manifestacija svakog od mehanizama odbrane. S druge strane, upravo to je moglo da dovede do toga da se dobije više dimenzija unutar pojedinačnih mehanizama odbrane. Naime, pretpostavljamo

da je došlo do ovog „raslojavanja“ na više faktora s obzirom da se pojedinačni mehanizam zapravo najčešće primenjuje samo na određeni segment sadržaja koje smo obuhvatili ajtemima. Tako npr. neko može koristiti izolaciju za osećanja tuge, ali ne i za osećanje besa ili straha, što za posledicu ima višefaktorsku strukturu skale uslovljenu sadržajima, a ne „čistim“ mehanizmom koji se univerzalno primenjuje na sve sadržaje. To ilustuju i drugi primeri gde su dobijena dvofaktorska rešenja. Na primer, u skali za procenu acting outa svi ajtemi koji operacionalizuju impulsivno rasterećenje agresivnih impulsa čine jedan faktor, a samo jedan ajtem koji reprezentuje primenu ovog mehanizma u obradi seksualnih impulsa, izdvaja se kao zaseban faktor. Slična interpretacija može da se primeni i na ostale mehanizme koji su pokazali 2-faktorsku strukturu.

2. Analiza strukture mehanizama odbranegrupisanih prema nivoima zrelosti

Drugi cilj istraživanja bio je da se ispita struktura mehanizama odbrane, odnosno da se utvrdi da li postoji grupisanje mehanizama prema kriterijumu nivoa zrelosti. U tom cilju, eksplorativna faktorska analiza je primenjena posebno na svaku grupu nezrelih, neurotskih i zrelih mehanizama odbrane. Analiza strukture zrelih mehanizama odbrane jasno je izdvojila četiri faktora koji odgovaraju pretpostavljenim mehanizmima odbrane, osim sublimacije koja se „rasporedila“ na ova 4 faktora, dok na nivou tzv. neurotskih i nezrelih mehanizama nisu dobijene čiste solucije.

Nezreli mehanizmi odbrane

Eksplorativnom faktorskom analizom identifikovano je šest faktora iz 9 skala za koje se pretpostavlja da pripadaju primitivnim MO² i koji zajedno objašnjavaju 49.0% varijanse. Svojsvene vrednosti faktora su redom 5.26, 3.23, 3.55, 3.86, 4.55, 2.26. Na osnovu kriterijuma da je komunalitet veći od .20, da su projekcije stavki na druge faktore manje od .30 i da je VIF < 5, od početnih 54 stavki zadržano je 36 stavki. Komunaliteti zadržanih stavki se kreću od .29 do .72, KMO iznosi .81, a Bertletov test sferičnosti je statistički značajan ($p < .001$).

² Izuzetak od teorijski postuliranog grupisanja mehanizama prema kriterijumu zrelosti je Izolacija, čije su stavke u početnim obradama imale visoka zasićenja na faktorima koji odgovaraju primitivnim mehanizmima odbrane, pa smo ovu skalu u daljim obradama tretirali sa ovom grupom mehanizama

Tabela 2. Matrica sklopa stavki nezrelih mehanizama odbrane

	PF1	PF2	PF3	PF4	PF5	PF6
FA_31	.86	-.10	-.02	.05	.04	-.12
FA_10	.76	.00	.07	-.06	.03	-.04
FA_73	.71	-.15	.05	.14	.01	-.01
FA_94	.71	.10	.17	-.26	-.05	.25
FA_52	.67	.08	-.20	.22	-.18	-.03
SP_60	.41	-.05	.02	.26	.16	-.05
SP_81	.37	.11	.08	.14	.26	-.02
NE_58	.36	.16	.21	-.19	.27	.12
DE_93	.30	.12	.15	.13	.16	.15
IZ_14	-.08	.75	.19	-.02	-.15	-.10
IZ_98	-.07	.70	.24	.00	-.19	-.13
NE_79	.06	.63	-.25	-.06	.07	.03
IZ_35	.19	.51	-.15	.11	.11	.04
IZ_56	-.07	.46	-.05	.12	.23	.08
NE_16	.07	.37	.09	-.05	.27	-.06
SO_54	.03	.07	.82	.12	-.08	-.05
SO_12	.00	-.02	.71	.12	.08	-.01
SO_96	.25	.15	.63	.03	-.01	.09
SO_33	-.05	-.02	.53	.05	.09	.02
DE_30	-.03	-.19	.16	.71	.10	.11
DE_51	.07	.01	.17	.63	.04	-.08
PR_74	.15	.10	.06	.60	.09	-.05
PR_53	-.06	.32	.04	.48	.08	.05
DE_72	.16	.17	-.14	.47	.06	.28
PR_11	.16	-.16	.28	.44	.07	.11
PR_95	.11	.34	.12	.40	-.01	.12
AO_78	-.14	-.13	.02	.08	.81	.03
AO_57	.13	-.14	.10	-.03	.75	-.04
AO_36	-.10	.08	-.10	.16	.73	.04
AO_15	.03	-.06	.19	.13	.61	-.02
AO_99	.07	.15	-.05	-.04	.56	-.03
PA_17	.28	.11	.12	-.21	.36	.06
ID_106	-.11	-.03	.10	-.18	.03	.76
ID_92	.01	.01	.08	.06	.02	.60
ID_50	.11	.10	-.17	.21	-.17	.59
ID_71	-.06	-.16	-.05	.00	.00	.58
α (N)	.83(9)	.68(6)	.75(4)	.78(7)	.77(6)	.55(4)

FA – Fantaziranje; SP – Spliting; NE – Negacija; DE – Devalvacija; IZ – Izolacija; SO – Somatizacija; PR – Projektovanje; AO – Acting out; PA – Pasivna agresija; ID – Idealizacija.

Analiza matrice sklopa (Tabela 2) pokazala je da se faktori ne poklapaju sa skalama u potpunosti i da višeodgovaraju kompozitnim mehanizmima za koje pretpostavljamo da se grupišu na osnovu faza odbrambenog procesa. Za splitting, obzirom da predstavlja mehanizam oko koga se centriraju primitivni mehanizmi odbrane prema Kernbergu [24], može da se pretpostavi da pretpostavlja preduslov i prvi korak u procesu aktiviranja primitivnih, odnosno nezrelih mehanizama odbrane. Postoji verovatnoća da su se zbog toga ajtemi ove skale rasporedili na različite faktore nezrelih mehanizama odbrane.

Prvi faktor čini fantazija sa „pridruženim“ delom splittinga (dva ajtema) i po jednim ajtemom negacije i devaluacije za koje pretpostavljamo da se mogu kombinovati u složenom procesu odbrane fantazijom. Drugi faktor

čine izolacija i u menjoj meri negacija (dva ajtema) za koje možemo da pretpostavimo da ih povezuje „otcepljivanje osećanja“. Čista faktorska rešenja smo dobili kod somatizacije (F3), acting-out-a (F5) i idealizacije (F6). Pretpostavljamo da su manifestacije mehanizama acting out-a i somatizacije, budući jasno prepoznatljivije na bihejvioralnom i somatskom nivou, mogle da doprinesu „čistoći“ slike. Idealizacija je na neki način specifična i vezana za „ekstremno“ socijalno poželjni stav, pa se kao takva mogla i zasebno izdvojiti. Četvrti faktor sažima devaluaciju i projekciju što se može razumeti kao kompozitni „faktor socijalne agresije“, gde devaluacija može da bude jedna od posledica projekcije ili može da prethodi projekciji, kao pokušaj „dehumanizacije“ druge osobe čime bi se „otvorio prostor“ za projekciju negativnih/agresivnih sadržaja.

Neurotski mehanizmi odbrane

Eksplorativnom faktorskom analizom identifikovana su tri faktora, koja zajedno objašnjavaju 45.3% varijanse neurotskih mehanizama odbrane. Na osnovu kriterijuma da je komunalitet veći od .20, da su projekcije stavki na druge faktore manje od .30 i da je $VIF < 5$, od početnih 26 stavki zadržano je 13 stavki. Komunalitet se kreću od .20 do .73, KMO iznosi .65, a Bertletov test sferičnosti je statistički značajan ($p < .001$). Svojevredne vrednosti ova tri faktora su redom 1.43, 1.54, 1.22. Vrednost KMO ukazuje da ovakvu strukturu treba da uzmemo sa rezervom.

Tabela 3. Matrica sklopa stavki neurotskih mehanizama odbrane

	NF1	NF2	NF3
PO_7	.87	-.02	-.09
PO_91	.59	-.03	.11
RF_69	.33	.03	.23
RF_90	-.04	.65	.15
RF_48	-.16	.50	.15
PT_103	-.02	.47	.00
RC_13	.05	.46	-.28
RC_34	.23	.40	-.19
PT_19	.10	.40	.09
PO_70	.10	.03	.52
RF_27	.08	.01	.49
RC_97	-.06	-.04	.48
PO_28	.03	.15	.41
α (N)	.61(3)	.63(6)	.57(4)

PO – poništavanje; RF – reaktivna formacija; PT – potiskivanje; RC – racionalizacija.

Prvi faktor čine ajtemi mehanizama poništavanje i reaktivna formacija, drugi reaktivna formacija i potiskivanje, a treći potiskivanje, reaktivna formacija i racionalizacija.

Dobijeni faktori takođe odgovaraju „kompozitnim“ ili „spektar“ mehanizmima za koje pretpostavljamo da se grupišu na osnovu faza odbrambenog procesa, gde su svi neurotski mehanizmi prema Kernbergu [25]

zapravo centrirani oko potiskivanja, te su se ajtemi ove skalerasporedili na dvafaktora izdvojena iz neurotskih mehanizama odbrane. Potiskivanje i jeste dinamski posmatrano, preduslov i prateći deo reaktivne formacije (drugi faktor), kao i racionalizacije (treći faktor). Reaktivna formacija i poništavanje su takođe dinamski „bliski“ u odbrani od negativnih impulsa, ali bi svako dalje tumačenje bilo ograničeno nedovoljno čvrstom empirijskom osnovom.

Zreli mehanizmi odbrane

Eksplorativnom faktorskom analizom identifikovana su četiri faktora, koja zajedno objašnjavaju 45.6% zrelih mehanizama odbrane. Na osnovu kriterijuma da je komunalitet stavke veći od .20, da su projekcije stavki na druge faktore manje od .30 i da je VIF manji od 5, od početnih 25 stavki zadržane su 22 stavke. Komunaliteti stavki se kreću od .20 do .46, KMO iznosi .73, a Bertletov test sferičnosti je statistički značajan ($p < .001$). Na osnovu analize matrice sklopa prvi faktor možemo nazvati humor, drugi altruizam-sublimacija, treći anticipacija, a četvrti kombinovani faktor prigušivanje-sublimacija. Svojevredne vrednosti faktora su redom 2.27, 2.29, 1.92, 1.78.

Tabela 4. Matrica sklopa stavki zrelih mehanizama obrade

	ZF1	ZF2	ZF3	ZF4
HU_64	.65	-.05	.14	-.02
HU_43	.65	.01	.02	-.02
HU_1	.59	-.01	.06	-.04
HU_85	.51	.01	-.13	.05
HU_22	.50	-.11	.21	-.03
AL_26	.14	.61	.12	-.10
AL_68	-.02	.60	.02	-.21
AL_5	-.09	.60	-.05	.08
AL_89	-.12	.52	.13	.09
AL_47	-.06	.50	-.11	-.07
SU_67	.07	.49	-.01	.15
SU_88	.01	.49	.09	.14
AN_23	-.02	.10	.63	-.04
AN_44	.05	-.05	.63	.00
AN_2	.13	.05	.58	.10
AN_65	.06	.09	.54	.14
PR_66	-.08	-.06	.14	.57
SU_4	-.04	.08	-.04	.47
PR_24	-.04	-.04	.03	.46
AN_86	.12	.02	.17	.44
SU_46	.24	.01	-.13	.42
PR_87	.25	.17	-.22	.34
α (N)	.72(5)	.74(7)	.66(5)	.56(5)

HU – Humor; AL – Altruizam; SU – Sublimacija; AN – Anticipacija; PR – Prigušivanje

Analiza strukture zrelih mehanizama odbrane jasno je izdvojila četiri faktora (od 5 MO) koji odgovaraju pretpostavljenim mehanizmima odbrane, osim sublimacije koja se “rasporedila” na 2. i 4. faktor. Ovaj nalaz bismo mogli tumačiti tako da i unutar zrelih mehanizama možda postoji jedan

„nadređeni”, odnosno sveobuhvatni mehanizam, kojim su „zasićeni” bar jedniom delom i ostali mehanizmi iz te grupe, odnosno, da se i ovde pojavljuje fenomen “kompozitnih” mehanizama ili spektar mehanizama) – što može da se tumači činjenicom da mehanizmi odbrane nisu „stanja” nego proces, koji ima stupnjeve razvoja: na pr. možemo pretpostaviti da prvo dolazi do procesa prigušivanja, da bi se zatim razvio altruizam ili sublimacija. Osnovu za ovakvo tumečenje možemo naći još u Frojdovim radovima iz 1917. gde on uvodi ideju “odbrambenih podjedinica” (defensive subunits). On je u svojim razmišljanjima rano naslutio da mehanizmi odbrane trpe hijerarhijski odnos međusobno, razvijajući ideju o ontogenezi mehanizama odbrane. Tada je pretpostavio da primitivni okretanje protiv sebe (kasnije nazvano pasivna agresija) omogućava represiju u sledećem koraku, koja, opet omogućava sublimaciju. On piše da svakom prelasku iz jednog sistema u onaj neposredno iznad njega, odnosno svakom napretku prema višem stepenu psihičke organizacije odgovara i novi sistem cenzure [7].

3. *Klinička validnost upitnika*

Treći cilj istraživanja se odnosio na proveru prediktivne validnosti upitnika u smislu razlikovanja ispitanika iz kliničke i nekliničke populacije.

Rezultati multivarijatne analize varijanse ukazuju da se klinička i opšta populacija razlikuju u odnosu na ovako definisani mehanizmi odbrane, Wilks' Λ iznosi .73, $F(13,180)=5.21$, $p<.001$. Razlike su ispitane i na nivou pojedinačnih skala dobijenih faktorskom analizom (Tabela 5.)

Tabela 5. Rezultati univarijatne analize varijanse

	M	Opšta SD	M	Klinička SD	F	dfb	dfw	sig.	η^2
PF1	23.98	7.45	27.98	8.05	11.19	1	192	.001	.06
PF2	14.87	4.67	15.98	4.66	2.32	1	192	.129	.01
PF3	9.02	3.62	11.97	4.37	23.64	1	192	.000	.11
PF4	22.88	5.92	24.97	4.49	5.81	1	192	.017	.03
PF5	18.82	5.55	20.40	5.68	3.22	1	192	.074	.02
PF6	12.75	2.89	12.31	3.30	0.86	1	192	.355	.00
NF1	8.24	2.70	8.97	3.28	2.55	1	192	.112	.01
NF2	17.84	4.30	20.05	4.30	10.79	1	192	.001	.05
NF3	13.34	2.97	14.69	3.15	8.10	1	192	.005	.04
ZF1	18.98	3.22	17.05	4.27	11.89	1	192	.001	.06
ZF2	23.57	5.02	25.52	5.11	6.08	1	192	.015	.03
ZF3	19.79	2.87	18.09	3.95	11.30	1	192	.001	.06
ZF4	17.99	2.85	16.53	3.94	8.28	1	192	.004	.04

Upitnik je potvrdio da uspešno diferencira klinički od nekliničkog uzorka, na osnovu statistički značajno viših skorova na nezrelim i nižih skorova na zrelim mehanizama kod kliničke grupe, dok se grupe značajno ne razlikuju na osnovu neurotskih mehanizama.

Pojedinačno, vidimo da u okviru nezrelih mehanizama odbrane, najbolju diferencijaciju prave grupe faktora koji čine Spliting (PF1), Somatizacija (PF3) i delimično „faktor socijalne agresije“ (PF4). Što se tiče grupe neurotskih mehanizama, relativno značajnu diferencijaciju preve reaktivna formacija, potiskivanje (PN2 i PN3). Kada su u pitanju zreli MO, razlikovanju kliničke i nekliničke populacije najviše doprinose humor (PZ1), anticipacija (PZ3) i prigušivanje sa sublimacijom (PZ4). Ipak, ukoliko posmatramo intenzitet razlika, sledi da je potrebno dalje unaprediti diferencijalnu validnost instrumenta.

Ovaj nalaz može da se objasni razvojnog, odnosno dimenzionalnom prirodom spektruma mehanizama odbrane: naime, poznato je da se neurotični nivo funkcionisanja ličnosti koji karakteriše pretežna upotreba tzv. neurotičnih mehanizama, razvojno nalazi između zrelog igraničnog nivoa funkcionisanja, odnosno zrelih i primitivnih mehanizama odbrane [25], pa se može očekivati da neurotični mehanizmi odbrane mogu da budu aktivirani u okviru oba nivoa funkcionisanja. Ne treba zaboraviti da retko postoje „čiste“ forme funkcionisanja, odnosno, osobe koje isključivo koriste mehanizme odbrane jednog istog nivoa – individua se reverzibilno „pomera“ na dimenziji nivoa funkcionisanja (zrelo-nezrelo), sa preferiranim opsegom, a ne statičnim „mestom“. Tako u kliničkoj praksi često vidamo da pojedinci koriste i nezrele i neurotične, odnosno, zrele i neurotične mehanizme alternativno ili simultano, oni se ne isključuju međusobno, te je zato moglo da dođe do toga da se grupe kliničke i nekliničke populacije ne razlikuju značajno po upotebi neurotičnih mehanizama. Neurotični nivo funkcionisanja sa referentnim mehanizmima odbrane kao da je „zajednička teritorija“ zrelijih ili manje zrelih mehanizama.

Zaključak

Na osnovu prvih rezultata našeg istraživanja mogli bismo zaključiti da upitnik MOD ima potencijal da kroz dodatnu doradu jednog broja skala, posebno onih iz tzv. neurotskog spektra odbrana, postane korisno pomoćno dijagnostičko sredstvo procene jedne veoma značajne funkcije ličnosti, kao što su to dominantni mehanizmi odbrane.

Rezultati su pokazali da struktura pojedinačnih skala koje operacionalizuju različite mehanizme odbrane često nema jednofaktorsku strukturu. Ovo naročito važi za neurotske odbrane. Pretpostavljamo da nezreli mehanizmi deluju rigidno i pervazivno, tako da prožimaju širok spektar ponašanja. S druge strane, zreli mehanizmi mogu relativno lako da se osveste i prepoznaju u ponašanju kao obrasci kojima osoba pribegava u neugodnim situacijama. Iako iz različitih razloga, i jedno i drugo može doprinositi relativno homogenoj faktorskoj strukturi, za razliku od neurotskih mehanizama, koji su centrirani oko potiskivanja, pa je veća verovatnoća da će se koristiti selektivno. U tom smislu npr. osoba može da koristi Izolaciju za

određena osećanja, ali ne i za sva. Kako smo nastojali da ajtemima obuhvatimo ispoljavanje jednog mehaniza kroz različite bihejvioralne, emocionalne i kognitivne, pretpostavljamo da se jedan mehanizam ne ispoljava nuzno kroz sve svoje fenotipske manifestacije što može da ima implikacije na pouzdanost skala mehanizama odbrane.

Drugo, faktorska struktura MOD upitnika se samo delimično poklapa sa skalama mehanizama odbrane. Pretpostavili smo da svaki nivo mehanizama (zreli, neurotski, nezreli) predstavlja dinamički kompozit specifičnih odbrana koji funkcionalno interaktivno deluju, te se nine mogu strukturalno izolovati, gde su splitting, potiskivanje i supresija centralni za specifične nivoe graničnog, neurotskog i zrelog funkcionisanja ličnosti.

Treće, rezultati potvrđuju praktičnu, dijagnostičku vrednost upitnika urazlikovanje na dimenziji zreli-nezreli. Naime, rezultati na neki način potvrđuju shvatanje o dimenzionalnoj prirodi mehanizama odbrane i njihovom razvojnom karakteru. Rezultati su nas upozorili na to da možda nije najvažnije da dobijemo „čiste” faktore vezane za pojedinačne mehanizme odbrane, koliko je od značaja da procenom dominantnog „spektra” mehanizama odbrane upitnik potvrdi svoju empirijsku validnost u razlikovanju kliničke od nekliničke populacije, odnosno bude pomoć u diferenciranju nivoa funkcionisanja ličnosti, što je bio naš prvobitni naučni i stručni interes. Na ovaj način, naši rezultati relativizuju „state-trate” dilemu redefinišući je u razvojnu, reverzibilnu i dinamičku matricu.

U sledećoj fazi nas svakako očekuje korigovanje ajtema koji su se pokazali najslabije zasićenim pretpostavljenim faktorom, eventualno odbacivanje onih čija je struktura pokazala potpunu „raspršenost” na druge faktore, što bi samo skratilo upitnik i svelo ga na procenu onih mehanizama za koje se mogućnost procene pokazala pozitivnom. U krajnjoj liniji, upitnici poput ovog, koji predstavljaju pomoćno sredstvo kliničke procene ličnosti, ne moraju da budu sveobuhvatni da bi pokazali svoju korisnost. Obzirom na dinamički koncept mentalnog funkcionisanja i mehanizama odbrane za koji se zalažemo (za razliku od kategorijalnog, koji bi pretpostavio da poremećaj, odnosno mehanizam odbrane ili postoji ili ne postoji), ovaj upitnik može da predstavlja sasvim dobru dopunu relevantnih saznanja o pojedinačnoj ličnosti, naročito korisnu u procesu diferencijalne dijagnoze nivoa funkcionisanja i planiranja optimalnog terapijskog pristupa.

CONSTRUCTION AND CHARACTERISTICS OF QUESTIONNAIRE FOR THE ASSESSMENT OF DEFENSE MECHANISMS- MOD

**Tamara Džamonja-Ignjatovic¹,
Mirjana Divac-Jovanovic², Marko Milanovic³, Milica Dimitrijevic⁴**

¹Faculty of Political Science, Department of Social Policy and
Social Work, University of Belgrade

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

³Centre for research and social development IDEAS, Belgrade

⁴General Health Service, Uzice

Abstract: Defense mechanisms are psychological constructs of key importance for the assessment of personality and planning therapeutic process. Their assessment is mainly based on interview, observation and projective techniques. Questionnaires, as the self-assessment techniques, apparently are not suitable method for unconscious processes such as defense mechanisms. The paper presents the results of construction of the questionnaire for the assessment of defense mechanisms, abbreviated called MOD (Mechanisms of Defense), which represents an attempt to clarify conceptualization and operationalization of these constructs through a variety of behavioral and emotional manifestations, personal attitudes and beliefs, patterns of interpersonal relationships and feedback from environment. Research objectives included testing of metric characteristics and the factor structure of the questionnaire, as well as its validity for differentiating subjects from clinical and non-clinical populations. The questionnaire has 110 items assessed at the 5-point Likert scale for evaluation of 20 defense mechanisms. The sample consisted of 194 subjects of both sexes, of which 136 students of psychology and social work and 58 nonpsychotic patients from clinical populations. The results showed that the reliability of the scale varies from high to unsatisfactory (Cronbach alpha .82- .35), although for most subscales is around .65-.70. The most of defense mechanisms has one factor structure, whereas from about a third of the subscales two principal components were isolated. Analysis of the structure of mature defense mechanisms clearly derived out four factors corresponding to the presumed mechanisms of defense, while for the groups of neurotic and immature mechanisms were not obtained pure solutions. The questionnaire successfully differentiate clinical from non-clinical sample, based on higher scores on mature and lower scores on immature mechanisms, while the groups did not differ significantly on the neurotic mechanisms. It can be concluded that the questionnaire MOD has the potential to become useful diagnostic instrument for the personality assessment after improvement of some subscales and items.

Keywords: *defense mechanisms, personality assessment, questionnaire MOD*

Literatura:

1. Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja, American Psychiatric Association; 1987.
2. Hentschel U, Smith G, Draguns J, Ehlers W, (Eds). *Defense Mechanisms: Theoretical, Research and Clinical Perspectives*. Amsterdam: Elsevier B. V; 2004.
3. Trebješanin Ž. Predgovor. U: Frojd A. *Ja i mehanizmi odbrane*. Novi Sad: Akademska knjiga; 2010.
4. Vaillant GE. *Ego Mechanisms of Defence: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc; 1992.
5. Cramer P. *Protecting the Self - Defense Mechanisms in Action*. New York: Guilford Press. 2006.
6. Vidanović S. Razmatranje mehanizama odbrane u okviru adaptivnog ponašanja i razvojnih istraživanja. *Godišnjak za psihologiju*. 2003;2(2):65-76.
7. Freud S. On narcissism (1915). U: *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 14, London: Hogard Press; 1957. p. 73-102.
8. Frojd A. *Ja i mehanizmi odbrane*. Novi Sad: Akademska knjiga; 2010.
9. Bond M, Gardner ST, Christian J, et al. Empirical Study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*. 1983;40:333-8.
10. Blackman J. *101 Defenses: How the Mind Shields Itself*. Brunner-Routledge. UK. 2004.
11. Cramer P. Defense Mechanisms in Psychology Today. *Am Psychol*. 2000;55(6):637-46.
12. Vaillant GE. Natural history of male psychological health: The relation of choice of ego mechanism of defense to adult adjustment. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33:535-45.
13. Haan N. *Coping and Defending: Process of Self-Environment Organization*. New York: Academic Press; 1977.
14. Cramer P. Longitudinal Study of Defense Mechanisms: Late Childhood to Late Adolescence. *J Pers*. 2006;75(1):1-24.
15. Vaillant G. E. & Vaillant C. Natural history of male psychological health: A 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *Am J Psychiatry*. 1990;147:31-7.
16. Akhtar S. *Quest for answers, A Primer of Understanding and Treating Severe Personality Disorders*, Jason Aronson Inc.1995.
17. McCullough L, Winston A, Farber BA, et al. The Relationship of Patient-Therapist Interaction to Psychotherapeutic Outcome in Brief Psychotherapy. *Psychotherapy*. 1991;28:525-533.
18. Hibbard S, Porcerelli J, Kamoo R, Schwartz M, Abell S. Defense and Object Relational Maturity on Thematic Apperception Test Scales Indicate Levels of Personality Organization. *J Pers Assess*. 2010;92(3):241-53.
19. Cooper S, Perry C, O' Connel M. The Rorschach Defence Scales: Longitudinal perspectives, *J Pers Assess*. 1991; Vol.56, 2:191-201.
20. Divac Jovanović M, Radojković S, Lečić-Toševski D, Manojlović J. Manifestacije splitinga u transakcijama sa poremećajima ličnosti. *Psihijat dan*. 1995;27(1-2):19-26.

21. Chabrol H, Rousseau A, Rodgers R, Callahan S, Pirlo G, Sztulman H. A Study of the Face Validity of the 40 Item Version of the Defense Style Questionnaire (DSQ-40). *J Nerv Ment Dis.* 2005;193(11):756-8.
22. Mulder RT, Joyce PR, Sellman JD, Sullivan PF, Cloninger CR. Towards an understanding of defense style in terms of temperament and character. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1996;93:99-104.
23. Fajgelj S. Psihometrija. Beograd: Centar za primenjenu psihologiju; 2005.
24. Kernberg O. The Structural Diagnosis of Borderline Personality Organization, U: Hartocollis P. (ed.) *Borderline Personality Disorders*, New York: International Universities Press, Inc. 1977.
25. Kernberg O. *Borderline conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson, Inc. 1975.

Dr sci. Tamara DŽAMONJA-IGNJATOVIĆ, redovni profesor, Fakultet političkih nauka, Odeljenje za socijalnu politiku i socijalni rad, Univerzitet u Beogradu

Dr sci. Tamara DŽAMONJA-IGNJATOVIC, Professor, Department of Political Science, Department of Social Policy and Social Work, University of Belgrade

Email: tamdzam@eunet.rs

MENTAL HEALTH ISSUES AMONG MEDICAL STUDENTS IN SERBIA – CHALLENGES AND PERSPECTIVES¹

Dusica Lecic-Tosevski^{1,2,3}, Saveta Draganic-Gajic^{1,2},
Milica Pejovic-Milovancevic^{1,2}, Milutin Kostic², Olivera Vukovic^{1,2}

¹School of Medicine, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

²Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

³Serbian Academy of Sciences and Arts

Abstract: Objective: The authors present a review of results from studies regarding mental health of medical students in Serbia. **Methods:** Serbian citation index (SCI), MEDLINE, PsycINFO and Cochrane databases were searched, as well as conference proceedings, book chapters and reference lists. **Results:** The results of numerous studies conducted in Serbia show a higher overall psychological distress among medical students as well as that female students are more vulnerable to stress. The most common are stress-related problems, depression, self-harm and substance abuse. Although there is a high prevalence of depression among medical students in Serbia most of them do not seek help (70-80%). **Conclusion:** A better understanding of the characteristics of medical students who are prone to experiencing psychological distress is essential for developing mental health support programmes which could decrease the level of reported distress among this vulnerable group.

Key words: *medical students, mental health, mental health problems, mental health care*

¹Ovaj članak je deo Projekta Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije, ON 175013

Introduction

University students are regarded as national capital and as an important resource for the future of a society. An investment into students' health and development is crucial for them to become capable of fully contributing to society. This is why some think that universities need to work on having a healthy atmosphere and to promote activities that are aimed at mental health support and awareness [1,2].

Students face many challenges during studies with concerns, burdens and worries that are different from other age groups and people in other occupations. Academic overload, constant pressure to succeed, concern about future, financial problems, as well as the lack of leisure time and less time to spend with their families are common stressors, representing reasons for possible forms of psychopathology [2]. Because of social and economic changes in the modern world, with the rise of globalization and pressure to succeed, they are more likely to have a greater number of responsibilities and worries than students in the past.

According to the latest census the total number of citizens in Serbia is 7.120.666, 30% of which are young people under 24 years of age. In 2010/2011 there were more than 220 thousand students in 189 schools (tertiary education, faculties within different universities) [3]. There are five medical schools in Serbia, and all of them share the same program of studies, lasting 12 semesters. Training is conducted at the faculties' institutes for basic science and the faculties' teaching bases for clinical subjects.

Mental health of students

Mental health of students concerns people around the world and refers to a broad array of activities which are, directly or indirectly, related to the mental well-being of this population. According to the official world statistical data on health, out of all population groups, the lowest disease and mortality rate is registered among youth groups [4,5]. However, the latest studies in Serbia (UNICEF, WHO, UNFPA) indicate that there is a generation of young people whose health is endangered. Results of these studies have shown that the leading health risks are increasing abuse of tobacco, alcohol, narcotics, and a high level of injuries in traffic accidents. There is an increasing rate of behavioral disorders, substance abuse, depression and suicide [6,7].

The years of crisis in Serbia which were accompanied by numerous acute and chronic stressors, have adversely affected the mental health of the population, and particularly of young individuals. In the last two decades Serbia is facing destroyed infrastructure, social instability, economic difficulties, brain drain and an on-going process of social transition [12]. In part due to this, the second largest public health problem after cardiovascular diseases

es, are mental disorders whose prevalence has increased by 13.5% since 1999 [5]. There is high incidence of stress related disorders, psychosomatic illnesses, depression, anxiety, substance abuse and suicide, as well as delinquency and violence among young people [8,9]. The National Health Survey, organized by The Institute of Public Health of Serbia in 2006, showed that 44% of persons were reporting being under stress [4]. Studies have shown that the total number of persons with substance abuse ranges from 60.000 to 80.000 (over 60% of these are young people) and that number increases almost every year [6,7,10,11].

With a GDP per capita around 11.000 USD, Serbia is an upper-middle income economy, but 8.8% of citizens still live in deep poverty [13]. In 2007 in the Republic of Serbia 3.5% of GDP was assigned to education, which is considerably less than the recommended 6%, the amount assigned to education by OECD countries. The unemployment rate is 19.2% and the trade deficit is around 6.4 billion USD [13,14]. The rate of youth unemployment, which was 39.2% in 2006, is disturbingly high. Most of the youth suffer from long term unemployment, and, in addition to this, there is a brain drain since more than 300.000 people have left the country in the last 25 years, among them many young individuals.

Mental health issues in medical students - risks, problems and protective factors

It is well known that medicine is an intrinsically demanding profession, one that seems likely to leave many practitioners at risk of developing burnout syndrome. Medical students face many difficulties during their studies which cause high level of stress [15]. Some characteristics concerning the organization (academic overload), content (working on cadavers, for example) and duration of medical studies, add to the difficulty of that period of their lives,. Stressfulness of communication with teaching staff and patients also increases from the first to the sixth year [16]. One study which explored differences between groups of Serbian students from various faculties showed that medical students are more vulnerable to stress compared to their colleagues from other disciplines - 76% of medical students scored above the threshold in terms of psychological distress compared to their peers [17,18].

Various risk and protective factors are involved in mental health issues of medical students, such as age, gender, personality characteristics, as well as interpersonal difficulties, loneliness, financial issues and pressure of exams. These problems can become overt at different times of their studies (e.g. during transition from undergraduate to graduate programs) [2]. In relation to gender, the results of a recent study on Serbian medical students showed that female students are more vulnerable to stress, and that there are

some gender differences in the self-perception of health and stress effects of particular academic activities (i.e. examinations, autopsy) [19].

Specific sociodemographic variables have been shown to be associated with mental health issues. In a multicentre study conducted in 2008 and 2009 on a sample of 2,285 students of both sexes (including medical students), 16.3% reported the need to see a psychologist/psychiatrist, especially those with a low socioeconomic status [20]. On the other hand, a study conducted at the same time in the Serbian province of Vojvodina, showed that social background alone correlates with interest in educational activities and art, while social background and place of residence correlate with dominant orientations towards social life and relations [21]. Furthermore, the level of vulnerability to stress has been found to be significantly different among medical students from different regions. For example, medical undergraduate students from Kosovska Mitrovica, were significantly more susceptible to stress compared to students from the University of Nis [17].

Our study has also pointed out that personality is a key factor of both vulnerability and resilience [22]. Perfectionism is a personality trait that is often common to those studying medicine, and may possibly predispose them to an increased risk of mental health problems. There are correlations between some positive aspects of students' perfectionism and global self-esteem, as well as between some negative aspects of perfectionism and levels of depression [23]. It has also been shown that perfectionism as a personality trait was a significant predictor of insomnia [24]. A better understanding of the way in which specific personality profiles react to stress can be useful in the prevention of potential mental health problems.

Numerous studies show that exam anxiety is a specific risk factor for the development of psychopathology: high anxiety prior to exams is negatively correlated with the average mark during the studies [25]. A prospective study conducted on a sample of 858 medical students at the School of Medicine, University of Nis, showed that 67% of the students reported constant exposure to stress situations, especially prior to exams [20]. The high exam anxiety was often followed by intense symptoms such as lack of concentration, insomnia, crying and nervousness [26]. A recent study conducted at the School of Medicine University of Belgrade, has shown a moderate level of exam anxiety among medical students with the most intense symptoms in the 3rd year of studies, predominantly among female students. Strategies that decrease frustration intolerance prevent the increase of anxiety before an exam [27].

The most common problems found among medical students in Serbia are stress-related problems, substance abuse, depression and self-harm.

Stress related problems

The prevalence of burnout among medical and surgical residents has been reported to range from 30 to 80%. It is associated with self-reported suboptimal patient care, self-perceived medical errors and is positively correlated with depression [28, 29]. In the Serbian sample, the frequency of burnout syndrome was found to be twice as high in medical professionals, particularly young ones, compared to other professions on average [30]. The burnout has been observed in as many as 50% of medical students, similar to the results obtained in other countries [31].

In a study of the influence of academic stress on the mental health status of the first cohort of medical students educated using the new Bologna curriculum in Serbia, it was found that about half of female and one third of male students estimated their own general stress level as moderate or high [19]. 52.6% of examined students scored high on the Maslach Burnout Inventory (MBI) subscale of Depersonalization and 33.6% on the MBI subscale of Emotional exhaustion, without a gender difference. The obtained scores were higher than those found among medical students from the USA, especially on Depersonalization scores, and were most relevant for students' clinical years [31].

When assessing the impact of stressors and its consequences, there is a need to evaluate contextual factors as well. It has been well established worldwide that a significant number of students living in areas of conflict develop psychological symptoms of posttraumatic stress, such as intrusion and avoidance – whereas many students experience serious trauma and develop posttraumatic stress disorder [23,32-34]. Acknowledging the contextual variable, Steptoe and Wardle (2001) found that students from Eastern Europe reported more depressive symptoms than did students from Western Europe [35].

Depression and self-harm

Anxiety and depression are the most prominent symptoms in medical students [36]. Depression was identified in 26.7% of Serbian medical students, which is 2-3 times more prevalent than in the general population. Results were similar to those obtained in a study carried out in Thailand and slightly higher than in a country within our region [37,38].

While it is still unclear whether or not at the start of medical school the percentage of depressive students is higher than in comparable groups, a consistent finding of various studies seems to be the worsening of the students' global mental health and the presence of depression and anxiety during their studies, especially between the first-year orientation and the beginning of the second year [39]. In spite of the high prevalence of depression among medical students, a surprisingly high number of them do not seek help. Stigma asso-

ciated with mental disorders and the fear of possible impact on their professional future may represent one barrier to seeking treatment. Studies confirmed that depressed medical students more frequently endorsed several depression stigma attitudes compared to non-depressed students [40]. The authors of a recently published review stated that only 20-30% of depressed medical students in Serbia ask appropriate health services for help [41].

It is widely accepted that deliberate self-harm is another major problem among young people and it has been identified as one of the key mental health problems affecting students. It was shown that medical students have a higher risk of suicidal ideation and suicide, especially those facing problems in their academic life or in family relationships, as well as those with certain personality characteristics [17,42]. A recent assessment of 131 fourth year medical students in Serbia showed that mild suicidal risk was present in 35.1% of students, which is higher than of the figure of 7.9%, reported by the other authors [40,43]. The strong positive correlation between the level of depression and suicidal risk was shown in the that study. Several studies have highlighted other factors associated with higher risk for suicide beside depression such as dissatisfaction with academic performance, studying clinical subjects, lower socioeconomic status, headache and sleep disorders [44,45].

Substance abuse

Studies among medical students have shown that about 90% of them drink alcohol, while the prevalence of harmful alcohol drinking was 33% and perseveres for the duration of the studies, especially among men [46, 47]. Students could be at risk of illicit substance use because of the social nature of university life, peer-pressure, the change of life structure and reduced parental supervision, as well as because of potential underlying psychological problems [25]. In addition to this, coping with stress by using excessive alcohol could be a consequence of failing to recognize their depression. The National Health Survey conducted in Serbia has shown that deaths caused by the consequences of abuse were predominantly registered in the age group of 20 to 24 years [6,7]. One of the surveys among medical students in Belgrade, at the beginning and at the end of their studies, has shown that final-year students consume larger amounts of alcohol compared to their more junior colleagues [48].

High prevalence of benzodiazepine (BZD) use was shown among citizens of Serbia. Despite this, a cross-sectional pilot study among medical students has shown that the majority of students stated that they never use BZD (64.3%), while all the users (35.7%) were so called „occasional users“ (less than once a week) [49]. High frequency of benzodiazepine use (13.1%) among medical students, on the contrary, was found in the FYROM [38].

Health services for students in Serbia

Primary healthcare is well organized and developed for the students' population in university centers. It is implemented through the health promotion service, general practice service, gynecology, and mental health care teams. At the secondary and tertiary levels, the health service is not particularly tailored for young people, and especially not for the population group aged between 19 and 26. Belgrade University students have a special stationary healthcare center (Student's hospital), but generally in Serbia, young people over the age of 19, with the exclusion of exceptional cases, are treated and hospitalized with older patients in specialized departments within general hospitals, clinics and institutes [50]. A special, unique treatment is organized at the Day Hospital for Adolescents of the Institute of Mental Health.

The Ministry of Health developed a Strategy for youth development and health care in the Republic of Serbia, which was approved by the Government in May 2008. The key guidelines of the Strategy are youth health promotion and primary prevention, as well as the development of partnership relations and strengthening of legislature. The Strategy underlines the need to provide all young people with a set of healthcare services that are confidential and of high-quality, based on youth needs, and provided by motivated, friendly and educated health professionals in a safe environment, where young people will have a key role in processes of planning, implementation, monitoring and evaluation. Special emphasis has been placed on overcoming the health challenges faced by young people who are already in an unfavorable social and economic position. The Strategy stresses that the team work between the sectors is important for youth health and development, including the cooperation with counseling services at primary health care. Its should be the way for creating such an environment in which all young people will have conditions ensuring physical and mental health, psychological and emotional wellbeing, as well as the knowledge and opportunity to lead a healthy life.

The population's health culture is at a low level in general in Serbia. Young people are not accustomed to their health care or having regular check-ups, and they do not have healthy lifestyles or take responsibility for their own health. They usually see a doctor after the appearance of discomfort that can point to some disorders. The problems of discrimination, prejudice and stigma are still very serious, and if a young person takes care of his/her health, it is usually due to the fact that he/she is already sick, infected, etc. [51].

Strategic goals for improving students' mental health

We suggest that several topics should be emphasized among the strategic goals for improving students' mental health, including the following: to promote healthy lifestyles and youth health care and health promotion; to

achieve youth health equality regardless of differences relating to sex, health condition, socio-economic status, ethnic, religious or other affiliations; to move from nosocentric healthcare towards health promotion and inter-sectoral cooperation, including community care, active youth participation and development of individual health responsibility.

Some universities develop specific preventive programs such as the Medical Student Well-Being Programme at the University of California San Francisco, which promotes a healthy learning environment [51]. It supports wellness for students including mental and physical health, and spiritual, financial, environmental, and social well being. This could be done by providing free confidential psychotherapy for all medical students, by organizing workshops and presentations, or consultation to medical students, faculty, and house staff on issues pertaining to medical student well being.

Being a medical student requires tolerance of uncertainty and ambiguity, to be prepared and to learn how to make the best possible judgments based on one's knowledge, personal experience, professional values – requiring critical self-reflection and ongoing self-assessment. Students should be committed to excellence, honesty and integrity.

Some studies confirm a significant correlation between the level of self-efficacy and outcomes of cognitive assessment of stress, as well as with the use of specific coping mechanisms. This evidence could justify creating more specific and effective preventive programs focused on raising competencies concerning coping styles among medical students [18, 52]. Furthermore, in accordance with evidence suggesting that burnout occurs early, at the beginning of the third year of medical school and prior to the initiation of the clinical years of medical training, focused student counseling might be recommended for all students of medicine, but especially in the first year of their studies [53].

Lessons aimed at developing study skills and coping strategies for study- and exam-related anxiety should be recommended as well. Medical students should pay special attention to their own personal health and physical and mental wellbeing through paying attention to their sleep, exercise and relaxation. In addition to practicing medicine, students should work on their emotional, social and moral development. Having this in mind, the role of teachers, especially those involved in mental health issues, is of great importance. We think that these conditions can be more easily met when the health service for youths is differentiated from the service for adults, and comprised of counseling, psychological and social support, as well as prevention and mental health promotion.

Conclusion

Medical school training is intended to prepare graduates for a responsible, personally rewarding and socially meaningful career of caring for the sick people and of promoting health for all. At the same time, this period is a time of great personal distress for many students. The results of numerous studies conducted worldwide, as well as in Serbia, have shown a higher overall psychological distress among medical students than in other student groups. It is therefore of great importance that educators and health professionals are aware of the stressors medical students face, in order to provide them with the care they need, and that interventions to address burnout and its consequences begin early in medical training in order to be effective. Strategies aiming to empower students to develop their professional knowledge, skills and attitudes, as well as their personal strength should be implemented in the process of medical training. Furthermore, intervention programmes and thematic counselling (i.e. for depression) should target the “risk-groups” among the medical students (those of lower socioeconomic status, for example).

Future studies are needed, to explore causes, consequences and possible solutions for these problems. Specifically, an examination of demographic, individual and environmental factors associated with medical students’ mental health is necessary to develop effective preventive interventions. Even though some factors by their nature cannot be altered (e.g., gender), understanding their influence can guide planning of specific preventive strategies and increase its effectiveness. A better understanding of the characteristics of medical students who are prone to experiencing psychological distress is essential for developing such interventions. We believe that programs providing specific mental health support for medical students may significantly decrease the level of reported distress among this vulnerable group which is of valuable importance for all societies and their future.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of the paper.

PROBLEMI MENTALNOG ZDRAVLJA KOD STUDENATA MEDICINE U SRBIJI – IZAZOVI I PERSPEKTIVE

Dušica Lečić-Toševski^{1,2,3}, Saveta Draganić-Gajić^{1,2},
Milica Pejović-Milovančević^{1,2}, Milutin Kostić², Olivera Vuković^{1,2}

¹Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Srbija

²Institut za mentalno zdravlje, Srbija

³Srpska akademija nauka i umetnosti

Apstrakt: **Cilj:** Autori rada pokušali su da prikažu rezultate istraživanja stanja mentalnog zdravlja studenata medicine u Srbiji. **Metod:** U svrhu prikupljanja podataka pretražili smo sledeće baze podataka: Srpski citatni indeks (SCI), MEDLINE, Cochrane bazu podataka, kao i na osnovu saopštenja sa stručnih skupova i podataka iz poglavlja u knjigama koje se odnose na predmet istraživanja. **Rezultati:** Rezultati brojnih istraživanja sprovedenih u Srbiji ukazuju na značajno visok nivo distresa među studentima medicine, pogotovo među ispitanicama tokom aktivnosti u vezi sa studiranjem. Najčešći problemi mentalnog zdravlja jesu depresivnost, problemi udruženi sa stresom, samopovređivanje i zloupotreba psihoaktivnih supstanci. Uprokos visokoj prevalenci depresije, većina studenata medicine ne traži stručnu pomoć (70-80%). **Zaključak:** Bolje razumevanje specifičnih karakteristika (proila ličnosti) studenata medicine koji su skloni distresu je od suštinske važnosti za unašćenje programa unapređenja mentalnog zdravlja koji bi doprineo redukciji navedeno distresa u ovoj vulnerabilnoj grupi stanovništva.

Ključne reči: studenti medicine, mentalno zdravlje, problemi mentalnog zdravlja, zaštita mentalnog zdravlja

References

1. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S, Pejovic-Milovancevic M. State of psychiatry in Serbia - problems, advances and perspectives. *Int Rev Psychiatry*. 2012;24:341-6.
2. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S, Pejovic-Milovancevic M. Personality and psychopathology of university students. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23:48-52.
3. Statistical Office of the Republic of Serbia: National Account Statistics. Available from: <http://webbrzs.stat.gov.rs/WebSite/>.
4. Ministry of Health of Republic of Serbia. National Health Survey. Serbia, 2006. Available from: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/National%20Health%20Survey%20Serbia%202006.pdf>.
5. Grozdanov J. Health of Population of Serbia. Analytical Study 1997–2007. Belgrade: Institute of Public Health; 2009.
6. Institute of Public Health of Serbia. Health survey, healthcare needs and healthcare utilization in Republic of Serbia, Results of survey, I part - Household and family characteristics in Serbia. *Journal of the Institute of Public Health of Serbia*. 2002; 76:91-129.
7. Institute of Public Health of Serbia. Health survey, healthcare needs and healthcare utilization in Republic of Serbia, Results of survey, II part - Health survey, healthcare needs and healthcare utilization among children and youth in Republic of Serbia. *Journal of the Institute of Public Health of Serbia*. 2002;76:201-5.
8. Lecic-Tosevski D. Institute of Mental Health – leader in Serbian mental health care. *Public Serv Rev*. 2010;9:144-5.
9. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental disorders following war in the Balkans – A study in five countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:518-28.
10. Lecic-Tosevski D, Pejovic-Milovancevic M, Popovic Deusic S. Reform of mental health care in Serbia: Ten steps plus one. *World Psychiatry*. 2007;6:51-5.
11. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S, Pejovic-Milovancevic M. Mental health care in Serbia. In: Ghodse H, editor. *International Perspectives on Mental Health*. London: RCPsych publications; 2011.
12. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S. The Serbian Experience. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M, editors. *Disaster and Mental Health*. John Wiley& Sons; 2005. p. 247-5.
13. National Account Statistics. Available from: <http://webbrzs.stat.gov.rs>.
14. Eurostat: GDP per inhabitant varied by one to six across the EU27 Member States. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/2-25062009-BP/EN/2-25062009-BP-EN.PDF.
15. IsHak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2013;10:242-5.

16. Backovic D, Zivojinovic JI, Maksimovic M, Arsic Arsenijevic V. Academic stress among medical students. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2012;60:S142.
17. Randelović D. Susceptibility to stress as an aspect of mental health of student of University of Priština seated in Kosovska Mitrovica. *Zbornik radova Filozofskog fakulteta.* 2010;40:333-45.
18. Avramović M, Petrović V. Self-efficacy and selection of stress coping mechanisms in students in the situation of exam preparation and exam taking. *Engrami.* 2012;34:35-44.
19. Backović DV, Zivojinović JI, Maksimović J, Maksimović M. Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatr Danub.* 2012;24:175-81.
20. Višnjić A, Veličković V, Jović S, Milosavljević N, Stojanović M, Stanković M. Self-Assessment of the Serbian University Students Need for Referral to Psychologist or Psychiatrist. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš.* 2010;27:205-13.
21. Gajić O, Budić S, Lungulov B. Personal and socio-demographic characteristics as correlates of value orientations and interests of students in Vojvodina. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja.* 2011;43:139-59.
22. Lecic-Tosevski D, Vukovic O, Stepanovic J. Stress and personality. *Psychiatriki.* 2011;22:290-7.
23. Todorović D, Zlatanović Lj, Stojiljković S, Todorović J. Relations of perfectionism to self-esteem and depression in students. *Godišnjak za psihologiju.* 2009;6:173-84.
24. Totić-Poznanović S, Šaula-Marojević B, Zebić M. Significance of perfectionism in understanding different forms of insomnia. *Srp Arh Celok Lek.* 2012;140:204-10.
25. Malić Lj, Pantović M, Zebić M, Jašović-Gašić M, Marić NP. Correlation of self-esteem and frustration intolerance with anxiety due to exam. *Engrami.* 2011;33:29-38.
26. Visnjic A, Milosavljevic N, Djordjevic G. Stress factors of medical students in Serbia. *J Public Health.* 2009;17:309-13.
27. Latas M, Pantic M, Obradovic D. Medical students test anxiety. *Eur Psychiatry.* 2010;25:S707.
28. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Int Medicine.* 2005;165:2595-600.
29. Thomas NK. Resident burnout. *J Am Med Association.* 2004;292:2880-9.
30. Backovic D, Jevtic M. Burnout syndrome as a mental health problem among medical students. *Med Pregl.* 2012;65:129-32.
31. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med.* 2008;149:334-41.
32. Gavrilovic J, Lecic-Tosevski D, Knezevic G, Priebe S. Predictors of posttraumatic stress in civilians 1 year after air attacks: A study of Yugoslavian students. *J Nerv Ment Dis.* 2002;190:257-62.

33. Lecic-Tosevski D, Gavrilovic J, Knezevic G, Priebe S. Personality factors and posttraumatic stress: Associations in civilians one year after air attacks. *J Pers Disord.* 2003;17:537-9.
34. Lecic-Tosevski D, Draganic-Gajic S, Pejovic-Milovancevic M. Human behaviour during war. In: Sher L, Vilems A, editors. *War and Suicide.* New York: Nova Science Inc.; 2009. p. 197-208.
35. Steptoe A, Wardle J. Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Soc Sci Med.* 2001;53:1621-30.
36. Obradovic D, Pantic M, Latas M. Evaluation of the psychical state of medical students. *Engrami.* 2009;31:47-55.
37. Kongsomboon K. Psychological problems and overweight in medical students compared to students from Faculty of Humanities, Srinakharinwirot University, Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2010;93:S106-3.
38. Mancevska S, Bozinovska L, Tecce J, Pluncevik-Gligoroska J, Sivevska-Smilevska E. Depression, anxiety and substance use in medical students in Republic of Macedonia. *Bratisl Lek Listy.* 2008;109:569-72.
39. Dyrbye LN, Harper W, Durning SJ, Moutier C, Thomas MR, Massie FS Jr, et al. Patterns of distress in US medical students. *Med Teach.* 2011;33:834-9.
40. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA.* 2010;304:1181-90.
41. Knezevic M, Jovic J, Rancic N, Ignjatovic-Ristic D. Depression among medical students. *Medicinski Časopis.* 2012;46:41-6.
42. Tyssen R, Vaglum P, Grenvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord.* 2001;64:69-79.
43. Kragovic J, Ignjatovic-Ristic D, Djokovic D, Jovic J, Knezevic M. Depressiveness and suicidal ideation in medical students. *Engrami.* 2011;33:47-52.
44. Menezes RG, Subba SH, Sathian B, Kharoshah MA, Senthilkumaran S, Pant S, et al. Suicidal ideation among students of medical college in Western Nepal: a cross-sectional study. *Leg Med.* 2012;14:183-7.
45. Fan AP, Kosik RO, Mandell GA, Tran DT, Cheng HM, Chen CH, et al. Suicidal ideation in medical students: who is at risk? *Ann Acad Med Singapore.* 2012;41:377-82.
46. Thakore S, Ismail Z, Jarvis S, Payne E, Keetbaas S, Payne R, et al. The perceptions and habits of alcohol consumption and smoking among Canadian medical students. *Acad Psychiatry.* 2009;33:193-7.
47. Ketoja J, Svidkovski AS, Heinala P, Seppa K. Risky drinking and its detection among medical students. *Addict Behav.* 2013;38:2115-8.
48. Maksimovic J, Maksimovic M, Andjelkovic M. Health habits of medical students. *Glasnik Zavoda za zastitu zdravlja Srbije* 2006;78:26-33.
49. Divac N, Todorovic Z, Nesic Z, Prostran M. A cross-sectional pilot study of benzodiazepines use among medical students in Serbia. *Eur Psychiatry.* 2010;25:P03.

50. Ministry of Health of the Republic of Serbia. Strategy for the Development of Mental Health Care, Serbia; 2007. Available from: <http://www.zdravlje.gov.rs/tmpmz-admin/downloads/zakoni1/Strategija%20Razvoja%20Zastite%20Mentalnog%20Zdravlja.pdf>.
51. Hyun JK, Qinn BC, Madon T, Lustig S. Graduate student mental health: needs assessment and utilization of counseling services. *J Coll Stud Dev*. 2006;47:247-66.
52. Petrović V, Avramović M. Students' self-efficacy and cognitive assessment of stress in the situation of exam preparation and taking. *Zbornik Instituta za pedagoška istraživanja* 2012;44:111-27.
53. Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J. The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years: a cross-sectional study. *Psychol Health Med*. 2012;17:188-95.

Prof. dr Dušica LEČIĆ-TOŠEVSKI, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu, Srpska akademija nauka i umetnosti, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, Srbija

Prof. Dusica LECIC-TOSEVSKI, MD, PhD, Belgrade University School of Medicine, Serbian Academy of Sciences and Arts, Institute of Mental Health, Belgrade, Serbia

E-mail: dusica.lecictosevski@gmail.com

OPAŽENA STIGMATIZACIJA, SAMOPOŠTOVANJE I SOCIJALNO POREĐENJE OSOBA SA INTELEKTUALNOM OMETENOŠĆU

Ivana Stanković, Ivona Milačić-Vidojević,

Univerzitet u Beogradu,
Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Apstrakt: Cilj ovog istraživanja je utvrđivanje odnosa između samopoštovanja, opažene stigmatizacije i socijalnog poređenja kod osoba sa intelektualnom ometenošću. Uzorak se sastojao od 100 osoba sa lakom i umerenom IO, uzrasta iznad 18 godina, različitog pola, koje su bile sa i bez stigmatizujućeg obeležja i koje su stanovale u instituciji ili u roditeljskom domu. Od instrumenata su korišćeni Upitnik opažene stigmatizacije, Adaptirana skala socijalnog poređenja i Adaptirana Rozenbergova skala samopoštovanja. Rezultati su pokazali relativno nizak nivo opažene stigmatizacije ($AS=5.15$), iako su svi ispitanici, osim jednog, imali navedeno iskustvo. Ispitanici su pokazali umereno pozitivan nivo opšteg samopoštovanja, umereno visoko pozitivno i manje izraženo negativno samopoštovanje. Prilikom obe vrste socijalnog poređenja (sa osobama sa IO i osobama opšte populacije) ispitanici se procenjuju umereno pozitivno, procene su pozitivnije prilikom poređenja sa vršnjacima sa IO nego sa osobama opšte populacije. Utvrđena je marginalno značajna, niska, negativna korelacija između opšteg samopoštovanja i opažene stigmatizacije. Uočava se da negativno samopoštovanje korelira sa opaženom stigmatizacijom dok između pozitivnog samopoštovanja i opažene stigmatizacije nema povezanosti. Samopoštovanje nije povezano ni sa jednim tipom socijalnog poređenja osim sa subskalom Postignuće, u okviru skale Poređenje sa osobama sa IO. Opažena stigmatizacija takođe ne korelira ni sa jednim tipom socijalnog poređenja. Percepcija stigme je prediktivna za samopoštovanje što ukazuje na njen značaj u životu osoba sa IO. Iako većina osoba sa IO uspeva da održi visok nivo samopoštovanja uprkos negativnim iskustvima stigmatizacije, ostaje zabrinutost u pogledu kvaliteta života i problema mentalnog zdravlja kod osoba sa IO koje imaju nizak nivo samopoštovanja.

Ključne reči: intelektualna ometenost, samopoštovanje, opažena stigmatizacija, socijalno poređenje

Uvod

Osobe sa intelektualnom ometenošću (IO) se svakodnevno sreću sa različitim fizičkim i socijalnim barijerama koje umanjuju njihovu mogućnost da pokažu potencijale, ostvare ljudska prava ili zadovolje svoje potrebe. Stigmatizacija osoba sa IO u javnosti ima različite oblike, kao što su vređanje, izbegavanje, isključivanje ili fizičko nasilje. Diskriminacija koju Tornicroft [1] definiše kao nepravedan tretman prema određenoj grupi ljudi se sagledava u nedostatku potrebnih usluga za osobe sa IO, boravku u veoma restriktivnoj sredini [2], nedovoljnim mogućnostima zapošljavanja, ograničenim mogućnostima izbora [3] ili korišćenjem segregiranih, umesto usluga u lokalnoj zajednici [4]. U istraživanju koje je sproveo Mencap [5] koje je obuhvatilo 5000 osoba sa IO, utvrđeno je da je preko 80% osoba sa IO bilo izloženo vrnjačkom nasilju u prethodnoj godini, trećina uzorka je nasilju bila izložena na nedeljnoj bazi, polovina je doživljavala verbalne uvrede, a četvrtina fizičke napade. Posledice diskriminatorskog ponašanja dovode do nedovoljne inkluzije i socijalnog prihvatanja osoba sa IO u lokalnoj zajednici ili širem društvu [2]. Dva dokaza povezuju intelektualnu ometenost sa konceptom stigme. Istraživanja koja ispituju stavove osoba opšte populacije su pokazala negativnu percepciju osoba sa IO, a istraživači koji su intervjuisali osobe sa IO ukazali su na to da se njihovi ispitanici osećaju stigmatizovanim, jer mogu da se sete iskustava kada su se osetili drugačijim i manje vrednim. Postavlja se pitanje da li su osobe sa IO svesne stigmatizacije od strane drugih ljudi, i da li usled sniženih kognitivnih sposobnosti mogu da prepoznaju stigmatizujuća iskustva. Istraživanja pokazuju da osobe sa IO doživljavaju stigmatu kroz direktnu interakciju sa drugim osobama i da to iskustvo može biti veoma bolno za njih [6]. Osećaj da ih drugi ne vole, ne cene i ne poštuju predstavlja najveću pretnju samopoštovanju [7]. Jahoda i sar. [8] ukazuju da su mnoge osobe sa lakom ili umerenom IO svesne stigme povezane sa njom i da pokušavaju na različite načine da prikriju pripadnost stigmatizovanoj grupi.

Povećana svest o stigmatizaciji je povezana sa niskim samopoštovanjem koji je pratilac depresivnosti kod adolescenata sa IO [9]. Neki istraživači smatraju da osobe sa IO, kao i druge stigmatizovane grupe ne moraju da imaju niže samopoštovanje u odnosu na osobe opšte populacije [10]. Nalazi drugih istraživanja pokazuju da će osobe koje su svesnije svoje intelektualne ometenosti imati niže samopoštovanje od onih osoba sa IO koje ne pridaju tome značaj [11]. Veći broj istraživanja [12,13,14] ukazuje da se osobe sa IO uključuju u društvena poređenja i da su ona važna u iskustvu stigmatizacije. Smatra se da način na koji se osobe sa IO porede sa drugim osobama može da ih zaštiti od stigmatizacije [15]. Osobe sa IO pokazuju sklonost ka korišćenju bočnog poređenja, najčešće sa pripadnicima opšte populacije i silazno poređenje, kada se porede sa osobama sa IO. Tada sebe opažaju sličnim osobama opšte populacije ili sebe opažaju boljim u odnosu na druge osobe sa IO [12].

Mali broj studija je ispitivao opažanje stigmatizacije od strane samih osoba sa IO, iako je u istraživanju Ali i sar. [9] opisan instrument za merenje

opažene stigmatizacije. U našem istraživanju želeli smo da ispitamo odnos između opažene stigmatizacije i samopoštovanja. Uprkos negativnim iskustvima koje imaju osobe sa IO istraživanja ne ukazuju da osobe iz stigmatizovanih grupa imaju sniženo samopoštovanje. Smatra se da način na koji porede sebe sa drugima može uticati na samopoštovanje i štititi osobe od negativnih efekata stigmatizacije. Takođe, u ovom istraživanju smo želeli da ispitamo i kakva je povezanost socijalnog poređenja sa opaženom stigmatizacijom i samopoštovanjem.

Socijalno poređenje koje koriste osobe sa IO biće ispitano tako što će se od osoba sa IO tražiti da se porede sa drugim osobama sa IO i osobama iz opšte populacije. Proces socijalnog poređenja biće analiziran u odnosu na opaženu stigmatizaciju i samopoštovanje.

Metod

Uzorak i procedura

U istraživanju je učestvovalo 100 punoletnih osoba sa lakom intelektualnom ometenošću IO ($N_{\text{lio}}=63$) i umerenom IO ($N_{\text{uio}}=37$) oba pola. Ukupno 62 ispitanika se nalazi u institucijama, a 38 živi u porodici. Najveći broj ispitanika je nezaposlen (95), 4 ima plaćen posao, 1 ima neplaćen posao. Sve osobe sa umerenom IO imaju stigmatizirajuća obeležja (fizička deformacija, teškoće kretanja, abnormalno držanje tela i sl.) i svega 36 osoba sa lakom IO. Svi ispitanici bez stigmatizirajućeg obeležja, njih 27 imaju laku IO. Ispitanici su bez teškoća u komunikaciji i bez dijagnoze mentalne bolesti. Istraživanje je sprovedeno 2013. i 2014. godine na teritoriji opština Beograd i Smederevo. Osnovno etičko pitanje u ovom istraživanju je bilo primena upitnika odn. direktnih pitanja o iskustvima stigmatizacije koja su mogla kod nekih osoba sa IO da izazovu uznemirenost i o tome se vodilo računa na sledeći način. Ispitanicu su bili pitani od strane njima poznatog defektologa da li žele da učestvuju u istraživanju. Pri tome je defektolog znao koje korisnike su pitanja mogla da uznemire i oni nisu bili uključeni u studiju. Ispitanicima koji su prihvatili da učestvuju je objašnjeno da mogu da prekinu razgovor u svakom trenutku i da ne moraju da odgovore na ona pitanja koja im se ne dopadaju. Intervju sa osobama sa IO je obavljen individualno u zasebnoj prostoriji, sa obučenim istraživačem. Ispitanicima je objašnjena svrha i procedura istraživanja. Uspostavljen je prijatan, motivacioni kontakt sa ispitanikom, nakon čega se pristupilo popunjavanju upitnika. Vreme za davanje odgovora nije bilo ograničeno, prosečno je bilo dovoljno 15 minuta da se popune navedene skale. Od ispitanika je traženo da se porede sa osobama opšte populacije i sa svojim vršnjacima generalno, nije specifikovano sa kojim osobama moraju da se porede.

Instrumenti

Upitnik opažene stigme (Perceived Stigma in People with Intellectual Disability, Ali et al, 2008). Instrument ima 21 pitanje i podeljen je na dve podskale, subskalu opažene stigmatizacije i subskalu emocionalne reakcije. Subskala opažene stigmatizacije istražuje reakcije drugih ljudi na osobe sa IO i uključuje opaženo ismevanje, uznemiravanje i diskriminaciju. Druga subskala se odnosi na emocionalnu reakciju osobe koja je suočena sa stigmom (osećanje stida, sramote, alijenacije, straha, besa). Svaka stavka se ocenjuje sa „da” i „ne”. Instrument ima dobru internu konzistentnost (alfa Kronbah je od 0.84 za celu skalu, 0.72 za doživljenu stigmatizaciju i 0.69 za emocionalnu reakciju). Kapa koeficijent za test pouzdanosti na retestu kreće se od 0.41 do 0.71

Adaptirana skala socijalnog poređenja (Adapted Social Comparison Scale, Dagnan & Sandhu, 1999) ispituje način na koji se osobe sa IO procenjuju kroz poređenje sa drugima na tri odvojene dimenzije: grupna pripadnost, socijalna privlačnost i postignuće. Ispitanicima su ponuđene nepotpune rečenice (“Kada sam sa drugim ljudima osećam...”) i šest dvojnih odgovora (drugačiji/isti; gori od drugih/bolji od drugih”) itd. Od svakog ispitanika se traži da ukaže na mesto na skali (0-1-2-3-4) koje odgovara njegovom doživljaju. Upitnik se popunjava dva puta. Prilikom prvog popunjavanja osobe sa IO se porede sa drugim osobama sa IO (sa ostalim korisnicima, vršnjacima itd.), a drugi put se porede sa osobama opšte populacije (iz grada, komšiluka itd.). Korelacija ajtema i ukupnog skora, srednja vrednost za skalu je 0.28 (opseg 0.01-0.47), alfa Kronbah vrednost je 0.56).

Adaptirana Rosenbergova skala samopoštovanja (Adapted Rosenberg Self-Esteem Scale, Dagnan&Sandhu, 1999) se sastoji od 6 tvrdnji. Ispitanik, na skali od 1 (u potpunosti se ne slaže) do 5 (u potpunosti se slaže) označava u kojoj meri se slaže sa navedenom tvrdnjom. Autori adaptiranog upitnika izveštavaju o korelaciji ajtem-ukupan skor koja je 0.34 (raspon je od 0.24 – 0.48), alfa Kronbah vrednost je 0.62. Sproveli su i probnu faktorsku analizu i utvrdili postojanje dva faktora. Prvi faktor sadrži četiri stavke pozitivnog samopoštovanja, a drugi faktor dve stavke negativnog samopoštovanja. Takođe se izračunava i ukupni skor koji je mera globalnog samopoštovanja.

Obrada podataka

Prilikom obrade podataka primenjene su sledeće statističke tehnike: za ispitivanje psihometrijskih karakteristika primenjenih instrumenata (analiza interne konzistentnosti), jednofaktorska analiza varijanse za neponovljena merenja i mešovita analiza varijanse primenjene su kao tehnike prikladne za statističko testiranje razlika između različitih grupa ispitanika, dok su veze ispitivanih varijabli ispitane primenom korelacione analize; T-testom za uparene uzorke testirane su razlike između različitih mera zabeleženih na istim ispitanicima.

Rezultati

Psihometrijske karakteristike instrumenata

Upitnik opažene stigmatizacije u celini ima dobru pouzdanost ($\alpha=76$), pouzdanost subskale Doživljena diskriminacija je umerena i iznosi $\alpha=69$, a za subskalu Emocionalna reakcija je niska i iznosi $\alpha=47$. Prosečna korelacija pojedinačnih stavki sa ukupnim skorom iznosi .32 (raspon =.20-.53).

Pouzdanost Adaptirane Rosenbergove skale samopoštovanja u ovom istraživanju je niska i iznosi $\alpha=0.47$. Prosečna korelacija sa ukupnim skorom na skali iznosi 0.24 (raspon=0.09-0.43).

Kada je u pitanju Adaptirana skala socijalnog poređenja sa osobama sa intelektualnom ometenošću, pouzdanost skale je prihvatljiva $\alpha=65$, a prosečna korelacija pojedinačnih stavki sa ukupnim skorom iznosi .38 (raspon=.18-.59). Pouzdanost Adaptirane skale socijalnog poređenja sa osobama prosečne populacije je nešto viša ($\alpha=76$), kao i korelacija pojedinačnih stavki sa ukupnim skorom .51 (raspon=.31-.62).

Opažena stigmatizacija

Opažena stigmatizacija je izražena zbirnim skorom na Upitniku opažene stigmatizacije. Skor može da varira od 0 do 21, gde viši skor ukazuje na viši nivo stigmatizacije. Osobe sa IO ispitane u ovom istraživanju imaju relativno nizak nivo opažene stigme, ali su sve ispitivane osobe, osim jedne, imale iskustvo stigmatizacije (Tabela 1).

Tabela 1. Nivo opažene stigmatizacije kod osoba sa intelektualnom ometenošću

	Broj ispitanika	Raspon	Minimum	Maksimum	AS	SD
Opažena stigmatizacija	99	17	0.00	17.00	5.15	3.42

Samopoštovanje

Skor na Adaptiranoj Rozenbergovoj skali je formiran uprosečavanjem odgovora na 6 stavki koje čine ovu skalu. Formirani su i dodatni skorovi, pozitivno i negativno samopoštovanje. (tabela 2). Kako se teorijski raspon prosečnih skorova kreće od 1-5, viši skor ukazuje na viši nivo samopoštovanja. Rezultati pokazuju da osobe sa IO imaju umereno pozitivan nivo opšteg samopoštovanja, umereno visoko pozitivno samopoštovanje i nešto manje izraženo negativno samopoštovanje. Pozitivno samopoštovanje je izraženije od negativnog ($t(99)=4.54$, $p < .001$).

Tabela 2. Nivo samopoštovanja kod osoba sa intelektualnom ometenošću

	Broj ispitanika	Raspon	Minimum	Maksimum	AS	SD
Samopoštovanje	100	3.17	1.83	5.00	3.61	.71
Pozitivno samopoštovanje	100	3.75	1.25	5.00	4.12	.85
Negativno samopoštovanje	100	4.00	1.00	5.00	3.43	1.28

Socijalno poređenje

Za obe skale socijalnog poređenja (sa osobama sa IO i sa osobama opšte populacije), formirani su prosečni skorovi, viši skor ukazuje na pozitivniju procenu sebe. Formirani su i prosečni skorovi na 3 subskale: 1) Grupna pripadnost 2) Socijalna atraktivnost 3) Postignuće. Teorijski skor na skalama i subskalama je od 1-5. U tabelama 3 i 4 prikazani su deskriptivni pokazatelji za obe skale i njihove subskale. Podaci ukazuju da se ispitanici prilikom oba poređenja procenjuju umereno pozitivno.

Tabela 3. Socijalno poređenje sa osobama sa intelektualnom ometenošću

	Broj ispitanika	Raspon	Minimum	Maksimum	AS	SD
Socijalno poređenje sa osobama sa IO	100	3.83	1.17	5.00	3.34	.93
Grupna pripadnost	100	4.00	1.00	5.00	3.88	1.25
Socijalna atraktivnost	100	3.50	1.50	5.00	3.66	.88
Postignuće	100	4.00	1.00	5.00	3.81	.94

Tabela 4. Socijalno poređenje sa osobama opšte populacije

Socijalno poređenje s osobama opšte populacije	100	3.00	2.00	5.00	3.78	.76
Grupna pripadnost	100	4.00	1.00	5.00	3.35	1.39
Socijalna atraktivnost	100	4.00	1.00	5.00	3.40	1.05
Postignuće	100	4.00	1.00	5.00	3.26	1.11

T-testom za uparene uzorke ispitane su razlike u socijalnom poređenju sa osobama sa IO i osobama opšte populacije (OP). Utvrđeno je da ispitanici sebe procenjuju pozitivnije kada se porede sa osobama sa IO, nego kada se porede sa osobama OP ($t(99)=-8.08$, $p < .001$). Isti obrazac statistički značajnih razlika utvrđen je i na sve tri subskale: 1) Grupna pripadnost ($t(99)=-6.33$, $p < .001$); 2) Socijalna atraktivnost ($t(99)=-3.02$, $p < .001$); 3) Postignuće ($t(99)=-6.34$, $p < .001$).

Odnos samopoštovanja, opažene stigmatizacije i socijalnog poređenja

Korelacionom analizom ispitano je odnosa između samopoštovanja, opažene stigmatizacije i socijalnog poređenja. Utvrđeno je da postoji marginalno značajna, niska negativna korelacija između opšteg samopoštovanja i opažene stigmatizacije ($r = -.20$, $p = .054$). Odnosno, postoji izuzetno blaga tendencija da ispitanici sa višim samopoštovanjem u manjoj meri opažaju stigmatizaciju. Ukoliko se bliže analizira veza između samopoštovanja i stigmatizacije, uočava se da negativno samopoštovanje korelira sa opaženom stigmatizacijom ($r = .25$, $p = .012$), dok između pozitivnog samopoštovanja i opažene stigmatizacije nema povezanosti.

Samopoštovanje nije povezano ni sa jednim tipom socijalnog poređenja ($r = -.03$, $p = .704$; $r = -.06$, $p = .519$), osim sa subskalom Postignuća u okviru skale Poređenje sa osobama sa IO. Opažena stigmatizacija takođe ne korelira ni sa jednim tipom socijalnog poređenja ($r = .04$, $p = .679$; $r = .00$, $p = .997$) (Tabela 5)

Tabela 5. Korelacije između samopoštovanja, opažene stigmatizacije i socijalnog poređenja

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Opšte samopoštovanje	.79**	-.59**	-.20*	-.03	-.06	-.08	-.02	.00	.08	-.00	-.20*
2. Pozitivno samopoštovanje		.01	-.05	-.01	-.03	-.09	-.05	.04	.08	.02	-.08
3. Negativno samopoštovanje			.25*	.03	.06	.01	-.03	.04	-.02	.03	.21*
4. Opažena stigmatizacija				.04	.00	.08	-.00	.02	.02	.02	-.01
5. Socijalno poređenje sa osobama OP					.80**	.86**	.73**	.74**	.53**	.74**	.48**
6. Socijalno poređenje sa osobama sa IO						.75**	.84**	.50**	.70**	.60**	.66**
7. Grupna pripadnost OP							.80**	.48**	.39**	.45**	.39**
8. Grupna pripadnost IO								.45**	.42**	.40**	.31**
9. Socijalna privlačnost OP									.60**	.31**	.07
10. Socijalna privlačnost IO										.28**	.21*
11. Postignuće OP											.66**
12. Postignuće IO											1

**Korelacija značajna na nivou 0.01 * Korelacija značajna na nivou 0.05

IO intelektualna ometenost

OP opšta populacija

Diskusija

Rezultati našeg istraživanja ukazuju na relativno nizak nivo opažene stigmatizacije kod osoba sa IO, ali svi ispitanici, osim jednog su imali iskustvo stigmatizacije. Iako nivo opažene stigmatizacije nije velik ne sme se zanemariti pervazivnost stigmatizujućih iskustva u populaciji osoba sa IO. Većina naših ispitanika se ne nalazi u inkuzivnoj sredini koja je češće izvor stigmatizujućih iskustava, čime se može objasniti nizak nivo opažene stigmatizacije. Postoje dokazi da različita obrazovna okruženja mogu izložiti osobe sa IO različitim nivoima stigmatizacije usled kognitivnog oštećenja [16]. U istraživanju Cooney i sar. [17] ispitanici iz segregiranog okruženja i iz redovne škole izvestili su o sličnim iskustvima stigmatizacije izvan škole, ali učenici iz redovnih škola su ukazali da su u školi tretirani na stigmatizujući način od strane vršnjaka opšte populacije. Todd [18] je utvrdio da osobe u segregiranom okruženju mogu biti zaštićene od uvida u manje vredan status koji imaju osobe sa IO u društvu, i na taj način mogu biti zaštićene od stigme.

Ispitanici su pokazali umereno pozitivan nivo opšteg samopoštovanja, umereno visoko pozitivno samopoštovanje i nešto manje izraženo negativno samopoštovanje. Većina ispitanika u našem istraživanju ima visoko samopoštovanje što potvrđuje da osobe sa IO mogu da održe visok nivo samopoštovanja u zajednici uprkos negativnom iskustvu stigmatizacije [19].

Rezultati istraživanja pokazuju da je opažena stigmatizacija povezana sa nižim nivoom samopoštovanja, što je u skladu sa rezultatima drugih istraživanja [20,21,14]. Negativno samopoštovanje korelira sa opaženom stigmatizacijom, dok između pozitivnog samopoštovanja i doživljene stigmatizacije nema povezanosti. Osobe sa IO koje imaju lošije mišljenje o sebi su osetljivije na negativna zapažanja koja su upućena od strane drugih [22]. Osim toga, češća sećanja na stigmatizujuća iskustva su više prisutna kod osoba koje sagledavaju sebe u negativnijem svetlu [23]. Nalaz ima implikacije za život osoba sa IO u široj zajednici jer pokazuje da stigma može učiniti osobe sa IO ranjivim za razvoj problema mentalnog zdravlja. Nekoliko studija je ukazalo da je visok nivo opažene stigme povezan sa nižim samopoštovanjem i visokim skorovima na skalama depresivnosti [21,14,24].

Crocker i Major [25] smatraju da osobe sa IO, na način na koji se poredе sa drugima, mogu da utiču na samopoštovanje i posledično da zaštite sebe od negativnih efekata stigmatizacije. Novije teorije socijalnog poređenja naglašavaju aktivnu prirodu društvenog poređenja tj. naglašavaju da ljudi biraju sa kim će se porediti i u kojoj dimenziji [26] kao i da osobe sa invaliditetom koriste selektivne procese kada se poredе sa drugima, kako bi poboljšali svoj self-koncept [12]. Takođe, utvrđeno je da kada je samopoštovanje u opasnosti, pojedinci mogu praviti silazna poređenja sa drugima, koje smatraju lošijim od sebe ili bočna poređenja sa onima koji su sličnih sposobnosti [27]. Rezultati našeg istraživanja ukazuju da samopoštovanje i opažena stigmatizacija nisu povezani ni sa jednom vrstom socijalnog poređenja, osim sa subskalom Postignuće, u okviru skale Poređenje sa osobama sa intelektualnom ometenošću. To znači da je osobama sa IO značajno poređenje sa drugim osobama sa IO na osnovu sposobnosti. Osobe sa IO koje sebe smatraju sposobnijim od vršnjaka imaju pozitivnije sagedavanje sebe. Ovaj nalaz je u suprotnosti sa nalazima Finlay i Lyons [12] i Jahode [19] koji ukazuju da osobe sa IO teže da se distanciraju od svojih vršnjaka. Poređenje sa osobama opšte populacije ne utiče toliko na samopoštovanje osoba sa IO, možda zato što osobe sa IO procenjuju da nisu u istoj socijalnoj kategoriji sa njima. Takođe, u istraživanju Lucy i sar. [28] socijalno poređenje nije imalo moderatoran efekat na odnos između stigme i samopoštovanja.

Teorije socijalnog poređenja [24,20] predviđaju da će osobe sa IO, koje žive u zajednici, vršiti poređenje sa osobama opšte populacije što će se i negativno odraziti na njihov self-koncept. Smatra se da poređenje sa vršnjacima sa IO deluje protektivno u pogledu samopoštovanja, a poređenje sa osobama opšte populacije predstavlja pretnju za samopoštovanje [29]. Ipak, osobe sa IO ne bivaju oblikovane socijalnim okolnostima, one mogu

da biraju sa kime će se porediti i to rade koristeći strategiju vrednovanja svojih snaga. Oni koji internalizuju stigmatizujući status vrše negativna socijalna poređenja [30]. Podaci dobijeni našim istraživanjem ukazuju da se ispitanici prilikom oba poređenja procenjuju umereno pozitivno, a sebe procenjuju pozitivnije kada se porede sa osobama sa IO, nego kada se porede sa osobama opšte populacije. Isti obrazac statistički značajnih razlika utvrđen je na sve tri subskale (grupna pripadnost, socijalna atraktivnost i postignuće). Naše istraživanje je pokazalo da se osobe sa IO porede sa drugim osobama sa IO (silazno) na osnovu sposobnosti, jer sebe doživljavaju sposobnijim. Takođe se porede i sa osobama opšte populacije (bočno), nalazeći sličnosti sa njima, ali ovo poređenje za njih nije toliko važno i ne utiče na samopoštovanje. Dagnan i Sandhu [30] su utvrdili da je percepcija stigme povezana sa socijalnim poređenjem sa osobama opšte populacije, na faktorima socijalne privlačnosti i sposobnosti. Utvrđeno je da osobe sa IO koje percipiraju više stigme sebe procenjuju manje socijalno privlačnim i sposobnim ukazujući da su to atributi koji su najosetljiviji na stigmatizaciju. U istraživanju Szivos-Bach [20] kada je izvršena kontrola sa kojim osobama iz opšte populacije se porede osobe sa IO utvrđena je statistički značajna razlika u poređenju sa vršnjacima iz opšte populacije i osoba sa IO. Nekoliko studija je utvrdilo da se osobe sa IO porede sa osobama sa IO (silazno) [17,13,12,24] i lateralno sa osobama iz opšte populacije [13,24]. Neka istraživanja su pokazala da osobe sa IO izbegavaju poređenje sa osobama iz zajednice (uzlazno) jer ta vrsta poređenja negativno utiče na njihov self-koncept [31] ili to ne rade jer je nerealno očekivati da će poboljšati svoj nivo funkcionisanja. Ista istraživanja ukazuju da osobe sa IO koje imaju viši nivo samopoštovanja prave silazna poređenja.

Ograničenja istraživanja

Prvo ograničenje ovog istraživanja je u samom uzorku-većina ispitanika su korisnici segregiranih institucija što utiče na učestalost stigmatizujućih iskustava. Sledeća istraživanja bi trebalo da obuhvate osobe koje žive u manje zaštićenim sredinama.

U istraživanju nije utvrđeno u kojoj meri osobe sa IO imaju kontakt sa osobama opšte populacije, kao što nije kontrolisano sa kojim osobama iz opšte populacije i sa kojim vršnjacima su se poredile osobe sa IO.

Još jedno ograničenje može predstavljati nedostatak kontrolne grupe koja bi mogla da ukaže da li je dobijen obrazac karakterističan za osobe sa IO koje su članovi stigmatizovane grupe ili slična tendencija postoji kod svih osoba koje osećaju da dobijaju negativan fdbek od drugih.

Zaključak

Iako problem stigme počinje da zauzima važno mesto u publikacijama, u sklopu povećanog društvenog interesovanja za zaštitu osoba s poseb-

nim potrebama, istraživanja o stigmatizaciji osoba s ometenošću u našoj zemlji su retka [32].

Rezultati našeg istraživanja nisu pokazali moderatorski efekat socijalnog poređenja na odnos između stigmatizacije i samopoštovanja. Oni ukazuju da je percepcija stigme prediktivna za samopoštovanje čime se naglašava njen značaj u životu osoba sa IO. Iako većina osoba sa IO ima visoko samopoštovanje, postoji opravdana zabrinutost za osobe sa niskim nivoom samopoštovanja, njihov kvalitet života i probleme mentalnog zdravlja. Uloga stručnjaka koji rade sa osobama sa IO treba da se ogleda u ublažavanju iskustva stigmatizacije, povećanju pozitivnih socijalnih iskustava, strateškom interpretacijom socijalne sredine ili razvoju „psihološke složenosti” odnosno povećanju broja uloga kod osoba sa IO čime se stigmatizovanim osobama pomaže da se lakše izbore sa predrasudama i stigmatizacijom.

PERCEIVED STIGMA, SELF-ESTEEM AND SOCIAL COMPARISON OF PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Ivana Stankovic, Ivona Milacic-Vidojevic,

Faculty of Special Education and Rehabilitation,
University of Belgrade

Abstract The aim of this study was to determine the relationship between self-esteem, perceived stigma and social comparison of persons with intellectual disabilities. The sample consisted of 100 persons with mild and moderate intellectual disability, aged 18 years and older, of different sexes, with or without stigmatized characteristics, who lived in an institution or in a family. We used questionnaires of Perceived stigma, Adapted Scale of Social Comparison and Adapted Rosenberg Self-Esteem Scale. The results showed relatively low level of perceived stigma in people with ID (AS=5.15). Respondents showed a moderately positive level of general self-esteem, moderately high positive self-esteem and less pronounced negative self-esteem. When compared with people with ID respondents evaluate themselves more positively than when compared with persons of general population. Marginally significant, low negative correlation between general self-esteem and perceived stigma was established. It was observed that negative self-esteem correlates with perceived stigmatization while between positive self-esteem and perceived stigma correlation was not established. Self-esteem was not linked to any type of social comparisons except the subscale Achievement when compared to persons with ID. The perceived stigma also did not correlate with any type of social comparison. Perception of stigma is predicative of self-esteem and indicates its importance in the lives of people with ID. Although most persons with ID managed to maintain a high level of self-esteem despite the negative experiences of stigmatization, concerns remain regarding the quality of life and mental health problems in people with ID who have low self-esteem.

Key words: *intellectual disability, self-esteem, perceived stigma, social comparison*

Literatura

1. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *Br J Psychiatry*. 2007;90:192-3.
2. Jahoda A, Markova I. Coping with social stigma: people with intellectual disabilities moving from institutions and family home. *JIDR*. 2004;48:719-29.
3. Wehmeyer ML, Bolding, N. Self-determination across living and working environments: A matched-samples study of adults with mental retardation. *Mental Retardation*. 1999;37:353-63.
4. Siperstein GN, Parker RC, Noris J, Widaman KF. A national study of Chinese youths' attitudes toward students with intellectual disabilities. *JIDR*. 2011; published online, doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01382.x.
5. Mencap. The Need to Combat Bullying of People with a Learning Disability. Mencap; 2000.
6. Beart S, Hardy GE, Buchan L. How people with learning disabilities view their social identity: A review of the literature. *JARID*. 2005;18:47-56.
7. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a function of human motivation. *Psychol Bull*. 1995;117:497-529.
8. Jahoda A, Alastair W, Stalker K, Cairney A. Living with stigma and the self-perceptions of people with mild intellectual disabilities. *JSI*. 2010;66(3):521-34.
9. Ali A, Strydom A, Hassiotis A, Williams R, King M. A measure of perceived stigma in people with intellectual disability. *Br J Psychiatry*. 2008;193:410-15.
10. Pachankis, JE. The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychol Bull*. 2007;133(2):328-45.
11. Thomson R, McKenzie K. What people with a learning disability understand and feel about having a learning disability. *Learning Disability Practice*. 2005;8:28-32.
12. Finlay WML, Lyons E. Social categorizations, social comparisons and stigma: Presentations of self in people with learning difficulties. *Brit J Soc Psychol*. 2000;39:129-46.
13. Craig J, Craig F, Withers P, Hatton C, Limb K. Identity conflict in people with intellectual disabilities: what role do service-providers play in mediating stigma? *JARID*. 2002;15:61-72.
14. Dagnan D, Waring M. Linking stigma to psychological distress: testing a social-cognitive model of the experience of people with intellectual disabilities. *Clin Psychol & Psychot*. 2004;11:247-54.
15. Crocker J, Major B. Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. *Psychol Rev*. 1989;96:608-30.
16. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert DT, Fiske ST (eds). *The handbook of social psychology*. New York: McGraw-Hill; 1988. p. 504-53.
17. Cooney G, Jahoda A, Gumley A, Knott F. Young people with intellectual disabilities attending mainstream and segregated schooling: Perceived stigma, social comparison and future expectations. *JIDR*. 2006;50:432-44.
18. Todd S. Working in the public and private domains: Staff management of community activities for and the identities of people with intellectual disability. *JIDR*. 2000;44:600-20.
19. Jahoda A, Markova I, Cattermole M. Stigma and the self-concept of people with a mild mental handicap. *J Ment Defic Res*. 1988;32:103-15.

20. Szivos-Bach SE. Social comparison, stigma and mainstreaming: the self-esteem of young adults with a mental handicap. *Ment Handicap Res.* 1993;6(3):217-36 .
21. Abraham C, Gregory N, Wolf L, Pemberton R. Self esteem, stigma and community participation amongst people with learning difficulties living in the community. *JASP.*2002;12:430-43.
22. Beck AT. *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects.* New York: Harper&Row; 1967.
23. Hertel P. Memory for emotional and nonemotional events in depression: A question of habit? In: Reisberg D, Hertel P. (eds). *Memory and Emotion.* New York: Oxford University Press; 2004. p.186-216.
24. Gibbons FX. Social comparison and depression: Company's effect on misery. *JPS.* 1986;51:140-48.
25. Crocker J, Major B, Steele C. Social stigma. In: Gilbert D et al. (eds). *The handbook of social psychology.* Boston: McGraw-Hill; 1998. p. 504-53.
26. Dixon RM. *Moving Out: The impact of deinstitutionalisation on salient affective variables, social competence and social skills of people with mild intellectual disabilities.* Unpublished PhD Thesis, University of Western Sydney, Australia; 2004.
27. Wills TA. Downward comparison principles in social psychology. *Psychol Bul.*1981;90:245-71.
28. Lucy P, McKenzie K, Lindsay B. Stigma, social comparison and self-esteem in adults with an intellectual disability. *JARID.* 2012;25: 166-76.
29. Szivos SE. Social comparisons with siblings made by adolescents with a learning difficulty. *J Community Appl Soc Psycho.* 1991;1: 201-12.
30. Dagnan D, Sandhu S. Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *JIDR.*1999;43:372-79.
31. Swallow SR, Kuiper NA. Social comparison and negative self-evaluations: An application to depression. *Clin Psychol Rev.*1988;8:55-76.
32. Milačić-Vidojević I, Dragojević N. Stigma prema osobama sa intelektualnom ometenošću. U: Gligorović M, Kaljača S. (ed). "Kognitivne i adaptivne sposobnosti dece sa lakom intelektualnom ometenošću". Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju; 2012. str. 92-111.

Ivona MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ, vanredni profesor, specijalista medicinske psihologije Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Ivona MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ, Professor, specialist in medical psychology, Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade

E-mail: mivona@sbb.rs

STRUKTURA I KORELATI STAVOVA STUDENATA, BUDUĆIH POMAGAČA, PREMA OSOBAMA S OŠTEĆENJEM SLUHA

**Milica Glintić¹, Nataša Hanak², Ivona Milačić-Vidojević³
Nada Dragojević³**

¹Psihološki krugovi, Beograd

²Univita, CH Klinik – Gesellschaft mbH & Co KG, Nemačka

³Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Univerzitet u Beogradu

Apstrakt: Istraživanje stavova stručnjaka, kao i studenata, budućih stručnjaka je važno jer su u pitanju osobe koje su u direktnom kontaktu sa osobama sa ometenošću i utiču na kvalitet njihovog života. Cilj ovog istraživanja je ispitivanje strukture i korelata stavova studenata prema osobama s oštećenjem sluha. Uzorak su činila 103 studenta prve godine Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju (FASPER), sa smerova Logopedija i Prevencija i tretman poremećaja ponašanja (Ž-93; M-10). Stavovi prema osobama s oštećenjem sluha ispitani su pomoću revidirane Multidimenzionalne skale stavova prema osobama s ometenošću (MAS). Revidirana MAS ima subskale Emocije, Misli i Ponašanje. Empatičnost je ispitana pomoću skale Koeficijent empatije, Dimenzije ličnosti pomoću Inventara velikih pet, afektivna vezanost pomoću revidirane Skale iskustva u bliskim odnosima, a motivacija za studiranje FASPER-a pomoću skale sastavljene za potrebe ovog istraživanja. Ustanovljeno je da iz domena bazičnih dimenzija ličnosti jedino saradljivost ima korelaciju od 0.204 sa odsustvom prosocijalnih misli; skala anksioznosti u bliskim odnosima, iz domena afektivne vezanosti, ima pozitivnu korelaciju od 0.220 sa inhibirajućim osećanjima i mislima, dok koeficijent empatičnosti ima korelaciju od – 0.226 sa odsustvom prosocijalnih misli. Naredna istraživanja treba da se usmere na otkrivanje prediktora sklopa negativnih emocija i ponašanja koji vode odbacivanju i ignorisanju osoba s ometenošću.

Ključne reči: *stavovi prema osobama s oštećenjem sluha, korelati stavova iz domena bazičnih dimenzija ličnosti*

Uvod

Osobe s ometenošću se suočavaju, pored problema neposredno vezanih za prirodu njihove ometenosti, i sa problemom društvene marginalizacije kojoj znatno doprinose predrasude, negativni stavovi i stigmatizacija [1]. Ometene osobe ističu da su negativni stavovi prema njima glavna barijera ka punoj socijalnoj participaciji [2]. Iako manje brojna u odnosu na istraživanja stavova prema osobama sa ometenošću kod opšte populacije, stavovi stručnjaka (zdravstvenih radnika, psihologa, specijalnih edukatora i dr) postaju sve zastupljenije polje interesovanja [3,4]. Poznavanje stavova stručnjaka je važno jer njihovi stavovi utiču na kvalitet usluga koje se pružaju osobama sa ometenošću i služe drugim ljudima kao model ponašanja prema osobama s ometenošću. Slično važi i za buduće stručnjake – studente pomagačkih profesija, koji dolaze u dodir s osobama sa ometenošću, kao što su studenti Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju.

Postoji saglasnost da se ispitivanjem različitih dimenzija stavova može dobiti daleko precizniji uvid u one komponente stava koje su najpredikativnije za ponašanje prema osobama s ometenošću. Dobijanje specifičnih informacija (o emocijama, kognicijama i spremnošću na određenu vrstu ponašanja) pruža složeniju sliku i, ne retko, manje pozitivnu, nego opšti podatak o valenci stava. Ispitivanjem stavova studenata pomagačkih profesija prema osobama s ometenošću ustanovljeno je da emocionalni klaster osećanja čine uznemirenost, nelagoda, zbunjenost i sažaljenje – redom neprijatne emocije za koje bismo očekivali da inhibiraju ponašanje približavanja [5]. Postavlja se pitanje koje su to osobine koje mogu da modeluju emocionalni odgovor koji se, izgleda, automatski javlja u susretu s osobom koja je dovoljno različita od nas i, donekle, manje predvidivih reakcija.

Vilčinska i sar. [6] smatraju da je teorija afektivne vezanosti pogodan okvir za istraživanje stavova prema ljudima s ometenošću. Ometenost predstavlja stimulus koji se može doživeti kao pretnja [7]. Anksiozno provocirajuća priroda interpersonalne razmene sa osobama sa ometenošću aktivira sheme vezivanja i utiče na interakciju sa njima. Način na koji je shema vezivanja povezana s prevladavanjem stresnog događaja obezbeđuje okvir za predviđanje stavova prema osobama sa ometenošću. Oba procesa (anksiozno i izbegavajuće vezivanje) dovode do negativnih stavova, jer teškoća u regulisanju negativnog afekta utiče na stvaranje negativnog stava prema ometenim osobama [6]. U istraživanju Vilčinske i sar., sprovedenom na uzorku populacije studenata, čitanje scenarija o susretu sa osobom sa ometenošću pobudilo je više pozitivnih emocija nego čitanje sličnog scenarija o susretu sa osobom bez ometenosti [6]. Autori objašnjavaju da postoji dinamički proces reakcija na osobe sa ometenošću koji se sastoji iz inicijalne spontane negativne emocionalne reakcije koja je praćena kompenzatornim pozitivnim kognicijama i pozitivnim bihevioralnim tendencijama, a ove kompenzatorne reakcije su pod uticajem obrazaca vezanosti. Anksiozno vezane osobe (osobe s negativnim modelom selfa) imaju naročitu teškoću da prevaziđu ove negativne emocionalne reakcije, budući da su sklone da situa-

ciju susreta procenjuju kao izvan kontrole i da se osećaju bespomoćno i ugroženo. Pozitivan efekat sigurne vezanosti se vidi kod kognicija i ponašanja – sigurno vezane osobe su pokazale pozitivnije stavove prema osobama sa ometenošću nego prema osobama bez ometenosti. Iako je negativni emocionalni odgovor prisutan i kod osoba sa sigurnom i nesigurnom vezanošću, osobe sa sigurnom vezanošću su mogle lakše da kompenzuju inicijalno negativan odgovor pozitivnim ponašanjem.

Istraživanja takođe pokazuju da je za stručnjake – pomagače izuzetno važan kapacitet za empatično reagovanje [8,9,10] koji takođe može da se dovede u vezu sa ranim iskustvima koja su prethodnici sigurne vezanosti [11]. Međutim, i empatičnost i sigurna vezanost pripadaju domenu relativno trajnih odlika ličnosti i moguće je da bi se uvođenjem modela koji ispituje osnovne dimenzije ličnosti, kao što je model Velikih pet, mogle u dovoljnoj meri objasniti individualne razlike u stavovima prema osobama s ometenošću.

Izvedena je korelaciona studija sa ciljem da se utvrdi struktura stavova studenata prema osobama sa oštećenjem sluha i povezanost različitih dimenzija stavova sa dispozicijom empatičnosti, s tipom afektivne vezanosti, sa dimenzijama ličnosti (neuroticizam, ekstraverziju, otvorenost, saradljivost i savesnost) i sa motivisanošću za studiranje na Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju (FASPER).

U statističkoj obradi podataka utvrđeni su alfa koeficijenti, kao mere pouzdanosti skala, urađena je analiza glavnih komponenti za proveru interne strukture MAS skale i skale za procenu motivacije za studiranje FASPER-a i izračunati su koeficijenti korelacije između ekstrahovanih komponenti i subskala ostalih primenjenih instrumenata.

Metod

Uzorak i procedura

Baterijom skala procene ispitani su svi studenti prve godine FASPER-a sa studijskih grupa Logopedija i Prevencija i tretman poremećaja ponašanja (N=103). Studenti su tokom drugog semestra školske godine 2010/11, u okviru vežbi iz Psihologije ličnosti, popunili skale za procenu dimenzija ličnosti (BFI), empatičnosti (EQ), afektivne vezanosti (ECR-R) i motivacije za studiranje na FASPER-u, kao i skalu za procenu stavova prema osobama sa oštećenjem sluha (MAS). Većinu uzorka čine devojke (N = 93, odnosno 90.3%), dok su mladići u manjini (N = 10, odnosno 9.7%). Ovakva struktura uzorka oslikava polnu strukturu studenata FASPER-a u celini. Zbog disproporcionalnosti uzorka razlike prema polu nisu prikazane.

Instrumenti

Revidirana multidimenzionalna skala stavova prema osobama s ometenošću *Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities*, MAS – Findler, Vilchinsky & Werner, 2007; Dragojević, Milačić-Vidojević i Hanak 2010). Za procenu strukture stavova prema osobama s oštećenjem sluha

primenjena je revidirana MAS skala, koju su za primenu na našoj populaciji prilagodile, odnosno revidirale Dragojević, Milačić-Vidojević i Hanak [12]. Revidirana MAS skala ima ukupno 32 stavke. Subskala Emocije ima 13 stavki, subskala Kognicije ima 11 stavki, dok subskala Ponašanje ima 8 stavki. Struktura originalne skale zasnovana je na pretpostavci o trostrukoj strukturi stavova, sa emocionalnom, kognitivnom i bihevioralnom komponentom. Faktorska analiza originalne MAS skale potvrdila je takvu strukturu. Izolovana su tri umereno povezana ($r=0.23-0.41$), ali distinktivna faktora koja su objašnjavala 47.5% ukupne varijanse [13]. Međutim, Dragojević i saradnice su prilikom validacije skale na uzorku opšte populacije ustanovile da je njena struktura složenija, odnosno, da svaka skala ima po dve komponente, neutralno nazvane negativne emocije 1 (sažaljenje, bespomoćnost, potrešenost, nelagodnost i zbunjenost) i negativne emocije 2 (odbojnost, nezainteresovanost, osećanje krivice) – koje mogu da vode ponašanju izbegavanja; pozitivne kognicije – koje mogu da vode ponašanju približavanja i zbunjujuće kognicije – koje mogu da blokiraju ponašanje približavanja. Najzad, skala ponašanja uključuje ponašanja približavanja i ponašanja izbegavanja [12].

Koeficijent empatije (Empathy Quotient, EQ – Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Skalu čini ukupno 60 stavki, od čega 40 procenjuju empatičnost, a preostalih 20 služe da odvrte pažnju ispitanika od fokusiranja na predmet merenja. Pouzdanost skale u celini (40 stavki) iznosi 0.834.

Inventar velikih pet (The Big Five Inventory, BFI – John, Naumann & Soto, 2008). BFI ima ukupno 44 stavke raspodeljene u pet subskala, koje procenjuju neuroticizam, ekstrasverziju, otvorenost, saradljivost i savesnot. Uprkos malom broju stavki na subskalama (od osam do deset) dobijeni su veoma dobri pokazatelji njihove unutrašnje konzistentnosti: alfa koeficijent se kreće u rasponu od 0.729 (Saradljivost) do 0.827 (Neuroticizam).

Iskustvo u bliskim odnosima (Experiences in Close Relationships, ECR-R – Brennan et al, 1998). ECR-R–om je ispitana afektivn vezanost. Instrument ima dve subskale kojima se procenjuju Anksioznost u bliskim odnosima i Izbegavanje bliskih odnosa. Obe subskale imaju visoku pouzdanost (alfa = 0.905 za Anksioznost i alfa = 0.900 za Izbegavanje).

Skala za procenu motivacije za studiranje (Glantić i Hanak, 2010). Motivacija za studiranje FASPER-a je ispitana pomoću skale prigodno sastavljene za potrebe ovog istraživanja. Zamišljeno je da skala procenjuje tri komponente motivacije: intrinzičku motivaciju (primeri: „Želeo/la sam da se bavim nekom pomagačkom profesijom“, „Glavni motiv pri upisu fakulteta bio je da naučim veštine kojima bih pomogao/la osobama s teškoćama“), ekstrinzičku motivaciju (primeri: „Pri izboru fakulteta među presudnim faktorima bila je mogućnost da jednog dana lako nađem zaposlenje“, „Kada sam birao/la fakultet

bilo mi je važno da studiram u velikom gradu“) i posvećenost studijama (primeri: „Redovno dolazim na predavanja i vežbe iz većine predmeta“, „Nikad ne bih žrtvovao/la svoje slobodno vreme i provod s prijateljima zarad uspeha na fakultetu“ – rekodirana stavka). Formulirano je ukupno 25 stavki. Faktorska analiza skale nije potvrdila pretpostavljenu strukturu instrumenta.

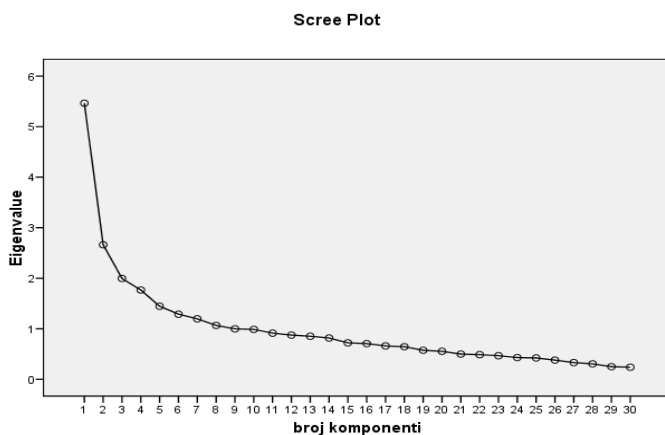
Rezultati

Pouzdanost MAS skale

Pouzdanost skale MAS u celini, izražena preko Kronbahove alfe, iznosi 0.801 (N stavki = 32). Pouzdanost subskala je sledeća: Emocije – alfa = 0.714 (N = 13), Kognicija – alfa = 0.594 (N = 11) i Ponašanja – alfa = 0.739 (N = 8). Pouzdanost subskale Kognicija je popravljena nakon što su izbačene dve stavke koje su sa tom subskalom imale negativnu korelaciju (stavke br 6 i 8) i tada je alfa iznosila 0.689, što je prihvatljivo za skalu od 9 stavki.

Faktorska analiza MAS skale

Analiza glavnih komponenti na celoj skali, bez dva izbačena ajtema, je dala sledeće rezultate: Kajzer-Majer-Olkinova mera adekvatnosti uzorkovanja iznosi 0.770; izdvojeno je 8 komponenti sa svojstvenom vrednošću većom od 1. Prva komponenta objašnjava 18.214% ukupne varijanse. Na grafikonu 1 vidimo da bi, prema Katelovom kriterijumu, mogle da se zadrže prvih dve do četiri komponente.



Slika 1. Katelov „scree plot“ za analizu glavnih komponenti MAS

Odluka o konačnom izgledu skale donesena je na osnovu ispitivanja različitih faktorskih rešenja i karakteristika stavki (njihove korelacije sa skalom u celini). Najbolje karakteristike je imalo rešenje s tri korelirane komponente, uz promax rotaciju. Prve tri komponente objašnjavaju 33.736% ukupne varijanse. Sklop faktora je prikazan u Tabeli 1.

Tabela 1. Sklop faktora skale MAS (30 stavki)

	Komponenta		
	1	2	3
Pronaći će izgovor i otići	.789		
Pomeriće se za drugi sto	.650		
Nezainteresovanost	.632		
Odmah će ustati i otići	.605		
Odbojnost	.592		
Čitaće novine ili će razgovarati mobilnim telefonom	.545		
Nastaviće da rade ono što su već radili	.528		
Ponudiće je pićem_R	.518		
Započeće komunikaciju_R	.378		
Suzdrzanost			
Opuštenost_R		.641	
Napetost		.578	
Ne znam šta bih mogao da je pitam		.545	
Nelagodnost		.528	
Zbunjenost		.520	
Vedrina_R		.510	
Sažaljenje		.501	
Bespomoćnost		.454	.331
Plašim se da je nečim ne povredim		.434	
Iniciraće komunikaciju samo ukoliko on/a ne učini prvi korak		.433	
Potresenost		.424	
Krivica		.378	
Pitam se šta očekuje od mene		.326	
On/a će mi biti zahvalan/a ukoliko počnem razgovor		.320	
Oprez			
Možda bismo mogli dobro da se slažemo_R			.807
On/a izgleda kao zanimljiva osoba_R			.757
On/a izgleda prijateljski_R			.726
Baš bih voleo/la bolje da ga/je upoznam_R			.632
Mislim da možemo da nađemo zajedničke teme za razgovor_R			.579

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

Rotation converged in 5 iterations.

R – odgovor rekodiran

Prvi faktor čine ponašanja izbegavanja i negativne emocije – osećanje odbojnosti i nezainteresovanosti u susretu s osobom s oštećenjem sluha i nazvan je Odbacivanje i ignorisanje. Drugi faktor čine rekodirana pozitivna osećanja opuštenosti i vedrine, odnosno osećanja napetosti, nelagodnosti, zbunjenosti i kognicije koje ukazuju na visok stepen socijalne nelagodnosti i nesnalaženja u susretu sa osobom sa oštećenjem sluha. Ovaj faktor je nazvan Inhibirajuća osećanja i misli. Treći faktor čine rekodirane stavke s pozitivnim kognicijama (rekodiranje je vršeno kako bi sve stavke imale istu orijentaciju, odnosno, da bi ukazivale na negativniji stav prema osobama sa oštećenjem sluha) i zato je nazvan Odsustvo prosocijalnih misli. Drugim rečima, analiza glavnih komponenti cele revidirane skale MAS je samo delimično potvrdila da se stavke grupišu u kognitivnu, emocionalnu i bihevioralnu komponentu stava.

Kod interkorelacija MAS skale utvrđeno je, očekivano, da je komponenta odbacivanja i ignorisanja u značajnoj korelaciji ($p=.01$) sa komponentom inhibirajućih osećanja i misli ($r=.336$) i sa komponentom odsustva pozitivnih misli ($r=.323$), a da su inhibirajuća osećanja i misli značajno povezana ($p=.01$) sa odsustvom pozitivnih misli ($r=.192$).

Faktorska analiza i pouzdanost Skale za procenu motivacije za studiranje

Analiza glavnih komponenti dala je 5 komponenti sa svojstvenom vrednošću većom od 1, ali su zadržane samo prve dve koje objašnjavaju ukupno 33.143% varijanse. Prva komponenta predstavlja subskalu intrinzičke motivacije (pouzdanost alfa = 0.642). Druga komponenta je subskala ekstrinzičke motivacije (alfa = 0.594).

Povezanost komponenti stava prema osobama s oštećenjem sluha sa dimenzijama ličnosti (neuroticizam, ekstraverziju, otvorenost, saradljivost i savesnost)

Očekivali smo da će svaka ispitivana dimenzija ličnosti imati značajnu povezanost sa dimenzijama stavova prema osobama sa oštećenjem sluha (emocionalnom, kognitivnom i ponašajnom). Međutim, ustanovljeno je da iz domena bazičnih dimenzija ličnosti jedino saradljivost korelira sa odsustvom prosocijalnih misli i to negativno ($r=-.204$; $p=.05$), skala anksioznosti u bliskim odnosima, iz domena afektivne vezanosti, ima pozitivnu korelaciju sa inhibirajućim osećanjima i mislima ($r=.220$; $p=.05$), dok koeficijent empatičnosti negativno korelira sa odsustvom prosocijalnih misli ($r=-.226$; $p=.05$).

Tabela 2. Interkorelacije skupa zavisnih i nezavisnih varijabli*

	Odbacivanje i ignorisanje	Inhibirajuća osećanja i misli	Odsustvo pozitivnih misli
Odbacivanje i ignorisanje	1		
Inhibirajuća osećanja i misli	.336(**)	1	
Odsustvo pozitivnih misli	.323(**)	.192(**)	1
Neuroticizam	-.106	.080	.061
Ekstraverzija	-.115	-.104	-.135
Otvorenost	.101	-.063	.055
Saradljivost	-.067	-.059	.204(*)
Savesnost	-.098	-.116	.023
Izbegavanje	-.011	-.027	.189
Anksioznost	.167	.220(*)	.202
Koeficijent empatičnosti	.108	.128	-.226(*)
Intrinsicna motivacija	.018	-.002	-.075
Ekstrinsicna motivacija	-.126	.017	-.027

*korelacija je značajna na nivou .05.

** korelacija je značajna na nivou .01.

Diskusija

Nalazi o strukturi stavova studenata prema osobama sa oštećenjem sluha, utvrđene preko odgovora na MAS skali, ukazuju na to da je došlo do sažimanja pojedinih komponenti koje su identifikovale autorke revidirane MAS skale u prethodnom istraživanju [5]. Ponašanja izbegavanja su se našla na istoj komponenti kao i negativne emocije 2 (odbojnost i nezainteresovanost), što je, zapravo, prirodna i psihološki realistična konstelacija. Osećanja odbojnosti i nezainteresovanost za potrebe, osećanja i celokupnu ličnost osobe sa ometenošću predstavljaju izvor motivacije da se udaljimo od nje. Udaljavanje može da bude aktivno („Pomeriće se za drugi sto“) ili pasivno, izraženo ignorisanjem („Čitaće novine ili razgovarati mobilnim telefonom“). Zato je ova komponenta nazvana Odbacivanje i ignorisanje. Sažimanje je prisutno i kod druge komponente koju čine negativne emocije 1 i tzv. zbunjujuće kognicije. Za ovaj sklop reagovanja karakteristična su neprijatna osećanja napetosti, nelagodnosti, zbunjenosti i misli koje ukazuju na to da se osoba ne snalazi u opisanoj socijalnoj situaciji („Ne znam šta bih mogao da ga/je pitam“, „Plašim se da ga/je nečim ne povredim“). Ovaj sklop osećanja i misli po svoj prilici vodi inhibiciji ponašanja približavanja i zato je nazvan Inhibirajuća osećanja i misli. Treća komponenta, Odsustvo pozitivnih misli, verovatno odražavaju ono što ispitanik zna da bi bilo poželjno da odgovori, jer je to društveno očekivano, (posebno kod studenata FASPER-a): „On/a izgleda kao zanimljiva osoba“, „Baš bih voleo/la da ga/je bolje upoznam“.

Dobijeni rezultati zapravo i nisu toliko udaljeni od nalaza o dvokomponentnoj prirodi subskala emocija, kognicija i ponašanja, utvrđenih u istraživanju o stavovima studenata prema osobama s a telesnom ometenošću [12]. Naime, u tom istraživanju korelacije pojedinih komponenti dobijenih analizom svih stavki skala na tri vinjete MAS bile su pozitivne, značajne i prilično visoke: između negativnih emocija 1 i zbunjujućih kognicija ($r = 0.507$), kao između negativnih emocija 2 i ponašanja izbegavanja ($r = 0.426$). To znači da bi se traženjem jednostavnijeg faktorskog rešenja i u tom istraživanju zapravo dobile komponente koje odražavaju sklopove osećanja i misli i/ili ponašanja, na šta ukazuju i autorke: „deluje da su ove komponente integrisane i organizovane na drugačiji način: da postoje sklopovi izvesnih osećanja, misli i odgovarajućih reakcija na nivou ponašanja, koji se javljaju u susretu sa osobama sa ometenošću“ [12].

Odsustvo pozitivnih misli u susretu sa osobom oštećenog sluha povezano je nisko, i negativno, sa saradljivošću. Znači da su osobe izraženije saradljivosti (poverenja prema drugima, skromnosti, blagosti, altruizma) i osobe većeg kapaciteta da razumeju osećanja i stanja drugih ljudi, da na njih emocionalno i socijalno kompetentno reaguju, sklonije da u susretu sa osobom oštećenog sluha imaju pozitivne misli. Nalaz o povezanosti saradljivosti sa pozitivnošću stava u skladu je sa nalazima drugih istraživanja. Utvrđena je povezanost saradljivosti i pružanja podrške liberalnijoj politici u SAD [14]. Džekson i Poulzen su utvrdili da je saradljivost belih Amerikanaca povezana sa većom učestalošću kontakta sa Afro-Amerikancima, a kontakt delimično objašnjava pozitivnije stavove prema ovoj grupi [15]. Utvrđeno je takođe da je saradljivost pozitivno povezana sa stavovima prema emigrantima [15], a negativno sa desničarskim stavovima koji odražavaju sklonost ka autoritarnosti i orijentaciju ka socijalnoj dominaciji [15]. Rezultati istraživanja Ekehamara i Akramija [16,17], o odnosu između Velikih pet faktora ličnosti i predrasuda prema različitim grupama, takođe su ukazali na povezanost saradljivosti i sklonosti ka predrasudama, kao i na visoku korelaciju između predrasuda prema različitim marginalnim grupama.

Odsustvo pozitivnih misli u susretu sa osobom oštećenog sluha povezano je nisko, i negativno, sa empatičnošću. Sličan je nalaz Bejtsona i saradnika da je empatija povezana sa pozitivnim stavovima (pripadnika oba pola) prema stigmatizovanim grupama (osobama sa AIDS-om, beskućnicima, osuđenim ubicama) [18]. Nađeno je takođe da se empatija indukovana prema jednom pripadniku manjinske grupe generalizuje na celu grupu, da empatiju inhibira saznanje da je osoba sama kriva za svoje stanje, osim u slučaju kada je empatija izazvana pre saznanja o ličnoj odgovornosti za stanje osobe [18].

Inhibirajuća osećanja i misli nisko su, i pozitivno, povezana sa anksioznošću u bliskim odnosima. Osobe sa izraženim strahom od odbacivanja i napuštanja sklone su tome da dožive nelagodnost i zbunjenost u kontaktu sa osobom oštećenog sluha. Anksiozne osobe se osećaju

nelagodno u većini socijalnih situacija u kojima se od njih očekuje interakcija sa drugima uz izvestan stepen bliskosti. Verovatno da ih ranjivost osobe sa ometenošću posebno uznemirava i zbunjuje i tako inhibira eventualni pokušaj da sa tom osobom ostvare kontakt. Slično tome, ispitanici koji su imali visoke skorove na anksioznosti u bliskim odnosima su osećali veću neprijatnost i nisu uspjeli da izraze podršku u interakciji sa osobom (saradnikom istraživača) za koju su verovali da je nedavno obolela od raka [6]. Takođe, u studiji Vilčinske i sar. [6] anksioznost ispitana skalom ECR-R je bila povezana s visokim nivoom negativnih emocija i interpersonalnog stresa prema bilo kojoj osobi, bez obzira na postojanje ometenosti, jednostavno zato što su socijalne situacije za anksiozno vezane osobe emocionalno uznemirujuće.

Ispitivanje stavova prema osobama sa ometenošću i njihovih korelata/prediktora trebalo bi da doprinese boljem razumevanju i predikciji ponašanja, kao i formulisanju strategije za promenu stavova prema osobama sa ometenošću. Doprinos i ograničenja ovog istraživanja mogli bi da se najbolje formulišu u odnosu na opisani ideal. Rezultati potvrđuju da se neprijatna osećanja i misli koje inhibiraju približavanje mogu, barem jednim delom, smatrati efektom nesigurne afektivne vezanosti. Iako i sigurno vezane osobe reaguju na susret s ometenom osobom različitim neprijatnim osećanjima, njihov bazičan doživljaj samopoštovanja, sigurnosti i poverenja u druge moduliše ta osećanja i vodi prosocijalnom ponašanju [6]. Promenu tako bazičnih, na ranom iskustvu zasnovanih dispozicija ličnosti, kao što su anksioznost i izbegavanje bliskih odnosa, nije lako postići. Kao ni promenu dispozicije empatičnosti. Smatra se da je promena kognicija ono što može da vodi promeni ponašanja. Rezultati ovog istraživanja, međutim, pokazuju da su pozitivne kognicije u strukturi stava prema osobama sa oštećenjem sluha prilično izolovane od emocija i ponašanja. i da možda one više ukazuju na socijalno poželjne kognicije, na koje je zaista, barem na površini, najlakše uticati.

Ono što bi svako civilizovano društvo želelo da umanjí, kada već nije moguće iskoreniti ga, jeste odbacivanje i ignorisanje osoba s ometenošću. U ovom istraživanju, međutim, nije utvrđen nijedan značajan korelat odbacivanja i ignorisanja osoba sa oštećenjem sluha sa ispitanim ličnim dispozicijama - dimenzijama ličnosti, empatičnošću, obrascima vezanosti, kao ni sa motivacijom za studiranje FASPER-a.

Ograničenje istraživanja predstavlja uključenje samo dve, od šest studijskih grupa na FASPER-u. Možda bi se u reprezentativnijem uzorku ustanovila povezanost motivacije za studiranje s nekim aspektom stava.

Primarni zadatak narednih istraživanja stavova prema osobama s ometenošću treba da bude identifikacija pouzdanih, stabilnih prediktora sklopa negativnih emocija (odbojnost, nezainteresovanost) i ponašanja izbegavanja, kao i odlika ličnosti, koji vode odbacivanju i ignorisanju osoba sa ometenošću, uz primenu multidimenzionalnog pristupa ispitivanju stavova.

STRUCTURE AND CORRELATING VARIABLES OF ATTITUDES OF STUDENTS, FUTURE HELPING PROFESSIONALS, TOWARDS PERSONS WITH HEARING IMPAIRMENTS

**Milica Glinčić¹, Nataša Hanak², Ivona Milacic-Vidojević³
Nada Dragojević³**

¹Psychological circles, Belgrade

²Univita, CH Klinik – Gesellschaft mbH & Co KG, Germany

³Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade

Abstract: The aim of this study was to explore the structure and the correlates of students attitudes towards persons with hearing impairments. The sample consisted of 103 first year students of The Faculty of Special Education and Rehabilitation (F-93; M-10), divisions Prevention and treatment of conduct disorders and Speech therapy. These attitudes were assessed by The revised version of Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities, Empathy by Empathy Quotient, dimensions of personality by The Big Five Inventory, the attachment by Experiences in Close Relationships Scale, the motivation for studying the Faculty of Special Education and Rehabilitation by the scale assembled for this research. It was found that in the domain of basic dimensions of personality only tendency to collaborate with others negatively correlates with absence of pro-social thoughts (-0.204), scale of anxiety in close relationships, in attachment domain, positively correlates with inhibiting thoughts and feelings (0.220), while the empathy quotient negatively correlates with the absence of pro-social thoughts (-0.226). The motivation for studying Faculty of Special Education and Rehabilitation was not associated with components of the attitude towards people with hearing impairment. Future researches should try to identify predictors of negative emotional and behavioral which lead to ignoring and rejecting of persons with disability.

Key words: attitudes towards people with hearing impairment, attitude correlates in the domain of basic dimensions of personality

Literatura

1. Antonak FR & Livneh H. Measurement of attitudes toward persons with disabilities. *Disabil Rehabil.* 2000;22(5):211-24.
2. Havranek J. The social and individual costs of negative attitudes toward persons with physical disabilities. *J Appl Rehab Couns.* 1991; 22(1):15-21.
3. Cooper A, Rose J, & Mason O. Mental health professionals' attitudes towards people who are deaf. *J Community Appl Soc Psychol.* 2003;13(4):314-9.
4. Tervo R, Palmer G, & Redinius P. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clin Rehabil.* 2004;18(8):908-15.
5. Dragojević N, Milačić- Vidojević I, Hanak N & Mentus T. Upoznaj pa sudi: Stavovi i korelati stavova studenata Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju prema osobama s ometenošću. U: Kovačević J, & Vučinić V. (ur). *Smetnje i poremećaji: Fenomenologija, prevencija i tretman.* Deo I. Beograd: Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju; 2010. str. 439-55.
6. Vilchinsky N, Findler L, & Werner S. Attitudes toward people with disabilities: The perspective of attachment theory. *Rehabil Couns Bull.* 2010;53:163-74.
7. Wright B. *Physical Disability-A Psychological Approach.* New York: Harper and Row Publishers; 1981.
8. Mitić M. Empatičnost i samopoštovanje zdravstvenih i administrativnih radnika. Neobjavljen diplomski rad. Departman za psihologiju Univerziteta u Nišu; 2007.
9. Radovanović V. Empatičnost srednjoškolskih nastavnika. *Psihologija.* 1991;26(1-2):11-50.
10. Žegarac N. Empatijski stil u jednoj pomažućoj profesiji. U: Joksimović S, Gašić-Pavišić S, Miočinović Lj. (ur). *Vaspitanje i altruizam.* Beograd: Institut za pedagoška istraživanja; 1997. str. 308-19.
11. Dimitrijević A, Hanak N & Milojević S. Psihološke karakteristike budućih pomagača: empatičnost i vezanost studenata psihologije. *Psihologija* 2001;44(2):97-115.
12. Dragojević N, Milačić-Vidojević I & Hanak N. Attitudes toward people with physical disabilities, their structure and correlating variables. U: Nedović G, Rapačić D & Marinković D. (ur). *Special Education and Rehabilitation - Science and/or Practice.* Novi Sad: Society of special educators and rehabilitators of Vojvodina; 2010.
13. Findler L, Vilchinsky N & Werner S. The Multidimensional Attitudes Scale Toward Persons With Disabilities (MAS), Construction and Validation. *Rehab Couns Bull.* 2007;1:166-76.
14. Carney D, Jost J, Gosling S, & Potter J. „The Secret Lives of Liberals and Conservatives: Personality Profiles, Interaction Styles, and the Things They Leave Behind. „*Polit Psychol.* 2008;29(6):807-40.
15. Jackson J, & Poulsen JR. „Contact Experiences Mediate the Relationship between Five Factor Model Personality Traits and Ethnic Prejudice. „*J Appl Soc Psychol.* 2005;35(4):667-85.

16. Ekehammar B, & Akrami N. The relation between personality and prejudice: A variable-and a person-centred approach. *Eur J Personality*. 2003;17:449-64.
17. Ekehammar B, Akrami N, Gylje M, Zakrisson I. What matters most to prejudice: Big-Five personality, social dominance orientation or rightwing authoritarianism? *Eur J Personality*. 2004;18:463-82.
18. Batson CD, Polycarpou MP, Harmon-Jones E, Imhoff HJ, Mitchener EC, Bednar LL, et al. Empathy and attitudes: can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings toward the group? *J Pers Soc Psychol*. 1997;72(1):105-18.

Ivona MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ, vanredni profesor, specijalista medicinske psihologije Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Ivona MILAČIĆ-VIDOJEVIĆ, Professor, specialist in medical psychology, Faculty of Special Education and Rehabilitation, University of Belgrade

E-mail: mivona@sbb.rs

HANNIBAL LECTER: STUDIJA SLUČAJA FIKTIVNOG LIKA

Selman Repišti

Apstrakt: Cilj ovog rada je prikaz slučaja imaginarnog lika, dr Hannibala Lectera, na osnovu analize sadržaja četiri knjige („Hannibal“, „Hannibal: postanak“, „Kad jaganjci utihnu“ i „Crveni zmaj“), četiri filma sa istoimenim nazivima i dvije sezone od po 13 epizoda serije „Hannibal“. U prvom dijelu, analiza se odnosi na razmatranje pomenutog slučaja uzimajući u obzir dijagnostičke kriterijume sljedećih klasifikacija bolesti: DSM-IV, DSM-V i ICD-10. Potom, ponuđena je deskripcija ličnosti dr Lectera kroz savremene modele strukture ličnosti: Model velikih pet, HEXACO model, Model velikih sedam, Dvofaktorski model i Jednofaktorski model. Posebno smo se osvrnuli na tumačenje bihevioralnih obrazaca ovog fiktivnog lika iz ugla klasičnih psihodinamskih teorija, te kroz prizmu teorijskog stanovišta Jacquesa Lacana. Dodatno, njegovo ponašanje je objašnjeno rukovodeći se postulatima kognitivno-bihevioralne paradigme, te evolucione psihologije. Na kraju rada, pobrojani su zaključci, nastali kao sinteza prethodnih interpretacija, odnosno eklektičkog pristupa korištenog prilikom pomenute analize. Istaknuti su i nedostaci ovakve vrste analize, u vidu metodoloških ograničenja kvalitativnog istraživanja na jednom ispitaniku (studije slučaja) i problema diferencijalne dijagnostike u slučaju kontroverznog lika kakav je dr Hannibal Lecter.

Ključne riječi: *antisocijalni poremećaj ličnosti, psihoanaliza, procjena ličnosti, analiza ponašanja, studija slučaja*

Uvod

Sa sve većim oslanjanjem na statističko-psihometrijski pristup, u psihologiji se polako gubi interesovanje za kvalitativna istraživanja, u koja možemo ubrojiti i *patobiografske* analize književne i filmske građe. Za ovakav vid studija, ostaje još kakvo-takvo zanimanje u oblasti kliničke psihologije, te psihijatrije. Kako je riječ o idiografskom (nasuprot normativnom) pristupu, u stručnoj psihološkoj javnosti prisutna je bojazan da on nosi preveliku opasnost od subjektivnosti, koja je svakako kontraindikovana prilikom primjene naučnog metoda na odabrani predmet istraživanja.

Međutim, kritički prikaz određenog slučaja (gdje je riječ ne o uzorku veličine jednog entiteta, kako se to površno prikazuje u metodološkim monografijama, već o uzorcima ponašanja datog entiteta (ispitanika, subjekta) tumačenih pozivajući se na teorije, modele i paradigme u datoj oblasti) dostiže naučnu, kliničku i praktičnu vrijednost, ukoliko se provodi u skladu sa upravo navedenim referencijama.

Dakle, cilj ovog rada je opisati strukturu i dinamiku ličnosti jednog fiktivnog lika, kao i njegove patološke obrasce ponašanja, na osnovu analize odgovarajućih filmova, serije i knjiga. Studija je uobličena kao prikaz slučaja subjekta sa *antisocijalnim poremećajem ličnosti*. Kako sadržaj dostupne građe za analizu uključuje i neke elemente koji nisu dosljedni (kada se npr. upoređuju knjige o Hannibalu Lecteru i istoimeni filmovi), oni će po potrebi, biti istaknuti (premda valja napomenuti da je riječ o različitim odrednicama i događajima koji se odnose na njihov fabularni aspekt, a koji ne mijenjaju samu prirodu simptoma glavnog protagonista).

Autor ovog rada će prvo ispitati dijagnostičku fundiranost psihopatološkog odnosa dr Hannibala Lectera prema sebi i drugima, a potom opisati i objasniti ovaj odnos u svjetlu glavnih tradicionalnih i savremenih teorija i modela ličnosti. Pritom će se uzeti u obzir konstitucionalni, strukturalni, kognitivni i konativni aspekt ličnosti.

Crtice iz biografije dr Hannibala Lectera

Hannibal je rođen 1933. godine u Litvaniji, u aristokratskoj porodici grofa Lectera i grofice Sforza-Lecter, koja vuče korijene od starih italijanskih mecena Viscontija i Sforzi. Već u ranim godinama (opisano u knjizi: „Hannibal: postanak”) pokazuje izuzetnu sklonost prema umjetnosti (posjeduje apsolutni sluh, kao i izvanrednu sposobnost likovnog predočavanja predmeta i osoba, za šta je većinom zaslužno njegovo eidetsko pamćenje). Paralelno sa ovim preferencijama, interesuje se za egzaktne nauke, ispoljavajući zavidan nivo razumijevanja zakonitosti koje vladaju u prirodi. Nakon što je navršio šest godina, rađa se njegova sestra Mischa, sa kojom uspostavlja puni emocionalni odnos i razvija osjećaj privrženosti. Nedugo zatim, njegova porodica bježi, usljed Hitlerovih ratnih pohoda prema istoku. Uskoro njemački vojnici pronalaze porodično sklonište i ubijaju Hannibalove roditelje. Kako je zima bila oštra, neprijateljski vojnici odlučuju ostati na istom mjestu, te Hannibal i

Mischa žive u stalnom strahu od sljedećih dešavanja. U međuvremenu, ponestaje hrane, te Nijemci pribjegavaju opciji *prinudnog kanibalizma*, ubijajući i jedući Hannibalovu sestru (prikazano u knjizi „Hannibal: postanak” i u istoimenom filmu). Kasnije mali Hannibal bježi, te se u dostupnoj građi pojavljuje u sirotištu-internatu, koje je opisano kao današnji kaznenopopravni dom za maloljetnike (sa prikazom fizičkih obračuna njegovih štićenika, motivisanih nagonom za preživljavanjem i potrebom za dobijanjem što boljeg statusa u ovakvoj, specifičnoj grupi). Hannibal bježi iz internata, te nalazi pisma svog tetka iz Francuske, nakon čega će se zaputiti u ovu zemlju. Ondje zatiče samo svoju tetku, lady Murasaki, koja objeručke prihvata da bude njegov skrbnik. Značajno je napomenuti i da Hannibal dugo vremena ne može da govori (mutizam), sve dok pažnja, ljubav i briga tetke Murasaki ne dovedu do ponovnog uspostavljanja moći govora kod ovog protagoniste. Hannibal je potom portretisan kao osoba koja ne podnosi nekulturan, nekalvaljerski odnos prema ženama, te se ozbiljno obračunava sa svima onima koji naruše njegove principe. Kasnije odlazi da studira medicinu, a paralelno s fakultetskim obavezama traži vojnike koji su ubili njegovu sestru. Većina njih se nalazi u Francuskoj, a Hannibal sistematično ostvaruje planove okrutne osvete (opisano u filmu i u knjizi „Hannibal: postanak”). Posljednja žrtva njegove krvave hajke živi u Kanadi, te nakon što i njoj priredi „ono što je zaslužila”, odlazi u SAD, gdje započinje svoju medicinsku karijeru, prvo se interesujući za hirirgiju, potom završivši specijalizaciju iz psihijatrije (posljednji podaci su dijelom dostupni u serijalu o Hannibalu, ali nigdje nisu eksplicitno literarno elaborirani). Svoju ulogu doktora koristi kako bi nastavio sa ubijanjem i kanibalizovanjem svojih žrtava, jer kao psihijatar ima priliku da stekne uvid u navike, život i psihološki profil svojih pacijenata (što je nagoviješteno u knjizi i istoimenom filmu „Kad jaganjci utihnu”, „Crveni zmaj”, te u obje sezone serije „Hannibal”).

Paralelno sa homicidalno motivisanim načinom života, svakodnevne aktivnosti Hannibala Lectera ispunjene su uživanjem u: gastronomskim specijalitetima koje sam pravi, melodijama koje proizvodi na svom specijalno dizajniranom klaviru, vlastitim slikarskim i grafičkim ostvarenjima, čitanju klasične beletristike, kao i u kolekcionarstvu pažljivo odabranih umjetnina.

Nakon što Will Graham, FBI-ev stručnjak za biheavioralnu analizu i psihološko profiliranje, shvati da je za zločine na kojima je radio odgovoran dr Lecter, Hannibal biva uhapšen i zatvoren u baltimorskoj ustanovi za mentalno poremećene. Ondje upoznaje Clarice Starling, FBI-novaka, koja mu se počinje svidati i kojoj pomaže da riješi jedan delikatan slučaj. Ona postaje njegova muza (u umjetničkom smislu te riječi), dok svakako planira bijeg iz zatvora, što mu na kraju i uspijeva. U filmu „Hannibal”, saznajemo da je njegovo konačno odredište Firenca, gdje dolazi s novim identitetom: predstavlja se kao dr Fell, stručnjak za italijansku medievistiku. Dobija posao u palati Capponievih, odakle bježi nakon što ga traži bivši pacijent-pedofil, izmanipulisan i fizički osakaćen, krivicom dr Lectera. U serijalu „Hannibal”,

ovaj bivši pacijent (Mason Verger) je prikazan nešto drugačije nego što je u knjizi „Hannibal”, te je ponuđen uvid u njihove psihoterapijske seanse. Na kraju, Verger će „uloviti” dr Lectera, međutim, Hannibal će mu uspjeti pobjeći i otići u Južnu Ameriku. U knjizi „Hannibal” možemo pročitati da on „pridobija” agenticu Clarice Starling, te s njom nastavlja živjeti u Južnoj Americi, prije toga se podvrgavši hirurškom zahvatu na licu, koji je imao za cilj da izmijeni njegovu fizionomiju.

Dijagnostička razmatranja

Uzimajući u obzir desetu reviziju Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB – 10) [1], Hannibal ispunjava sljedeće kriterijume za *disocijalni poremećaj ličnosti* (F60.2):

- 1) Ispunjava opšte kriterijume za poremećaj ličnosti (njegov stil života odlikuje perzistentni psihopatološki predznak, što bi značilo da morbidne personalno-bihevioralne karakteristike dr Lectera nisu rezultat situacijske frustracije ili stresa, već su trajni obrasci na kojima zasniva sliku o sebi, drugima i o životu);
- 2) Pokazuje krajnju neosjetljivost i nebrigu za osjećanja drugih (svirepo se obračunava sa neistomišljenicima; manipuliše njihovim psihičkim životom i problemima; daje im lažnu iluziju kontrole, koju na kraju beskrupulozno preokreće u svoju korist);
- 3) Ne obazire se na socijalne norme, pravila i obaveze (na osnovu površne analize bi se moglo zaključiti kako to nije slučaj, jer u javnosti djeluje kao uglađen i kulturni psihijatar, međutim, svojim kriminalnim djelima oduzima žrtvama osnovna ljudska prava, krši zakon i ne obazire se na društvene norme i zabrane);
- 4) Nesposoban je održavati veze sa drugima, premda ih lako započinje (primjer je ljubavna veza sa psihijatricom u serijalu „Hannibal”, nakon čega ona strada, te s Clarice Starling koju u jednom trenutku gleda kao predmet ljubavi, a u drugom je vrijeđa i ističe svoju ulogu moći);
- 5) Nesposoban je doživjeti krivicu i nije osjetljiv na kaznu (u filmu „Hannibal: postanak”, on ubija prodavca s pijace zato što je uvrijedio njegovu tetku Murasaki, te joj poklanja glavu ovog prodavca kao trofej, nakon čega očekuje priznanje, zahvalnost i divljenje) i
- 6) Ima izraženu sposobnost optuživanja drugih, odnosno smišljanja plauzibilnih racionalizacija za vlastito ponašanje koje ga dovodi u konflikt s društvom (u serijalu „Hannibal” govori svom pacijentu kako nema ničeg lošeg u ubijanju, zato što to bog svakodnevno radi; a u filmu i istoimenoj knjizi „Hannibal” je objesio agenta Pazzija, zato što je neko u njegovoj porodici davno bio optužen za izdaju i smatrajući da Pazzi, kao potomak ove porodice, svakako mora imati istu sklonost kao i njegovi preci, te zbog toga treba biti kažnjen).

Hannibal Lecter, dakle, ispunjava većinu kriterijuma za postavljanje pomenute dijagnoze, a njegovi kliničku sliku upotpunjuju i nagovještaji prisutnosti poremećaja ponašanja u adolescenciji (u knjizi i filmu „Hannibal: postanak”).

Rukovodeći se kriterijumima četvrte revizije Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM – IV) [2], dr Lecteru se mogu pripisati sljedeće odrednice, koje ukazuju na *antisocijalni poremećaj ličnosti*:

- A. Kod njega je prisutan pervazivni obrazac nepoštovanja i narušavanja prava drugih (na osnovu knjige “Hannibal: postanak” možemo pretpostaviti da je ovakav obrazac bio izražen tokom njegovog boravka u sirotištu, dakle, i prije punoljetstva), na način da: se ne može konformirati socijalnim normama i zakonskim ograničenjima, zavarava druge ljude i manipuliše njima (kroz laži, lažna predstavljanja, te ih koristi da ostvari lični profit ili zadovoljstvo), te pokazujući nedostatak krivice i kajanja (zato što je nekoga povrijedio ili loše tretirao).
- B. Dr Lecter ima više od 18 godina.
- C. Kod njega postoje nagovještaji poremećaja ponašanja prije 15. godine života.
- D. Pojavljivanje antisocijalnog ponašanja nije rezultat shizofrenije ili epizode manije.

Zadovoljenje posljednjeg kriterijuma možemo argumentovati na sljedeći način. Shizofreniju možemo isključiti, referirajući se na ova zapažanja: njegovo mišljenje nije konfuzno/premda jeste bizarno/, niti ga ograničava u svakodnevnim aktivnostima; iz sopstvene autističke logike crpi opravdanje za svjesno i planirano uskraćivanje osnovnih ljudskih prava svojih žrtava; on je racionalna osoba koja slijedi svoje devijantne principe na način da organizovano i svrsishodno dolazi do postizanja postavljenih ciljeva. Dakle, dr Lecter nije dezorganizovana, niti konfuzna osoba, koja se povlači iz društva, niti je nesvjestan svog ponašanja. S druge strane, smirenost, sistematičnost u izvršavanju vlastitih “zadataka” i nauma, te hladnokrvna istrajnost u tome, sušta su suprotnost euforičnosti, izrazito pozitivnoj afektivnosti, i hipervigilnosti, karakterističnim za epizodu manije.

Kriterijumi koji se odnose na impulsivnost i nemogućnost dugoročnog planiranja nisu zadovoljeni, jer je iz analize pomenute građe jasno da Hannibal pažljivo planira sva svoja ubistva i život, uopšte.

Po petoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM – 5) [3], Hannibal Lecter ispunjava sljedeće kriterijume za *antisocijalni poremećaj ličnosti*:

- A. Značajni problemi u funkcionisanju ličnosti (egocentrizam; visoko samopoštovanje koje se crpi iz lične dobiti, moći i zadovoljstva; postavljanje ciljeva koji kao rezultat imaju lično zado-

- voljstvo, a nisu potaknuti unutrašnjim prosocijalnim sistemom vrijednosti; kao i nedostatak empatije i kapaciteta za održavanje uzajamnih intimnih veza);
- B. Postojanje patoloških crta ličnosti (manipulativnost, sklonost varanju i iskorištavanju drugih, te hostilnost; dok neodgovornost, impulsivnost i rizična ponašanja nisu izraženi);
 - C. Poremećaj funkcionisanja ličnosti i njene ekspresije je vremenski i situaciono konzistentan i stabilan;
 - D. Ispoljeni poremećaj nije normativan i tipičan za određeni razvojni period dr Lectera ili njegovu socio-kulturalnu sredinu;
 - E. Poremećaj u funkcionisanju ličnosti ovdje nije rezultat zloupotrebe neke psihoaktivne supstance ili generalnog medicinskog stanja (fizičkog poremećaja);
 - F. Hannibal ima više od 18 godina.

Kao što vidimo, ovaj fiktivni lik se može svrstati u grupu onih koji imaju antisocijalni (disocijalni) poremećaj ličnosti.

Ličnost dr Lectera

Psiholeksička paradigma opisa strukture ličnosti je izdanak savremenih empirijskih istraživanja. Ovdje imamo nekoliko modela. Po *Modelu velikih pet* [4, 5, 6, 7, 8], ličnost se može opisati na osnovu pet dimenzija: ekstraverzije, emocionalne stabilnosti, savjesnosti, ugodnosti (prijatnosti) i intelekta (otvorenosti za nova iskustva, originalnosti, refleksivnosti). Za doktora Lectera se može reći da je ambivert (posjeduje dominantnost i dinamičnost karakteristične za ekstraverziju, ali podjednako uživa u solitarnim aktivnostima koje dakle ne zahtijevaju prisustvo drugih); emocionalno stabilan (staložen je, smiren, bezbrižan i opušten); savjestan (preferira red, predan rad i sklon je samodisciplini), ugodan (kulturan, učtiv, i aktivno sluša sagovornika/pacijenta) i ima razvijen intelekt (sklon je filozofskim raspravama, snalažljiv je, pronicljiv, originalan i slobodouman).

Analizirajući njegovu ličnost referirajući se na *HEXACO model* [9, 10, 11], koji predstavlja proširenje Modela Velikih pet dimenzijom nazvanom *poštenje/skromnost*, možemo zaključiti sljedeće: Hannibalova ličnost se može opisati kao u prethodnom pasusu, s tim što dodajemo da je dr Lecter izrazito nepoštena i neskromna osoba. Ovdje se uklapa njegovo samopoimanje kao nekog kome je dodijeljena uloga boga i kome je dopušteno da radi sve ono što želi. Naravno, ovakve kvalifikacije i ekskluzivna prava i slobode, Hannibal je dodijelio sam sebi. Dakle, po Modelu velikih pet, mogao bi se steći utisak da je dr Lecter sasvim psihički normalan, čak i prototip izrazito mentalno zdrave i funkcionalne osobe. Međutim, kada uzmemo u razmatranje njegovo poštenje i skromnost, ova slika se drastično mijenja. Inače, negativna korelacija između ove dimenzije ličnosti i sklonosti ka raznim oblicima antisocijalnog ponašanja potvrđena je u mnogim istraživanjima [12,13].

Po *Modelu velikih sedam* [14], ekstraverzija je nazvana pozitivna emocionalnost, neuroticizam (suprotan pol emocionalne stabilnosti) je određen kao negativna emocionalnost, a intelekt (otvorenost za nova iskustva) je definisan preko svog negativnog pola – konvencionalnosti. Ugodnost i savjesnost se poklapaju sa istoimenim dimenzijama iz Modela velikih pet, dok u Modelu velikih sedam imamo još dvije dimenzije – pozitivnu valenciju i negativnu valenciju. Osoba koja kotira visoko na dimenziji pozitivne valencije je: izuzetna, istaknuta, impresivna i izvanredna. Suprotan pol ove dimenzije odnosi se na običnost, prosječnost i tipičnost. Osoba kod koje je izražena negativna valencija je: prezrena, mrska, okrutna i neomiljena. Hannibal Lecter ima izraženu i pozitivnu i negativnu valenciju. On je briljantan psihijatar sa zavidnom reputacijom, a njegove logičke i umjetničke sposobnosti su daleko iznad prosjeka. U ovakvom kontekstu, on zaista jeste izuzetan i istaknut. Međutim, imajući u vidu da svoje sposobnosti, vještine i znanja koristi u manipulativne i krajnje morbidne svrhe, postaje omražen u očima onih koji su mu nekada vjerovali ili koji nešto naslućuju o njegovim nedjelima. Primjer je odnos Clarice Starling prema njemu, dok je bio zatvoren u mentalnoj ustanovi (film i knjiga „Kad jaganjci utihnu”). Agentica Starling priznaje njegove kvalitete (pozitivna valencija) i podsvjesno mu se divi (u njenim očima, Hannibal je supstitut za njenog fizički jakog i samouvjerenog oca koji je poginuo kada je bila dijete). Međutim, u isto vrijeme, njena facijalna ekspresija odaje gnušanje, gađenje i odvratnost koje osjeća prema njemu (negativna valencija). Sličan je slučaj i sa agentom Willomom Grahamom (film i knjiga „Crveni zmaj”, jednim dijelom i serijal „Hannibal”), s tim što kod njega nije bila prisutna simultana percepcija pozitivne i negativne valencije ličnosti dr Lectera, već sukcesivna (prije saznanja da je on zločinac, te nakon toga).

U posljednje vrijeme se javila tendencija ka redukciji strukture ličnosti, pa su nastali *Dvofaktorski model* [15,16] i *Jednofaktorski model ličnosti* [17]. U Dvofaktorskom modelu, emocionalna stabilnost, savjesnost i ugodnost su objedinjeni pod pojmom *stabilnost*, dok su ekstraverzija i intelekt (otvorenost za nova iskustva) „sažeti” u *plastičnost/fleksibilnost*. Prva dimenzija obuhvata jedan vid integriteta, konzistentnosti reagovanja, razmišljanja i ponašanja, a druga sposobnost za adekvatnu adaptaciju na fizički, intrapsihički i socijalni kontekst. Jasno je da Hannibal odražava izuzetnu stabilnost u vlastitim principima, stavovima, pogledima na svijet i ponašanju. Isto tako, on se vrlo brzo uspješno prilagodi na svaku novonastalu promjenu u okolini i na situaciju u kojoj se zadesi. Dakle, i po ovom modelu, on bi bio psihofizički visokofunkcionalna individua. Po Jednofaktorskom modelu, ličnost se može svesti na sposobnost za generalnu adaptabilnost i funkcionalnost, za koju se vezuju odrednice kao što su: visoko samopoštovanje, zadovoljstvo životom i subjektivno blagostanje. Hannibal je zadovoljan sobom, tj. onakvim kakav jeste. Ima visoko samopoštovanje, koje dostiže stepen narcisoidnosti, te može prilično dobro funkcionisati kao jedinka. Dakle, ni ovaj model ne obuhvata njegovu patološku stranu, odnosno nije dovoljno informativan kada je ona u pitanju.

Ovdje želimo napomenuti kako se pomenuti modeli i njima pretpostavljene dimenzije ličnosti najvećim dijelom odnose na normalnu ličnost, tj. individualne karakteristike opšte populacije. To je možda najrealnije objašnjenje činjenice da njegov sklop ličnosti nije mogao biti adekvatno obuhvaćen ovim modelima. Međutim, ovaj i slični slučajevi mogu biti jedan vid testa *pretpostavke o sveobuhvatnosti modela psiholeksičke paradime*, te ih je zato važno prodiskutovati u istom kontekstu.

Psihodinamski pristup

Pozivajući se na klasični, frejdovski psihodinamski pristup, prvo možemo primijetiti da je, u Hannibalovom slučaju, riječ o hipertrofiranom idu. Ovdje dominira princip zadovoljstva, i to na najsiroviji i najpodmukliji način – ubija svoje žrtve, da bi ih kasnije sa stilom pojeo (njegove večere, uz skupo vino ili šampanjac, sastoje se od pažljivo pripremljenih jela od ljudskog mesa, što je realistično i živopisno prikazano u obje sezone serije „Hannibal”). Takođe, ovdje je riječ i o hipertrofiji ega, manifestovanoj kao sterilna racionalnost i perverzni trijumf razuma nad emocijama. Dr Lecter svoje nagone ostvaruje racionalno, promišljeno, svjesno i organizovano, dolazeći do lične koristi. Konačno, Hannibal pati od potpune atrofije superega. Tačnije, formira svoj, idiosinkratski model etičko-socijalnih normi, čiji aršini nepogrešivo diktiraju njegovo ponašanje i navike. Glavni odbrambeni mehanizam Hannibalovog psihičkog aparata je *pseudosublimacija*, zato što svako ubistvo koje počini pretvori u jedan vid umjetničkog djela (ilustrativni primjeri mogu se vidjeti u drugoj sezoni serije „Hannibal”, gdje u jednom slučaju vadi organe iz leša i umjesto njih stavlja cvijeće koje ima svoju simboliku, dok u drugom slučaju tijelo jedne istražiteljke precizno reže po vertikali i od dobijenih dijelova pravi nekoliko instalacija u vidu eksponata za neki muzej anatomije). Jasno je da nije riječ o sublimaciji u pravom smislu te riječi, jer joj u ovom slučaju prethodi *primitivni acting-out*. Ovakva (pseudo)sublimacija mogla bi se nazvati samoopravdavajućom, odnosno instrumentalnom, a sam mehanizam kojim se odvija *hedonističkim larpurlartizmom*. U vezi sa raspravom o njegovom egu, mogli bismo govoriti o autokontrolisanoj *izolaciji*, kao mehanizmu odbrane, gdje Hannibal svjesno odvaja razum od emocija. Tek nakon što je, u njemu shvatljivim terminima, postupio racionalno, prepušta se emocionalnom užitku svojih djela („ostvarenja”). Tako, često nakon zločina, svira, crta ili slika. Isto tako, dr Lecter pribjegava odbrambenom mehanizmu *idealizacije* svoje sestre Mische, a u isto vrijeme koristi *devaluaciju* vezanu za omalovažavanje egzistencije svih ljudi koji ga okružuju („Oni ne zaslužuju živjeti, njihova egzistencija je mizerna i nepotrebna”).

Kroz teorijsku prizmu Jacquesa Lacana, koji je revidirao tradicionalnu psihoanalitičku misao, mogu se razlikovati tri registra egzistencije [18, 19]: realni (ne može se do kraja opisati jezikom, a naziva se još i pustinjom realnosti), simbolički (‘igra lanca označivača’, u vidu normi, zakona, pravila ponašanja i slično) i imaginarni (fantazme, mašta, halucinacije, snovi). Stvar

(objekat) je nešto što se može odrediti kao „prekomjernost koja se ne može simbolizovati” [20], a ono što ne možemo simbolizovati, vraća se u realno, putem imaginarnog. Jasnije rečeno, nikada ne možemo u potpunosti obuhvatiti pravu prirodu stvari, već je pokušavamo opisati npr. jezikom (sistemom simbola). Dakle, realno nam nije u potpunosti dostupno, jer smo primarno svjesni simboličke egzistencije. Pravu suštinu stvari (realno) tražimo kroz imaginarno (npr. u snovima i kroz fantazme), međutim, to je samo način i nošenje sa saznanjem da nikada ne možemo u cijelosti steći svijest o objektu koji nas zanima (ili za kojim žudimo). Nesvjesno je, po Lacanu, nešto što spada u registar simboličke egzistencije, jer je, po njemu, strukturirano poput jezika, te nije alogično (nesvjesno je organizovano i smisleno). Onaj dio objekta koji nas zanima i koji spoznajemo (ili koji želimo), a koji nam nije dostupan (tj. nije spoznatljiv) Lacan naziva objektom malo „a” (fr. *objet petit a*). Pojednostavljeno rečeno, sva patologija nastaje upravo zbog tog osjećaja zakinitosti nečega što nama navodno pripada, odnosno čemu težimo, a ne možemo dobiti u formi u kakvoj želimo.

U knjizi „Hannibal” i istoimenom serijalu, saznanjemo da dr Lecter stalno žudi za svojom sestrom Mischom, tj. osjeća jedan vid zakinitosti i lične nepravde što je umrla. Kanibalizovanje njegovih žrtava može se tumačiti ovako: u nesvjesnoj (ali jednim dijelom i osviještenoj) želji da “vratiti” svoju sestru, on ubija i jede ljude. Iza ovog patološkog mehanizma stoji magijski obrazac mišljenja: „Žrtvovanjem drugih, biće mi vraćeno ono što mi pripada. Mijenjam tuđu smrt za život svoje sestre.” Dakle, Hannibal se kroz imaginarno želi približiti realnom (uporno i kompulzivno), ali onakvom kakvim ga on poima. Zato beskrupulozno odbacuje simbolički registar svoje egzistencije (društvene norme i zakonska pravila). Mischa je za njega objekat malo „a”, a u filmu i knjizi „Kad jaganjci utihnu”, izgovara sljedeću rečenicu: „Svi mi čeznemo za onim što svakodnevno vidamo” (što drugi imaju i javno pokazuju, a mi nemamo i slutimo da nikada nećemo imati; predstavljajući ovaj vid žudnje kao ultimativni oblik zavisti). Dakle, Hannibalov kanibalizam možemo svhatiti kao jednu vrstu ekstremnog *acting-out* –a i pokušaja da sebi pomogne, naravno, na autistično-patološki način. U knjizi „Hannibal” su detaljno opisana realna i iskonstruisana sjećanja dr Lectora (*palata sjećanja*, kako ih je sam autor, Thomas Harris, nazvao). Ova druga su rezultat njegove fantazme (npr. da zamišlja sestru Mischu živu, pri tom je idealizujući) i, ponovo, dekonstrukcije simboličkog kako bi došlo do uspostavljanja realnog registra. Iz lakanovske perspektive, Hannibalova pseudosublimacija se može objasniti „zabranom istinskog užitka” (detaljnije o ovom konceptu može se naći u [21]). Preciznije, kako društvo oštro sankcioniše homicide, Hannibal od njih pravi spektakl, umjetnička ostvarenja, odnosno nešto što je senzacionalističko i što ljudima privlači pažnju (počinocima koji kopiraju zločine poznatih kriminalaca to izaziva divljenje i poštovanje). Dakle, on nesvjesno pokušava smjestiti svoje zločine u socijalno prihvatljive okvire (opet, zato što društvo gleda neblagonaklono na ispolja-

vanje sadističkih/agresivnih i seksualnih poriva združenih sa rezultujućim užicima). Hannibalova samorazumljiva logika odvija se na ovaj način: nikada neće moći u potpunosti izvući lični užitek iz svojih djela, jer ih mora (pseudo)sublimirati, nadajući se da će ga društvo na neki način prihvatiti. Po Lacanu, čim u određenom činu postoji intencija ka zadobijanju prihvatanja i odobravanja *Velikog drugog*, nemoguće je postići istinski užitek.

Ovdje je važan još jedan momenat. Po Lacanu, libidinalna žarišta (erotizovana izvorišta) nisu samo usta, anus, grudi i genitalije, već i pogled i govor. Hannibal posjeduje asertivno-dominantni pogled (Anthony Hopkins u filmu „Kad jaganjci utihnu” uopšte ne trepće, dok razgovara s nekim, što je u istoimenoj knjizi opisano na sljedeći način: „kao da uvlači svrdlo u glavu sagovornika”). Pogledom i konstantno ubjedljivim glasom (pričajući jasno, glasno i samouvjereno, bez velikih amplituda i modulacija), on konstituise svoj status i moć, čime pokušava ostvariti jedan vid užitka i likovanja.

Kognitivno-buhevioralna razmatranja

Istraživanja pokazuju da se osobe sa antisocijalnim poremećajem ličnosti teško uslovljavaju [22], u bihevioralnom smislu te riječi. Iz toga proizlazi jasan zaključak da je sistem kažnjavanja u njihovom slučaju malo ili nimalo djelotvoran. Kazna zatvora, odnosno boravka u mentalnoj ustanovi, nema učinak na Hannibala. On i dalje manipulise ljudima, sada medicinskim osobljem, te nakon bijega nastavlja seriju ubistava. Međutim, svako novo ubistvo i uz njega vezana „*post-mortem* instalacija”, potkrepljuju ga da sličnim tempom nastavi i u budućnosti. Prvi potkrepljivač je sama činjenica da organi istrage ne mogu tako lako otkriti počinioca, što mu pothranjuje uvjerenje da je mnogo inteligentniji od njih. Drugi potkrepljivač je virtuoznost tehnike izvođenja ubistava i korištenja leša ili njegovog dijela u „umjetničke” ili nutricionističke svrhe.

Kada je riječ o kognitivnom aspektu, Hannibal je žrtva vlastite kognitivne pristrasnosti – greške u početnoj premisi misaonog toka („Radim ono što je opravdano i normalno da uradim u datoj situaciji”). Takođe, kod njega se javlja pristrasnost u zaključivanju u vidu heuristike dostupnosti (selektivno bira primjere koji opravdavaju njegove namjere i postupke, npr. u filmu „Kad jaganjci utihnu” i seriji „Hannibal” prikuplja i navodi primjere u kojima se srušio krov crkve nad ljudima koji su se baš u tom trenutku molili bogu i slično). Jedino primjeri koji podržavaju njegovu argumentaciju nalaze se dostupni u Hannibalovom pamćenju. Ovakve tendencije mogle bi se objasniti (svjesnom) *racionalizacijom*, što bi bio još jedan mehanizam odbrane karakterističan za Hannibala Lectera, međutim, ne u kontekstu kognitivno-bihevioralne, već psihodinamske paradigme.

Slučaj Hannibala Lectera iz ugla evolucione psihologije

Prirodna selekcija podrazumijeva preživljavanje snažnijih jedinki, borbu za raspoložive resurse, te za status u socijalnoj hijerarhiji. Njen savre-

meni teorijski okvir, primijenjen na društvene odnose, je *sociobiologija* [23], odnosno *evolucionu psihologija* [24]. Iz ove perspektive, Hannibalovo ponašanje bi se moglo objasniti nagonom za preživljavanjem i potrebom za dominacijom. Konstitucionalno gledano, on je fizički snažan muškarac (fizički resursi i preduslovi za opstanak), potom je bogata osoba (materijalni resursi), te posjeduje titulu doktora (statusni resursi) i natprosječnu inteligenciju (intelektualni resursi i prednosti). Dakle, ima zavidan nivo resursa za preživljavanje i ostvarivanje visokog mjesta u društvenoj hijerarhiji. Kako u filmovima, knjigama i serijalu Hannibal ne pokazuje potrebu za ostavljanjem potomstva, to bi se moglo shvatiti na sljedeći način: nagon za vlastitim preživljavanjem je stavio ispred potrebe za preživljavanjem vrste, što je rezultat njegovih ideja omnipotentnosti i grandioznosti (ilustrativan prototip ovakve slike o sebi je Nietzscheov Natčovjek). Takođe, želi se obračunavati i sa sebi sličnima. Primjer je ubistvo Tobiasa Budgea, psihopate koji mu je predstavljao konkurenciju i prijetnju. Tim činom je učvrstio svoju poziciju u socijalno-fizičkoj hijerarhiji moći. Još je jedan mogući uzrok nedostatka potrebe za ostavljanjem potomstva: njegova podsvjesna bojazan da bi se mogao „parity” sa osobom koja ima manje resursa i predispozicija za samoodržanje, od njega samoga. Time bi na neki način umanjio svoj genetski potencijal („onečistio vlastiti biološki materijal”), što bi njegovo dijete učinilo vulnerabilnijim, tj. manje otpornim na pritiske, zahtjeve i izazove psihosocijalne i fizičke okoline.

Napominjemo da ovakva interpretacija zaista slijedi pretpostavke teorije evolucije i sociobiološke misli, ali pod uslovom da je vezana za idio-grafski kontekst, što je ovdje upravo i učinjeno.

Diskusija i zaključci

Vidjeli smo da dr Hannibal Lecter ispunjava dovoljno kriterijuma za antisocijalni poremećaj ličnosti, a samo jedan dio patološke strukture njegove ličnosti moguće je obuhvatiti jedino HEXACO modelom i Modelom velikih sedam. On je emocionalno stabilni, savjesni ambivert, ugodan u neobavezanim, svakodnevnim interakcijama. Isto tako, posjeduje razvijen intelekt i po mnogo kriterijuma je iznadprosječan, ali je u isto vrijeme: neskroman, nepošten, prezren i okrutan. Nadalje, Lecterovu karijeru serijskog ubice potkrepljuje osjećaj neuhvatljivosti, omnipotencije i uvjerenja da stvara nešto kreativno, originalno i socijalno prihvatljivo. Iz ugla evolucije, stav dr Lectera prema životu i njegovi nagoni su sasvim razumljivi. U moralnom smislu bi, naravno, interpretacije išle u suprotnom smjeru od navedenog.

Njegova narcisoidnost je udružena sa makijavelizmom i psihopatijom, te čini tzv. *mračnu trijadu* koja je preširoka za dijagnozu *narcističkog poremećaja ličnosti*, ali je zato dovoljno obuhvatan koncept, relevantan za dijagnozu *antisocijalnog poremećaja ličnosti*.

Psihoanalitički pristup i Lacanov pristup, kao njegov izdanak, dobro objašnjavaju dinamiku ličnosti dr Lectera, smještajući je u kontekst nagona,

žudnje i užitka. Njegov id i ego su pretjerano razvijeni, dok je superego takođe hipertrofirani, ali u suprotnom smjeru. Do sebi prihvatljive realnosti dolazi kroz imaginarno, odbacujući simboličko. Njegov predmet žudnje je život sestre Mische, što može biti jezgro oko kojeg se formirao njegov poremećaj. Ovdje, naravno, možemo posumnjati na posttraumatski stresni poremećaj (PTSD), s obzirom da je riječ o dubokom, preplavljujućem i trajnijem traumatskom iskustvu u djetinjstvu, kada nije postojala mogućnost da Hannibal bude zaštićen ili da nekako pobjegne iz situacije koja ga je zadesila. Međutim, njegovi simptomi, odnosno njihove bihevioralne manifestacije, jasan su odraz antisocijalnih tendencija i devijantne ličnosti, koja se cijelo vrijeme razvijala u smjeru poremećaja ličnosti. Dakle, djela i misaoni obrasci dr Lectera nisu rezultat pukog tugovanja za vlastitom sestrom i socijalno prihvatljivog nošenja sa traumatskim iskustvima, već su sastavni dio njegovog morbidnog životnog stila. On se perzistentno ponaša na način koji sugerise dijagnozu disocijalnog poremećaja ličnosti, te ne osjeća krivicu, anksioznost, zabrinutost, niti se nalazi u stanju izbjegavanja, pada životne energije ili nezainteresovanosti za svakodnevne aktivnosti (zbog čega možemo odbaciti dijagnozu PTSD-a). Stoga jedino u *eufemističkom tonu* možemo reći da kod njega postoje elementi posttraumatskog stresnog poremećaja. Uostalom, mnogi psihički poremećaji počinju (pored ostalih predispozicija, odnosno dijateze) nekom traumom ili okidačem (stresorom): shizofrenija, sumanutni poremećaji (paranoje), opsesivno-kompulzivni poremećaji (OCD) i slično. To, naravno, nije razlog da se svi oni okarakterišu kao PTSD, već im se pristupa na način da se razmotri manifestna i latentna simptomatologija, te odgovarajuća konstelacija simptoma procesom induktivnog zaključivanja smjesti u pripadajuću dijagnostičku kategoriju.

U slučaju dr Lectera, može se posumnjati i na neki od psihotičnih poremećaja, premda bi ovakva dijagnoza bila drugi izbor. U svakom slučaju, shodno Eysenckovom PEN modelu ličnosti [25], Hannibal Lecter bi bio visoko pozicioniran na dimenziji *psihoticizma*. U prilog ovom tvrđenju, možemo navesti sljedeće karakteristike i tendencije koje ispoljava dr Lecter: okrutnost, nehumanost, neobaziranje na opasnost, preferiranje solitarnih aktivnosti, sklonost ka neobičnim stvarima, bezosjećajnost, hladnokrvnost i slično. Međutim, kako je njegovo djelovanje svrsishodno, manipulativno i usmjereno protiv drugih, sa velikim udjelom makijavelistički obojenih aktivnosti (u vidu instrumentalne agresije), psihotičnost se ipak nalazi u drugom planu.

Ukoliko bismo djelovanje dr Lectera razmotrili iz pozicije koja podrazumijeva širu perspektivu, njegove tendencije i ponašanja bismo mogli svesti na skup postupaka koji imaju za cilj vratiti sestru Mischu. Slično, ovi postupci bi mogli biti simbolična osveta onima koji su pojesti njegovu sestru. Koncipirajući interpretativni niz na ovaj način, mogli bismo zaključiti da su Hannibalove antisocijalne tendencije i aktivnosti, u stvari, u službi njegove bazične sumanutosti, odnosno psihotične ideja sljedećeg sadržaja: „smjer strelice vremena je moguće promijeniti, na način da čovjek (najvjerovatnije samo dr Lecter) uz pomoć sadašnjih postupaka može poništiti prošla iskustva

i vratiti osobe koje je izgubio.” S druge strane, Hannibal nema problema u zadovoljavanju svojih potreba, brizi o sebi i obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Kao visokofunkcionalan pojedinac (protagonista), čini se da je dobro adaptiran, pristojan i odgovoran. Ovdje smo suprotstavili dvije krajnosti – indicije za neki od psihotičnih poremećaja i argumente koji idu u prilog njegovoj normalnosti. Obje vrste zapažanja mogu se shvatiti kao glavna kritika ovog prikaza slučaja, odnosno pristajanja uz dijagnozu antisocijalnog poremećaja ličnosti. Naravno, kako je lik dr Hannibala Lectera kontroverzan, ponegdje nedorečen i kontraintuitivan, moguća su i druga tumačenja kognitivnog, afektivnog i bihevioralnog aspekta njegove ličnosti. Pored ostalog, cilj ovog rada je motivisati profile stručnjaka kao što su psihijatri i psiholozi na jedan vid naučno-stručne polemike koja bi imala za cilj da što obuhvatnije i dublje osvijeti psihopatologiju ovog fiktivnog lika.

Takođe, autor ovog rada je odabrao integrativni i eklektički okvir interpretacije, koji je uspješan u adekvatnom „zahvatanju” određenog fenomena. Međutim, on za sobom nosi manje dubinski i detaljan deskriptivno-analitički uvid u psihopatološki prostor objekta analize/prikaza, u odnosu na tumačenje provedeno iz ugla jedne, specifične paradigme (npr. psihodinamske ili biološke). Ova kritika bi se mogla izdvojiti kao glavni nedostatak ovog rada.

Kao što je rečeno u uvodu, još jedan nedostatak ovog prikaza je subjektivnost procjenjivača. Osim toga, svaka teorija nosi u sebi jedan ograničen, pristrasan pogled na istraživani fenomen, a interpretacije mogu biti višestruke. Ipak, ovakvim prikazima slučaja se može testirati aplikativna moć raznih teorija ličnosti, i to za: opis određenog fenomena, njegovo objašnjenje i predikciju ponašanja ispitivanog subjekta (ukoliko je riječ o stvarnom ispitaniku, tj. pacijentu).

HANNIBAL LECTER: CASE STUDY OF A FICTIONAL CHARACTER

Selman Repišti

Abstract: The aim of this study was to review the case of the imaginary character, Dr. Hannibal Lecter, based on content analysis of four books (“Hannibal”, “Hannibal Rising”, “Silence of the Lambs” and “Red Dragon”), four films with the same title and two seasons of 13 episodes of the serial “Hannibal”. In the first part, the analysis refers to the consideration of the aforementioned case, taking into account the following diagnostic classifications: DSM-IV, DSM-5 and ICD-10. Then, we offered a description of Dr. Lecter’s personality through modern models of personality structure: Big Five Model, HEXACO Model, The Big Seven Model, Two-factor Model and One-factor Model. In particular, we address the interpretation of behavioral patterns of this fictional character from the perspective of classical psychodynamic theory, and through the prism of a theoretical point of Jacques Lacan. In addition, his behavior is explained by applying the postulates of cognitive-behavioral paradigm as well as evolutionary psychology. At the end of the paper are listed conclusions, created as a synthesis of previous interpretations, or an eclectic approach used in these analyses. In addition, there are featured disadvantages of this type of analysis, in the form of methodological limitations of qualitative research in one subject (case studies) and problems of differential diagnosis in the case of a controversial character such as Dr. Hannibal Lecter.

Keywords: *antisocial personality disorder, psychoanalysis, personality assessment, behavioral analysis, case studies.*

Literatura

1. World Health Organisation. ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organisation; 1992.
2. Američka psihijatrijska udruga (APA). Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM IV). Jastrebarsko: Naklada Slap; 1996.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Digman JM. Five robust trait dimensions: Development, stability, and utility. *J Pers.* 1989;57(2):195-214.
5. McCrae RR & John OP. An introduction to the five-factor model and its application. *J Pers.* 1992;60(2):175-215.
6. Wiggins JS. The five-factor model of personality: Theoretical perspectives. New York: Guilford; 1996.
7. Goldberg LR. The structure of phenotypic personality traits. *Am Psychologist.* 1993;48(1):26-34.
8. Goldberg LR. An alternative "Description of Personality": The Big Five factor structure. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59:1216-29.
9. Ashton MC & Lee K. Six Independent Factors of Personality Variation: A Response to Saucier. *Eur J Personal Disord.* 2002;16:63-75.
10. Lee K & Ashton, MC. Psychometric Properties of the HEXACO Personality Inventory. *Multivariate Behav Res.* 2004;39(2):329-58.
11. Ashton MC & Lee K. Honesty-Humility, the Big Five, and the Five-Factor Model. *J Pers.* 2005;73:1321-53.
12. Ashton MC & Lee K. The prediction of honesty-humility related criteria by the HEXACO and five-factor models of personality. *J Res Pers.* 2008;42:1216-28.
13. Lee K, Ashton MC, & Shin KH. Personality correlates of workplace anti-social behaviors. *Applied Psychology: An International Review.* 2005;54:81-98.
14. Simms LJ. The Big Seven Model of Personality and Its Relevance to Personality Pathology. *J Pers.* 2007;75:65-94.
15. Digman J. Higher-order Factors of the Big Five. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73:1246-56.
16. DeYoung C. Higher-order Factors of the Big Five in a Multi-informant sample. *J Pers Soc Psychol.* 2006;91:1138-51.
17. Musek J. A general factor of personality: Evidence for the Big One in the Five-Factor Model. *J Res Pers.* 2007;41:1213-33.
18. Žižek S. Looking Awry: An Introduction to Jacques Lacan through Popular Culture. Cambridge, Mass.: MIT Press; 1991.
19. Žižek S. Welcome to the Desert of the Real. London: Verso; 2002.
20. Matijašević Ž. Žižekovo zbiljsko kao supstancija što izmiče hegelovskom subjektu. *Filozofska istraživanja* 2003;89:407-16.

21. Milanko A. Poredak Realnog u lakanovskoj psihoanalizi. *Filozofska istraživanja* 2011;31:407-416.
22. Birbaumer N, Veit R, Lotze M, Erb M, Hermann C, Grodd W, et al. Deficient Fear Conditioning in Psychopathy. *Arch Gen Psychiatry*.2005;62:799-805.
23. Alcock J. *The triumph of sociobiology*. New York: Oxford University Press; 2001.
24. Buss D. *Evolutionary Psychology: The New Science of the Mind*. Boston: Pearson Education; 2004.
25. Eysenck H, Eysenck S. *Eysenckov upitnik ličnosti (djeca i odrasli)*. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1994.

Selman REPIŠTI, magistar psihologije, Sarajevo, BiH

Selman REPISTI, Master of Psychology, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

E-mail: selman9r@yahoo.com

KALENDAR KONGRESE

2015.

30th International Conference of Alzheimer's Disease International

April 15-18, 2015, Perth, Australia

<http://www.alzint.org>

IV International Congress of Dual Pathology

April 17-20, 2015, Barcelona, Spain

<http://www.cipd2015.com/>

Faculty of Medical Psychotherapy Annual Conference 2015 – ‘New paradigms in Psychiatry and Psychotherapy’

April 22-24, 2015, London, UK

<http://www.rcpsych.ac.uk/traininpsychiatry/conferencetraining/conferences/medicalpsychotherapy2015.aspx#dinner>

4th International Congress on Neurobiology and Psychopharmacology (ICNP2015)

May 14-17, 2015, Agios Nikolaos Crete, Greece

Deadline for symposia submission – November 31st, 2014

Deadline for poster abstracts submission – March 1st, 2015

<http://www.psychiatry.gr>

Psihofarmakoterapija dece i adolescenata – izazovi prakse

Simpozijum u organizaciji Društva za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije – DEAPS i Udruženja pedijatarata Srbije

15. maj 2015. Beograd, Zadužbina Ilije M. Kolarca

www.deaps.org/strucni-skupovi-i-aktivnosti.html

22nd Annual International “Stress and Behavior” Neuroscience and Biopsychiatry Conference

May 16-19, 2015, St-Petersburg, Russia

<http://www.scribd.com/doc/226595746>

17th congress of the European Association of Work and Organizational Psychology

May 20-23, 2015, Oslo, Norway

<http://www.eawop2015.org/>

4th International Congress on Neurobiology, Psychopharmacology & Treatment Guidance

May 27-31, 2015, Thessaloniki, Greece

www.psychiatry.gr

17th Annual Conference of the International Society for Bipolar Disorders

June 3-6, 2015, Toronto, Canada

<http://www.isbd2015.com>

VI Međunarodna naučno-stručna konferencija “Unapređenje kvalitete života djece i mladih”

19-21. jun 2015, Ohrid, Makedonija

E-mail: kreativnirazvoj@gmail.com

ESCAP 2015 Congress – New developments in the diagnostics and treatment of adolescent eating disorders

June 20-24, 2015, Madrid, Spain

www.escap.eu/escap-congresses/2015-madrid/from-research-to-clinical-practice-linking-the-expertise

5th International Regional “Stress and Behavior” Neuroscience and Biopsychiatry Conference (North America)

June 22-24, 2015, Miami, United States

<http://www.scribd.com/doc/229265453>

International Congress of the Royal College of Psychiatrists

June 29-July 2, 2015, ICC, Birmingham, UK

<http://www.rcpsych.ac.uk/traininpsychiatry/eventsandcourses/internationalcongress2013.aspx>

E-mail: congress@rcpsych.ac.uk

2nd European Congress for Social Psychiatry – Social Psychiatry in the Age of Informatics

July 1-3, 2015, Geneva, Switzerland

Abstract submission deadline – 15 March 2015, Late poster submission deadline – 15 May 2015

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

6th International Conference on Disabilities

July 6-9, 2015, Tel Aviv, Israel

<http://eng-conf.beitissie.org.il/>

6th International Neuroscience and Biological Psychiatry Regional ISBS Conference “STRESS AND BEHAVIOR: KOBE-2015”

July 26-27, 2015, Kobe, Japan

<http://www.scribd.com/doc/192758215>

16th International Mental Health Conference – Mental Health Future for All
August 12-14, 2015, Gold Coast, Australia
<http://anzmh.asn.au/conference/index.html>

28th ECNP Congress
August 29 – 1 September 2015, Amsterdam, Netherlands
www.ecnp-congress.eu/submitproposal2015

1st Roman Forum on Suicide: International Meeting on Treatment of Suicidal Behavior across the Lifespan, organized by the Section of Suicidology and Suicide Prevention of the European Psychiatric Association (EPA), under the patronage of EPA and National Institute for Health, Migration and Poverty (NIHMP) and in collaboration with the World Psychiatry Association (WPA)
September 17-18, 2015, Rome, Italy
Deadline: April 15th, 2015
E-mail: organizing@suicidology.net
www.suicidology.net/epa

World Psychiatric Association Regional Congress
September 25-27, 2015, Kochi, India
www.wpakochi2015.com

World Congress of The World Federation for Mental Health – WFMH 2015
October, 16-19, 2015, Cairo, Egypt
www.wfmh2015.com
E-mail: info@wfmh2015.com

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

15th International Forum on Mood and Anxiety Disorders (IFMAD 2015)
December 2-4, 2015, Prague, Czech Republic
www.ifmad.org/2015
E-mail: ifmad@publiccreations.com

2016.

WPA 20176 International Congress
July 6-10, 2016, Istanbul, Turkey
leventkuey@wpaistanbul2016.org

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

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

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

29th ECNP Congress

September 17-20, 2016, Vienna, Austria

www.ecnp-congress.eu

2017.**30th ECNP Congress**

September 2-5, 2017, Paris, France

www.ecnp-congress.eu

WPA XVII World Congress of Psychiatry Berlin 2017

October 8-12, 2017, Berlin, Germany

www.wpaberlin2017.com

UPUTSTVA SARADNICIMA

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

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

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

Prikazi 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 *Jednobrazanim 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, Pfaffler 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: psihijatrija.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.htm>Article.

**PRETPLATITE SE NA
PSIHIJATRIJU DANAS Vol. 46/2014 ISSN-0350-2358**

Godišnja pretplata za

- ☐ pojedince 800,00 din.
- ☐ ustanove 1600,00 din.
- ☐ pojedinačni primerak 400,00 din.

Ime i prezime

Adresa

Pretplata se može izvršiti u Institutu za mentalno zdravlje ili na žiro račun Instituta broj 840-454667-44, sa naznakom – pretplata na Psihijatriju danas za 2014. Popunjen kupon (i kopiju uplatnice za individualnu pretplatu) pošaljite na adresu: Redakcija časopisa Psihijatrija danas, Institut za mentalno zdravlje, Palmotićeve 37, 11 000 Beograd.



.....

**SUBSCRIBE TO
PSYCHIATRY TODAY Vol. 46 (1 issues) ISSN-0350-2358**

Subscription rates

- ☐ Individual 60 USD
- ☐ Institutional 120 USD

Name

Address

Postal code/City/Country

Return coupon to:

Institute of Mental Health, Palmotićeve 37, 11000 Belgrade, Serbia,
Tel/Fax: 381-11-3226 925, 3236 353.



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